IFT · Institut für
Therapieforschung
München

Nicki-Nils Seitz
Christian Rauschert
Josefine Atzendorf
Ludwig Kraus

Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018

Substance use and substance use disorders in
Berlin, Hesse, North Rhine-Westphalia, Saxony and Thuringia.
Results of the 2018 Epidemiological Survey of Substance Abuse

6. März 2020

München 2020
IFT-Berichte Bd. 190
IFT-Reports Vol. 190

Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018[1]

Substance use and substance use disorders in
Berlin, Hesse, North Rhine-Westphalia, Saxony and Thuringia.
Results of the 2018 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Nicki-Nils Seitz
Christian Rauschert
Josefine Atzendorf
Ludwig Kraus

IFT Institut für Therapieforschung, München

[1]Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit BMG (ZMVI1-2517DSM200) und die Gesundheitsministerien der teilnehmenden Bundesländer (siehe Förderhinweis Seite 215)

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 190

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Daniela Piontek, Elena Gomes de Matos, Josefine Atzendorf, & Ludwig Kraus, (2017). *Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015* (IFT-Berichte Bd. 189). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Ludwig Kraus, Daniela Piontek, Nicki-Nils Seitz & Max Schoeppe (2016). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern* (IFT-Berichte Bd. 188). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Suchthilfestatistik 2012. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 187). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Gomes de Matos, E., Pabst, A & Piontek, D. (2014). *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., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2014). *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.

Kostenloses Herunterladen der pdf-Datei ist möglich von der Webseite des IFT: www.ift.de

ISSN 0937-034X
Copyright 2020 by IFT Institut für Therapieforschung, Leopoldstr. 175, 80804 München
Tel.: 089/360804-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-19, E-Mail: ift@ift.de, Webseite: http://www.ift.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5

Abbildungsverzeichnis 11

Vorwort 17

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Berlin 19

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Hessen 23

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Nordrhein-Westfalen 25

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Sachsen 29

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Thüringen 33

1 Einleitung 37

2 Methodik 39

2.1 Design und Stichprobenziehung 39

2.2 Durchführung der Feldarbeiten 40

2.3 Instrumente 41

2.4 Soziodemographie 41

2.5 Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten 41

2.6 Substanzkonsum 42

2.7 Substanzbezogene Störungen 42

2.8 Datenmanagement 43

2.9 Gewichtung 43

2.10 Auswertung 43

2.11 Querschnitt 44

2.12 Trend 44

2.13 Realisierte Stichprobe 45

2.14 Ausschöpfung 45

2.15 Repräsentativität 48

3 Tabak 53

3.1 Die Situation im Jahr 2018 53

3.1.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums 53

3.1.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten) 54

3.1.3 Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten) 55
3.1.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum (Konsumenten) 56
3.1.5 Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV 57
3.1.6 Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten) 58
3.2 Trends 1980 bis 2018 59
3.2.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums 59
3.2.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten) 62
3.2.3 Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten) 65
3.2.4 30-Tage-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV 68
3.3 Schwerpunkt E-Zigarette 71
3.3.1 Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten 71
3.3.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten 72
3.3.3 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten 73
3.3.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten (Konsumenten) 74

4 Alkohol 75
4.1 Die Situation im Jahr 2018 75
4.1.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums 75
4.1.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten) 76
4.1.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten) 77
4.1.4 Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten) 78
4.1.5 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Konsumenten) 79
4.1.6 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV 80
4.1.7 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV 81
4.1.8 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten) 82
4.1.9 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV (Konsumenten) 83
4.2 Trends 1995 bis 2018 84
4.2.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums 84
4.2.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten) 87
4.2.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten) 90
4.2.4 Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten) 93
4.2.5 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV 96
4.2.6 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV 99

5 Illegale Drogen 103
5.1 Die Situation im Jahr 2018 103
5.1.1 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge 103
5.1.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis 104
5.1.3 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin 105
5.1.4 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy 106
5.1.5 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD 107
5.1.6 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiate 108
5.1.7 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack 109
5.1.8 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien 110
5.1.9 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen 111
5.1.10 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS 112

5.1.11 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV 113
5.1.12 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV....114
5.1.13 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten) 115
5.1.14 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV (Konsumenten)....116
5.1.15 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV 117
5.1.16 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV....118
5.1.17 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten)....119
5.1.18 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV (Konsumenten)....120
5.1.19 12-Monats-Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV 121
5.1.20 12-Monats-Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV....122
5.1.21 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminabhängigkeit nach DSM-IV....123
5.1.22 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminmissbrauch nach DSM-IV 124

5.2 Trends 1990 bis 2018....125
5.2.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis....125
5.2.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen)....128
5.2.3 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy 131
5.2.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD 134
5.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten 137
5.2.6 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack....140
5.2.7 Trends der Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV 143
5.2.8 Trends des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV 146

5.3 Sonderauswertung Methamphetamin 149
5.3.1 Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin....149
5.3.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin 150

5.4 Sonderauswertung neue psychoaktive Substanzen....151
5.4.1 Lebenszeit-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen....151
5.4.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen 152

6 Medikamente 153

6.1 Die Situation im Jahr 2018....153
6.1.1 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln 153
6.1.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln....154
6.1.3 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln....155
6.1.4 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern....156
6.1.5 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva 157
6.1.6 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika....158
6.1.7 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika 159
6.1.8 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten 160
6.1.9 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments 161
6.1.10 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln 162
6.1.11 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln....163
6.1.12 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln....164
6.1.13 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern....165
6.1.14 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva....166
6.1.15 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika....167
6.1.16 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika....168
6.1.17 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Konsumenten) 169

6.1.18 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten) 170
6.1.19 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumenten) 171
6.1.20 Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten 172
6.1.22 Missbrauch von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten 173
6.1.23 Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten 174
6.1.24 Missbrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten 175

6.2 Trends 1995 bis 2018 176
6.2.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln 176
6.2.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln 179
6.2.3 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln 182
6.2.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern 185
6.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva 188
6.2.6 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika 191
6.2.7 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) 194
6.2.8 Trends der Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV 197
6.2.9 Trends der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV 200

7 Diskussion 203

7.1 Tabak und E-Zigaretten 203

7.2 Alkohol 204

7.3 Illegale Drogen 205
7.3.1 Methamphetamin 207
7.3.2 Neue psychoaktive Substanzen 207

7.4 Medikamente 208

7.5 Methodische Diskussion 210

7.6 Schlussfolgerungen 210

8 Förderhinweis 213

9 Literatur 215

Anhang 221
Tab. A-1: Prävalenzen und Hochrechnungen des starken Tabakkonsums und Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland
Tab. A-2: Prävalenzen und Hochrechnungen des riskanten Alkoholkonsums und Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland,
Tab. A-3: Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums und Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland
Tab. A-4: Prävalenzen und Hochrechnungen des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs und Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Fragebogen „Leben und Gesundheit 2018“

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Angestrebte Fallzahlen der Geburtsjahrgangsgruppen der Aufstockung des ESA 2018 in den Bundesländern, n 39

Tabelle 2-2: Realisierte Stichprobe nach Erhebungsmodus in den Bundesländern, n 45

Tabelle 2-3: Bruttorealisierung in den Bundesländern, n (%) 47

Tabelle 2-4: Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den Bundesländern 48

Tabelle 2-5: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Berlin, % 48

Tabelle 2-6: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Hessen und Nordrhein-Westfalen, % 49

Tabelle 2-7: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Sachsen und Thüringen, % 49

Tabelle 2-8: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen 1980 – 2018, n 50

Tabelle 2-9: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Sachsen und Thüringen 1980 – 2018, n 51

Tabelle 3-1: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland 53

Tabelle 3-2: 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 54

Tabelle 3-3: Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Anzahl Zigaretten pro Tag 55

Tabelle 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 56

Tabelle 3-5: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 57

Tabelle 3-6: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 58

Tabelle 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland 61

Tabelle 3-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 64

Tabelle 3-9: Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 67

Tabelle 3-10: Trends der 30-Tage-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 70

Tabelle 3-11: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland 71

Tabelle 3-12: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland 72

Tabelle 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland 73

Tabelle 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 74

Tabelle 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland 75

Tabelle 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 76

Tabelle 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 77

Tabelle 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Gramm pro Tag 78

Tabelle 4-5: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 79

Tabelle 4-6: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 80

Tabelle 4-7: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 81

Tabelle 4-8: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 82

Tabelle 4-9: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 83

Tabelle 4-10: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland 86

Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 89

Tabelle 4-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 92

Tabelle 4-13: Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumenten) 95

Tabelle 4-14: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 98

Tabelle 4-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 101

Tabelle 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzien) nach Alter und Bundesland 103

Tabelle 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland 104

Tabelle 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Alter und Bundesland 105

Tabelle 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland 106

Tabelle 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland 107

Tabelle 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Alter und Bundesland 108

Tabelle 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland..... 109

Tabelle 5-8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien nach Alter und Bundesland.... 110

Tabelle 5-9: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Alter und Bundesland 111

Tabelle 5-10: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Alter und Bundesland..... 112

Tabelle 5-11: 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 113

Tabelle 5-12: 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland..... 114

Tabelle 5-13: 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 117

Tabelle 5-14: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 118

Tabelle 5-15: 12-Monats-Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 121

Tabelle 5-16: 12-Monats-Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland..... 122

Tabelle 5-17: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 123

Tabelle 5-18: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 124

Tabelle 5-19: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland 127

Tabelle 5-20: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland 130

Tabelle 5-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland..... 133

Tabelle 5-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland 136

Tabelle 5-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland 139

Tabelle 5-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland 142

Tabelle 5-25: Trends der Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 145

Tabelle 5-26: Trends des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV nach Alter und Bundesland 148

Tabelle 5-27: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland 149

Tabelle 5-28: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland 150

Tabelle 5-29: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland 151

Tabelle 5-30: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland 152

Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland 153

Tabelle 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland 154

Tabelle 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland 155

Tabelle 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland 156

Tabelle 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland 157

Tabelle 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland 158

Tabelle 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland ... 159

Tabelle 6-8: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Alter und Bundesland 160

Tabelle 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland 161

Tabelle 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland 162

Tabelle 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland 163

Tabelle 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland ... 164

Tabelle 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland ... 165

Tabelle 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland ... 166

Tabelle 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland ... 167

Tabelle 6-16: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland ... 168

Tabelle 6-17: Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland ... 172

Tabelle 6-18: Missbrauch von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland ... 173

Tabelle 6-19: Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland ... 174

Tabelle 6-20: Missbrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland ... 175

Tabelle 6-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland ... 178

Tabelle 6-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland ... 181

Tabelle 6-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland ... 184

Tabelle 6-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland ... 187

Tabelle 6-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland ... 190

Tabelle 6-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland ... 193

Tabelle 6-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Alter und Bundesland ... 196

Tabelle 6-28: Trends der Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland ... 199

Tabelle 6-29: Trends der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland ... 202

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland 53

Abbildung 3-2: 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 54

Abbildung 3-3: Durchschnittliche Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 55

Abbildung 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 56

Abbildung 3-5: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland 57

Abbildung 3-6: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 58

Abbildung 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 60

Abbildung 3-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige) 63

Abbildung 3-9: Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige) 66

Abbildung 3-10: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 69

Abbildung 3-11: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland 71

Abbildung 3-12: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland 72

Abbildung 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland 73

Abbildung 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 74

Abbildung 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland 75

Abbildung 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 76

Abbildung 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 77

Abbildung 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 78

Abbildung 4-5: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 79

Abbildung 4-6: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland 80

Abbildung 4-7: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland 81

Abbildung 4-8: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)..... 82

Abbildung 4-9: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)..... 83

Abbildung 4-10: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 85

Abbildung 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)..... 88

Abbildung 4-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)..... 91

Abbildung 4-13: Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige) 94

Abbildung 4-14: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland..... 97

Abbildung 4-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland..... 100

Abbildung 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzien) nach Geschlecht und Bundesland 103

Abbildung 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland..... 104

Abbildung 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland..... 105

Abbildung 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland..... 106

Abbildung 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland.... 107

Abbildung 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Geschlecht und Bundesland..... 108

Abbildung 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland..... 109

Abbildung 5-8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien nach Geschlecht und Bundesland..... 110

Abbildung 5-9: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Geschlecht und Bundesland 111

Abbildung 5-10: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Geschlecht und Bundesland ... 112

Abbildung 5-11: 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 113

Abbildung 5-12: 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 114

Abbildung 5-13: 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten ... 115

Abbildung 5-14: 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten ... 116

Abbildung 5-15: 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 117

Abbildung 5-16: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 118

Abbildung 5-17: 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten ... 119

Abbildung 5-18: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten ... 120

Abbildung 5-19: 12-Monats-Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 121

Abbildung 5-20: 12-Monats-Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 122

Abbildung 5-21: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Metamphetaminabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 123

Abbildung 5-22: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Metamphetaminmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland ... 124

Abbildung 5-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) ... 126

Abbildung 5-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) ... 129

Abbildung 5-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) ... 132

Abbildung 5-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) ... 135

Abbildung 5-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) ... 138

Abbildung 5-28: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) ... 141

Abbildung 5-29: Trends der Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 144

Abbildung 5-30: Trends des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 147

Abbildung 5-31: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland 149

Abbildung 5-32: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland 150

Abbildung 5-33: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland 151

Abbildung 5-34: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland 152

Abbildung 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland 153

Abbildung 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland 154

Abbildung 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland 155

Abbildung 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland 156

Abbildung 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland 157

Abbildung 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland 158

Abbildung 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland 159

Abbildung 6-8: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Geschlecht und Bundesland 160

Abbildung 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland 161

Abbildung 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland 162

Abbildung 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland 163

Abbildung 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland 164

Abbildung 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland 165

Abbildung 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland 166

Abbildung 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland 167

Abbildung 6-16: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland 168

Abbildung 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 169

Abbildung 6-18: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 170

Abbildung 6-19: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) 171

Abbildung 6-20: Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland 172

Abbildung 6-21: Missbrauch von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland 173

Abbildung 6-22: Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland 174

Abbildung 6-23: Missbrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland 175

Abbildung 6-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 177

Abbildung 6-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 180

Abbildung 6-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 183

Abbildung 6-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 186

Abbildung 6-28: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 189

Abbildung 6-29: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 192

Abbildung 6-30: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 195

Abbildung 6-31: Trends der Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 198

Abbildung 6-32: Trends der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) 201

Vorwort

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Studie zum Monitoring des Substanzkonsums und seiner Folgen in Deutschland. Seit 1980 wird der ESA in der Regel alle drei Jahre durchgeführt. Mit den erhobenen Daten können nicht nur die aktuelle Situation in Deutschland dargestellt, sondern auch positive sowie kritische Entwicklungen im Substanzkonsum identifiziert werden. Hiermit lassen sich gesundheitspolitisch relevante Problemlagen aufdecken, effektive, zielorientierte Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention planen und Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung beurteilen. Informationen aus dem Monitoring sind zudem notwendig, um europäische und internationale Verpflichtungen zur Berichterstattung über die Lage zum Konsumverhalten in Deutschland zu erfüllen.

Für repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums in einzelnen Bundesländern bedarf es einer Vergrößerung der Stichprobe. Hierfür besteht für die Bundesländer die Möglichkeit, sich an einer Aufstockung der Stichprobe zu beteiligen. Im Jahr 2018 haben sich Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen an dieser Zusatzerhebung beteiligt. Der vorliegende Bericht fasst die Vorgehensweisen und die Ergebnisse für die Zusatzerhebungen in den beteiligten Bundesländern zusammen. Die Ergebnisse der Bundesländer und der Bunderhebung werden zudem gegenübergestellt.

Es waren zahlreiche Akteure notwendig, um diesen Bericht zu ermöglichen. Wir danken insbesondere den Ansprechpartnerinnen und -partnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Bundes- und Länderbehörden, insbesondere Frau Gaby Kirschbaum, Frau Judith Bugreev und Frau Ulrike Drabeck im Referat Sucht und Drogen im Bundesministerium für Gesundheit. In den Ministerien der Bundesländer danken wir herzlich Frau Köhler-Azara, Landesdrogenbeauftragte, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin, Herrn Schmidt-Rosengarten, Landesdrogenbeauftragter in Hessen und Herrn Dirk Zimmermann, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Herrn Dr. Stephan Hölz, Abteilungsleiter Gesundheit, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, in Nordrhein-Westfalen Frau Dr. Sandra Dybowski und Herrn Gerhard Herrmann, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS). Ebenso gilt unser Dank Frau Steffi Michel und Herrn Rüdiger Raulfs, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz sowie Frau Katrin Menzel-Zerkaulen, Herrn Dieter Schnellbach und Herrn Ministerialdirigent Dieter Berkholz, Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Unser Dank gilt des Weiteren dem wissenschaftlichen Beirat des Epidemiologischen Suchtsurvey Frau Dr. Cornelia Lange, Herrn Prof. Dr. Alfred Uhl und Herrn Prof. Dr. Jürgen Rehm. Ohne ein erfahrenes Feldinstitut wäre es undenkbar, einen komplexen Fragebogen für die unterschiedlichen Erhebungsmethoden umzusetzen, Personen deutschlandweit zu befragen und die erfassten Daten zusammenzutragen. Hierbei hat uns infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft tatkräftig unterstützt. Darüber hinaus waren viele kluge Köpfe am IFT Institut für Therapieforschung bei der Bearbeitung, Verdichtung, Visualisierung und Verschriftlichung der erhobenen Daten beteiligt: Lea John, Evita Schäfer, Katharina Schoder, Renate Schlüter, Nicolas Wilms. Wir danken allen Akteuren für die gute Zusammenarbeit.

Nach dem ESA ist vor dem ESA. Wir wünschen uns für die geplante ESA-Erhebung im Jahr 2021 wiederum eine rege Beteiligung der Bundesländer und laden hierzu recht herzlich ein.

Dr. Nicki-Nils Seitz, Christian Rauschert, Josefine Atzendorf und Prof. Dr. Ludwig Kraus
Februar 2020

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Berlin

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2018 hat sich Berlin an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1 890 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 43.3 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Berlin leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit etwa

- **124 000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **357 000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **399 000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **464 000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einer **Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- **298 000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **117 000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **42 000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **100 000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 32.4 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 25.1 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (25.7 % vs. 11.7 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien wurde bei 12.8 % der Befragten geschätzt (Männer: 18.1 %, Frauen: 7.4 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Bei der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV zeigt sich bei den Männern ein leichter Anstieg, während der Trend bei den Frauen signifikant zurückgeht.

Insgesamt 19.4 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 24.4 %, Frauen: 14.2 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 8.6 % der Männer und 2.1 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Berlin hatten 70.8 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern etwas höher lag als unter Frauen (72.6 % vs. 69.1 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 18.4 % der männlichen und 25.5 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 39.8 % der männlichen und 22.4 % der weiblichen Konsumenten. Nach den DSM-IV Kriterien wurden bei 5.0 % der Befragten Hinweise auf einen Alkoholabhängigkeit festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist bei Männern seit 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV blieb bei Frauen stabil und stieg bei Männern leicht an.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 19.7 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 17.1 % war Cannabis die am Weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 19.6 %, Frauen: 14.6 %). Für 1.8 % der Stichprobe konnten Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien festgestellt werden. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2015 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Berlinweit berichteten 1.8 % der Befragten (Männer: 2.1 %, Frauen: 1.4 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 4.9 % der Befragten (Männer: 6.9 %, Frauen: 2.8 %). In den letzten 12 Monaten hatten 3.2 % der Männer und 1.0 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Knapp die Hälfte (55.1 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 48.6 %, Frauen: 61.9 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 46.0 %, Frauen: 59.7 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 33.6 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien liegt in den letzten 12 Monaten von Schmerzmitteln bei 4.3 % (Männer: 3.2 %, Frauen: 5.4 %) und von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln bei 1.2 % (Männer: 1.9 %, Frauen: 0.4 %) vor. Seit 1995 zeigte sich bei Männern und Frauen ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Bei der 12-Monats-Prävalenz von Schlaf- oder Beruhigungsmittel lässt sich seit 1995 ein signifikanter Rückgang beobachten.

Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurveys 2018 wurden zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Berlin befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 5.2 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate konnte bei 2.0 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 20.0 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 5.5 %.

Alkohol

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 34.3 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 8.3 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24g (Männer) Gramm Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken, d.h. von mindestens 5 alkoholischen Getränken am Tag, berichteten 33.4 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monaten konnte bei 3.5% der 15- bis 17-Jährigen gefunden werden.

Illegale Drogen

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 17.2 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben, gaben 16.1 % der 15- bis 17-jährigen Befragten an. Bei 0.5 % lagen Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monat vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1.8 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

Medikamente

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 34.2 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 30.4 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Medikamentengebrauchern in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 25.2 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 1.8 % der 15- bis 17-Jährigen. Für Schlaf- und Beruhigungsmittel lagen Hinweise auf eine Abhängigkeit nach DSM-IV bei 0.4 % der 15- bis 17-jährigen Befragten vor.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Hessen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2018 hat sich Hessen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1 121 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 44.7 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Hessen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit etwa

- **231 000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **557 000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **251 000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **854 000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einer **Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- **349 000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **161 000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **20 000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **137 000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 25.4 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 21.4 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (35.6 % vs. 13.2 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien wurde bei 8.9 % der Befragten geschätzt (Männer: 9.4 %, Frauen: 8.4 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Die Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien ist im Vergleich zu früheren Erhebungen stabil geblieben.

Insgesamt 13.3 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 16.1 %, Frauen: 10.4 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 4.0 % der Männer und 1.1 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Hessen hatten 68.8 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (75.7 % vs. 61.6 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 16.0 % der männlichen und 26.8 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 45.3 % der männlichen und 26.2 % der weiblichen Konsumenten. Nach den DSM-IV Kriterien wurden bei 4.1 % der Befragten Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist seit Anfang 2000 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Im Vergleich zum Jahr 2003 zeigte sich ein signifikanter Anstieg des episodischen Rauschtrinkens bei weiblichen Alkoholkonsumenten. Die Alkoholabhängigkeit blieb bei Männern und Frauen in den letzten Jahren stabil.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 8.3 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 6.4 % war Cannabis die am weitesten verbreitete Substanz (Männer: 8.8 %, Frauen: 3.9 %). Für 0.5 % der Stichprobe konnten Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien festgestellt werden. Im Vergleich zu früheren Erhebungen zeigten sich seit 1997 signifikante Änderungen der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Hessenweit berichteten 0.3 % der Befragten (Männer: 0.4 %, Frauen: 0.2 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen berichteten insgesamt 3.1 % der Befragten (Männer: 3.3 %, Frauen: 2.9 %). In den letzten 12 Monaten hatten 1.2 % der Männer und 2.0 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

56.5 % der Personen gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 50.1 %, Frauen: 63.2 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 47.1 %, Frauen: 61.5 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 35.0 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien liegt in den letzten 12 Monaten von Schmerzmitteln bei 3.5 % (Männer: 3.0 %, Frauen: 4.1 %) und von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln bei 0.3 % (Männer: 0.5 %, Frauen: 0.2 %) vor. Seit 2000 lässt sich eine signifikante Zunahme der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs feststellen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Keine Veränderungen konnten in Bezug auf eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV Gebrauch beobachtet werden.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Nordrhein-Westfalen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2018 hat sich Nordrhein-Westfalen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 2 507 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 43.2 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Nordrhein-Westfalen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit etwa

- **839 000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **1 152 000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **727 000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **2 327 000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einer **Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- **1 029 000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **324 000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **123 000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **336 000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 27.1 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 20.5 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (38.8 % vs. 23.2 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien wurde bei 9.2 % der Befragten geschätzt (Männer: 10.6 %, Frauen: 7.8 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Auch die Nikotinabhängigkeit ist im Vergleich zu früheren Erhebungen signifikant zurückgegangen.

Insgesamt 13.2 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 16.8 %, Frauen: 9.6 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 5.0 % der Männer und 2.0 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Nordrhein-Westfalen hatten 69.7 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (75.6 % vs. 63.7 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 12.0 % der männlichen und 18.4 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 50.4 % der männlichen und 30.7 % der weiblichen Konsumenten. Nach DSM-IV Kriterien wurden bei 2.9 % der Befragten eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist bei Männern seit dem Jahr 1995 und bei Frauen seit 2000 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Im selben Zeitraum zeigt sich ein signifikanter Rückgang des episodischen Rauschtrinkens. Bezüglich einer Alkoholabhängigkeit zeigte sich bei Frauen seit 1997 ein signifikanter Anstieg.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 7.9 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 6.5 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 8.1 %, Frauen: 4.8 %). Für 1.1 % der Stichprobe konnten Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien in der 12-Monats-Prävalenz festgestellt werden. Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 1997 zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 0.2 % der Befragten (Männer: 0.2 %, Frauen: 0.2 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 1.9 % der Befragten (Männer: 1.4 %, Frauen: 2.5 %). In den letzten 12 Monaten hatten 0.5 % der Männer und 1.0 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Etwa die Hälfte (53.3 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 45.7 %, Frauen: 61.2 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 43.7 %, Frauen: 59.5 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 33.4 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien lag bei 1.9 % der Männer und 4.1 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Ebenso ist der wöchentliche Gebrauch von Schmerzmitteln unter Nutzern signifikant gestiegen. Die Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV ist seit 2000 bei Frauen signifikant gestiegen, während die Prävalenz bei Männern stabil blieb.

Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurveys 2018 wurden zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Nordrhein-Westfalen befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 2.5 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate konnte bei 0.4 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 23.5 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 6.2 %.

Alkohol

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 40.3 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 13.9 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24g (Männer) Gramm Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken, d.h. von mindestens fünf alkoholischen Getränken am Tag, berichteten 43.1 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV konnten bezogen auf die letzten 12 Monaten bei 2.4% der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden.

Illegale Drogen

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 9.7 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben, gaben 9.0 % der 15- bis 17-jährigen Befragten an. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1.1 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

Medikamente

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 36.0 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 34.2 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Medikamentengebrauchern in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 18.0 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate lagen bei 2.1 % der 15- bis 17-Jährigen vor.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Sachsen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2018 hat sich Sachsen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 2 098 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 44.2 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Sachsen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit etwa

- **74 000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **435 000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **165 000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **390 000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einer **Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- **165 000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **77 000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **12 000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **57 000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 27.5 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 21.4 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (15.3 % vs. 9.3 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien wurde bei 6.9 % der Befragten geschätzt (Männer: 7.7 %, Frauen: 6.1 %). Die Prävalenz des Rauchens sowie der starke Konsum ist bei den Männern seit 2009 bzw. 1995 signifikant zurückgegangen, während dies bei den Frauen weitestgehend stabil blieb (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Keine signifikanten Änderungen wurden in Bezug auf die Nikotinabhängigkeit beobachtet.

Insgesamt 12.1 % der Erwachsenen hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 14.6 %, Frauen: 9.4 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 4.7 % der Männer und 2.2 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Sachsen hatten 76.8 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (80.7 % vs. 72.5 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 26.6 % der männlichen und 20.4 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 38.6 % der männlichen und 19.0 % der weiblichen Konsumenten. Nach DSM-IV Kriterien wurden bei 3.2 % der Befragten eine Alkoholabhängigkeit festgestellt. Die Prävalenz des Alkoholkonsums, sowie die Verbreitung des riskanten Konsums unter männlichen Konsumenten sind seit dem Jahr 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Im Vergleich zum Jahr 1995 zeigte sich ein signifikanter Rückgang des episodischen Rauschtrinkens bei männlichen Konsumenten, wohingegen die Prävalenz bei Frauen seit 2000 signifikant anstieg. Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit zeigte seit 2006 bei Frauen einen signifikanten Anstieg.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 7.5 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 6.9 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 8.4 %, Frauen: 5.3 %). Für 0.5 % der Stichprobe konnten Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien festgestellt werden. Im Vergleich zu den 1990er bzw. frühen 2000er Jahren zeigte sich bei Männern und Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 2.3 % der Personen (Männer: 2.5 %, Frauen: 2.0 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.4 % unter Männern und 0.4 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 2.4 % der Befragten (Männer: 2.8 %, Frauen: 2.1 %). In den letzten 12 Monaten hatten 1.0 % der Männer und 0.9 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Knapp die Hälfte (47.2 %) der 18- bis 64-Jährigen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 40.3 %, Frauen: 54.5 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 37.5 %, Frauen: 52.3 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 31.3 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Nach DSM-IV-Kriterien lag eine Schmerzmittelabhängigkeit bei 2.2 % der Männer und 2.7 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 2000 zeigte sich ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Ebenso ist der wöchentliche Gebrauch von Schmerzmitteln bei Frauen seit 2000 signifikant angestiegen. Bei Männern blieb die Prävalenz stabil. Keine Veränderungen konnten in Bezug auf die Abhängigkeit von Schmerzmitteln beobachtet werden.

Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurveys 2018 wurden zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 9.0 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 2.3 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 26.1 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 7.6 %.

Alkohol

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 51.5 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 13.3 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24g (Männer) Gramm Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken, d.h. von mindestens fünf alkoholischen Getränken am Tag, berichteten 33.9 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV konnten bezogen auf die letzten 12 Monaten bei 1.3% der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden.

Illegale Drogen

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 13.3 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben, gaben 12.5 % der 15- bis 17-jährigen Befragten an. Bei 2.2 % der 15- bis 17-Jährigen lagen Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monat vor. Neu psychoaktive Substanzen hatten 4.2 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

Medikamente

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 39.9 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 35.0 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Medikamentengebrauchern in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 20.1 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 3.4 % der 15- bis 17-Jährigen. Für Schlaf- und Beruhigungsmittel lagen Hinweise auf eine Abhängigkeit nach DSM-IV bei 0.4 % der 15- bis 17-jährigen befragten vor.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 für Thüringen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2018 hat sich Thüringen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1 368 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 45.9 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Thüringen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit etwa

- **78 000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **222 000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **71 000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **267 000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einer **Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- **111 000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **33 000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **1 000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **54 000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 31.2 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 24.5 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (28.8 % vs. 12.8 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien wurde bei 8.6 % der Befragten geschätzt (Männer: 11.2 %, Frauen: 5.7 %). Seit den 1990er Jahren war die Prävalenz des Rauchens und des starken Rauchens bei Männern signifikant zurückgegangen. Dabei zeigte sich bei Frauen seit 2006 ein signifikanter Rückgang der Prävalenz des Rauchens sowie seit 2009 ein Anstieg der Prävalenz des starken Rauchens (Trends der 18- bis 59-Jährigen). In Bezug auf die Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien sind keine Veränderungen zu beobachten.

Insgesamt 12.2 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 12.2 %, Frauen: 12.1 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 2.7 % der Männer und 2.0 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Thüringen hatten 76.0 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (78.9 % vs. 72.9 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 28.3 % der männlichen und 16.6 % der weiblichen Alkoholkonsumenten Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 40.1 % der männlichen und 22.7 % der weiblichen Konsumenten. Nach den DSM-IV Kriterien wurden bei 2.6 % der Befragten eine Abhängigkeit auf Alkohol festgestellt. Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist bei Männern seit dem Jahr 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Auch bei Frauen zeigt sich verglichen mit 2000 ein signifikanter Rückgang. Allerdings ist seit 2009 bei Frauen wieder ein Anstieg der Prävalenz zu beobachten. Die Verbreitung des riskanten Trinkens unter Konsumenten ist seit 1995 bei Männern und Frauen deutlich zurückgegangen. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien zeigt bei den Männern seit 1997 einen signifikanten Anstieg. Ebenso ist die Abhängigkeitsprävalenz bei Frauen seit 2006 signifikant gestiegen.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 6.5 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 5.5 % war Cannabis die am Weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 6.6 %, Frauen: 4.4 %). Für 0.1 % der Stichprobe konnten Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien festgestellt werden. Im Vergleich zum Jahr 1995 zeigte sich bei Männern ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis, während bei Frauen seit 2012 ein signifikanter Anstieg zu beobachten ist (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 3.1 % der Befragten (Männer: 3.8 %, Frauen: 2.4 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.5 % unter Männern und 0.7 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 3.3 % der Befragten (Männer: 3.8 %, Frauen: 2.6 %). In den letzten 12 Monaten hatten 0.9 % der Männer und 1.2 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Knapp die Hälfte (48.6 %) aller Befragten gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 39.0 %, Frauen: 59.1 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 37.2 %, Frauen: 56.4 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 37.1 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Eine Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach den DSM-IV Kriterien liegt bei Männern bei 3.0 % und Frauen bei 5.5 %. Die 12-Monats-Prävalenz von Schmerzmitteln weist seit Anfang 2000 einen signifikanten Anstieg auf (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Bei Schlaf- oder Beruhigungsmitteln weisen 1.3 % der Männer und 0.9 % der Frauen eine Abhängigkeit auf. Die 12-Monats-Prävalenz ist bei Männern und Frauen seit 1995 signifikant zurückgegangen ist.

Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurveys 2018 wurden zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Thüringen befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 12.0 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate konnte bei 5.3 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 27.0 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 9.8 %.

Alkohol

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 47.7 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 15.5 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24g (Männer) Gramm Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken, d.h. von mindestens fünf alkoholischen Getränken am Tag, berichteten 38.7 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV konnten bezogen auf die letzten 12 Monaten konnte bei 5.6 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden.

Illegale Drogen

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 14.3 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben, gaben 13.6 % der 15- bis 17-jährigen Befragten an. Bei 3.0 % der 15- bis 17-Jährigen lagen Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monat vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1.5 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

Medikamente

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 44.6% der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 41.8 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Medikamentengebrauchern in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 23.1 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 1.6 % der 15- bis 17-Jährigen.

1 Einleitung

Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen Konsum von psychoaktiven Substanzen und Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko (Khuder, 2001; Rehm et al., 2010). Der Konsum solcher Substanzen kann mit körperlichen und psychischen Folgen, wie beispielsweise Abhängigkeit oder gar Tod, einher gehen. Somit stellen Konsumindikatoren gute Prädiktoren für langzeitliche Entwicklungen substanzbezogener Morbidität und Mortalität dar.

Zur Erstellung von geeigneten Konsumindikatoren bedarf es Langzeitbeobachtungen des Substanzkonsums nicht nur von verschiedenen Risikogruppen, sondern auch von der Allgemeinbevölkerung. Auf Basis dieser Daten können für einzelne Substanzen die Krankheitslast und die damit verbundenen Kosten geschätzt werden.

Trotz eines in Deutschland zu beobachtendem Rückgang alkohol- und tabakbedingter vorzeitiger Mortalität (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015, 2017; Kraus et al., 2015) bleibt eine erhebliche substanzbedingte Krankheits- und Sterblichkeitsbelastung in der Bevölkerung. Darüber hinaus gehen der Konsum psychoaktiver Substanzen und damit verbundene Störungen auch mit beträchtlichen öffentlichen Ausgaben einher (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005; Garcia-Altes, Olle, Antonanzas, & Colom, 2002; Hansen, Oster, Edelsberg, Woody, & Sullivan, 2011; Mark, Woody, Juday, & Kleber, 2001). Die Summe aus direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland wird je nach Berechnungsansatz auf 26 bis 40 Milliarden Euro jährlich geschätzt. In Bezug auf den Tabakkonsum wurden sogar zwischen 36 und 79 Milliarden Euro berechnet (Adams & Effertz, 2011; Effertz, 2015). Für den Bereich der illegalen Drogen schätzte die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht unter Verwendung eines weiteren methodischen Ansatzes öffentliche Ausgaben für das Jahr 2006 auf 5.2 bis 6.1 Milliarden Euro (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem, & Pfeiffer-Gerschel, 2010).

Die evidenzbasierte Planung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen erfordert ein andauerndes Monitoring. Aus der Verteilung des Substanzgebrauchs und damit verbundener Probleme in der Bevölkerung lassen sich Implikationen für die Prävention ableiten. Zur Verringerung negativer Folgen des Substanzgebrauchs sind Maßnahmen für alle Bevölkerungsgruppen zu empfehlen. Dieser Ansatz ist in der aktuell geltenden Drogen- und Suchtstrategie der Bundesregierung implementiert und berücksichtigt nicht nur Abhängige, sondern verstärkt Personen mit potentiell gesundheitsschädlichem Konsumverhalten (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015).

Zum Substanzkonsum in der Bevölkerung werden in regelmäßigen Abständen Studien in Deutschland durchgeführt. Der Substanzkonsum Jugendlicher wird durch verschiedene Studien auf nationaler (Bilz et al., 2016; Orth, 2016; Orth & Merkel, 2019) und regionaler Ebene erfasst (u.a. Baumgärtner & Hiller, 2016; Kamphausen, Werse, Klaus, & Sarvari, 2018; Kraus, Piontek, Seitz, & Schoeppe, 2016). Zum Substanzkonsum bei Erwachsenen können die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey (Atzendorf, Rauschert, Seitz, Lochbühler, & Kraus, 2019) und für Tabak und Alkohol die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) herangezogen werden (Lampert, von der Lippe, & Müters, 2013; Lange, Manz, & Kuntz, 2017a, 2017b; Zeiher, Kuntz, & Lange, 2017).

Seit 1980 wird der Epidemiologische Suchtsurvey in der Regel alle drei Jahre durchgeführt. Der ESA liefert bevölkerungsrepräsentative Daten für die Verbreitung des Konsums legaler und illegaler Substanzen, riskanter Konsumformen sowie seit Mitte der 1990er Jahre Daten zu substanzbezogenen Störungen nach den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen

(DSM-IV). Vorteil dieser wiederholten Querschnittsbefragungen, die aus methodischer Sicht gut vergleichbar sind (Piontek, Gomes de Matos, Atzendorf, & Kraus, 2016), sind die vielfältigen Möglichkeiten der Analyse zeitlicher Veränderungen.

Im Jahr 2018 haben mit Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen insgesamt fünf Bundesländer an einer Zusatzerhebung des ESA teilgenommen, die bundeslandspezifische repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums und damit einhergehender Probleme ermöglicht.

Im vorliegenden Bericht werden die aktuelle Situation im Jahr 2018 sowie zeitliche Trends des Konsumverhaltens für Tabak, Alkohol, illegale Drogen sowie Medikamente für diese fünf Bundesländer dargestellt und mit den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung verglichen.

2 Methodik

Zielpersonen des ESA 2018 waren deutschsprachige und in Privathaushalten lebende Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in Hessen (Geburtsjahrgänge 1954 bis 2000) bzw. im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und in Thüringen (Geburtsjahrgänge 1954 bis 2003). Die Grundgesamtheit betrug in den einzelnen Bundesländern etwa 3.61 Mio. Personen in Berlin, 6.24 Mio. Personen in Hessen, 17.91 Mio. Personen in Nordrhein-Westfalen, 4.08 Mio. Personen in Sachsen und 2.15 Mio. Personen in Thüringen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; Stichtag 31.12.2017).

Um ausgehend vom bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurvey repräsentative Aussagen für die Wohnbevölkerung von Bundesländern zu ermöglichen, wurden in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen die Fallzahlen erweitert. Die Aufstockung der Fallzahlen war notwendig, um auf Ebene der Bundesländer valide Aussagen zur Prävalenz auch wenig verbreiteter Substanzen treffen zu können. Mit den zusätzlichen Fällen sollten insgesamt n = 1 000 Fälle (Hessen, Thüringen) bzw. n = 1 500 Fälle (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen) realisiert werden, die sieben definierte Geburtsjahrgangsgruppen (1954-1958, 1959-1968, 1969-1978, 1979-1988, 1989-1993, 1994-1997, 1998-2000) abdecken sollten. In Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen wurde zusätzlich die Geburtsjahrgangsgruppe 2001-2003 einbezogen. Tabelle 2-1 zeigt die angestrebten Fallzahlen der Aufstockung.

Tabelle 2-1: Angestrebte Fallzahlen der Geburtsjahrgangsgruppen der Aufstockung des ESA 2018 in den Bundesländern, n

	Berlin	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
1954-1958	68	11	-	65	48
1959-1968	135	22	-	130	95
1969-1978	238	94	-	233	164
1979-1988	238	94	-	233	164
1989-1993	256	124	83	252	174
1994-1997	106	24	-	102	74
1998-2000	106	24	-	102	74
2001-2003	300	-	300	300	200
Gesamt	1 447	393	383	1 417	993

2.1 Design und Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung in den Bundesländern wurde entsprechend der bundesweiten Erhebung des ESA 2018 durchgeführt und war zweistufig angelegt (Atzendorf et al., 2019).

In der ersten Stufe bildeten die gemeindestatistischen Daten des Statistischen Bundesamts und der Statistischen Landesämter die Datenbasis. Hiermit wurden Schichtungszellen als Kombination von Kreisen mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen gebildet. Innerhalb der Schichtungszellen wurden die Gemeinden bzw. Stadtteile (Sample Points) zufällig mit einer der Zahl der Zielpersonen entsprechenden Auswahlwahrscheinlichkeit gezogen. Großstädte gelangten aufgrund der bevölkerungsproportionalen Auswahl teilweise mehrfach in die Stichprobe und waren mit mehreren Sample Points vertreten.

Insgesamt wurden für die Aufstockung sieben zusätzliche Sample Points in Hessen, 30 in Sachsen und 23 in Thüringen gezogen.

In der zweiten Stufe erfolgte die Ziehung der Zielpersonen in den Sample Points aus den Einwohnermelderegistern über eine nach Geburtsjahrgangsgruppen geschichtete systematische Zufallsauswahl. Dabei wurden, jeweils ausgehend von einer zufälligen Startadresse, über eine feste Schrittweite Personenadressen ausgewählt (Intervallziehung). Unter der Annahme einer Ausschöpfung von 50 Prozent sowie eines Anteils neutraler Ausfälle von 20 Prozent mussten pro Sample-Point 80 Adressen eingesetzt werden, um die angestrebte minimale Stichprobengröße zu erreichen. Die Verteilung von Geburtsjahrgangsgruppen in der Stichprobe wurde disproportional zur Verteilung in der Grundgesamtheit gewählt, d. h. aus Geburtsjahrgangsgruppen, die eine geringere Anzahl an Personen in der Grundgesamtheit umfassen als andere Geburtsjahrgangsgruppen, wurden häufiger Personen ausgewählt als aus Geburtsjahrgangsgruppen, deren Anzahl an Personen in der Grundgesamtheit größer als andere Geburtsjahrgangsgruppen ist. Mit diesem Vorgehen wurden jüngere Geburtsjahrgänge disproportional häufiger und ältere Geburtsjahrgänge disproportional seltener gezogen. Da es in einigen Gemeinden zu geringfügen Ausfällen kam (z. B. weil nicht in allen Jahrgangsgruppen ausreichend Fälle vorhanden waren), betrug die Einsatzstichprobe letztlich n = 5 258 Fälle in Berlin, n = 3 232 Fälle in Hessen, n = 6 541 Fälle in Nordrhein-Westfalen, n = 5 416 Fälle in Sachsen und n = 3 383 Fälle in Thüringen.

2.2 Durchführung der Feldarbeiten

Die Feldarbeiten im Rahmen des ESA 2018 wurden zwischen März und Anfang August 2018 von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH durchgeführt. Für die Realisierung der Befragungen wurde ein Methodenmix eingesetzt. Die Befragungen konnte schriftlich, telefonisch und im Internet durchgeführt werden. Die gezogene Stichprobe wurde zunächst in zwei Studienarme aufgeteilt (schriftlich, telefonisch), je nachdem ob für die jeweilige Adresse eine Telefonnummer recherchiert werden konnte oder nicht.

Alle Zielpersonen erhielten eine schriftliche Studieninformation mit Anschreiben, Datenschutzerklärung und Begleitschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Zudem wurde ihnen die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen online auszufüllen. Hierfür wurde ein Link zur Online-Befragung sowie ein individueller Zugangscode angegeben. Das responsive Design der Onlinebefragung ermöglichte es, die Onlinebefragung an verschiedenen mobilen Endgeräten zu beantworten. Minderjährige aus der zusätzlichen Altersgruppe in Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen erhielten ein Anschreiben an die Erziehungsberechtigten mit der Bitte um Bewilligung der Teilnahme.

Probanden des telefonischen Studienarms wurde in dem Anschreiben die telefonische Kontaktaufnahme angekündigt. Die Durchführung des Interviews erfolgte durch speziell für die Studie geschulte Telefoninterviewer. Konnten Zielpersonen wiederholt nicht telefonisch erreicht werden oder war die Telefonnummer ungültig, erfolgte der Versand des schriftlichen Fragebogens mit erneuter Übermittlung des Online-Zugangscodes.

Alle Zielpersonen des schriftlichen Studienarms erhielten mit dem Erstanschreiben den schriftlichen Selbstausfüller-Fragebogen. Im Abstand von vier Wochen wurden zwei Erinnerungsschreiben

versendet. Auf Wunsch der Zielpersonen bestand auch die Möglichkeit, ein telefonisches Interview durchzuführen.

2.3 Instrumente

Der Fragebogen des ESA enthält neben einem über die Erhebungen gleichbleibenden Kernmodul noch wechselnde Elemente, um den Zielen sowohl eines konstanten Monitorings unterschiedlicher Indikatoren als auch der Integration aktueller Forschungsfragen gerecht zu werden. Im Zentrum stehen das Konsumverhalten und Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Zusätzlich werden soziodemographische Daten und Informationen zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand erfasst. Der vollständige Fragebogen der Erhebung von 2018 kann auf der Internetseite des ESA eingesehen werden (www.esa-survey.de).

2.4 Soziodemographie

Die Erfassung soziodemographischer Merkmale orientierte sich an den demographischen Standards für persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2016). Neben grundlegenden Informationen zu Geschlecht und Geburtsjahr wurden folgende Aspekte erfragt: (a) Migrationshintergrund (Geburtsland und Staatsbürgerschaft des Probanden sowie der Eltern), (b) Familiensituation (Familienstand, Kinder, Haushaltsgröße), (c) Religionsangehörigkeit, (d) Bildung (Schulbildung, berufliche Ausbildung), (d) Erwerbstätigkeit (Erwerbsstatus, berufliche Stellung), (e) Haushaltsnettoeinkommen.

2.5 Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten

Der allgemeine Gesundheitszustand der Teilnehmer wurde mithilfe zweier 5-stufiger Ratings zur körperlichen und psychischen Gesundheit erfasst. Darüber hinaus wurden die Probanden gebeten anzugeben, ob sie eine chronische Krankheit haben. Als Screening für das Vorliegen psychischer Störungen in den letzten 12 Monaten wurden elf Screeningfragen des Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995) verwendet, welche auch im Zusatzmodul Psychische Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH; Jacobi et al., 2014) eingesetzt wurden.

Die Teilnehmer wurden zusätzlich nach körperlichen Aktivitäten wie Freizeitaktivitäten oder berufsbedingten Aktivitäten gefragt. Zur Erfassung des Ernährungsverhaltens wurde die Kurzform der Lebensmittelliste (LML-6; Keller, 1998) eingesetzt, welche die Häufigkeit des Konsums gesunder Lebensmittel nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) erhebt. Zusätzlich wurden die Teilnehmer gefragt, welche Gesundheitsgefahren (Krankheitsbilder) durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht werden können. Als Antwortkategorien standen sieben Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung.

2.6 Substanzkonsum

In Bezug auf den Konsum von Tabak bzw. Nikotin wurde die Prävalenz des Konsums von Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen in der Lebenszeit, den letzten 12 Monaten sowie den letzten 30 Tagen erfragt. Darüber hinaus wurde der Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage erhoben, in den Informationen zur Anzahl der Konsumtage sowie zur durchschnittlichen Anzahl gerauchter Zigaretten pro Konsumtag eingingen. Ein weiteres Modul erfragte den Gebrauch von E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas.

Informationen zur durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums wurden über einen getränke-spezifischen Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage bzw. die letzten 12 Monate erhoben. Hierfür wurden für Bier, Wein/Sekt, Spirituosen sowie alkoholhaltige Mixgetränke die Häufigkeit des Konsums sowie die durchschnittliche Konsummenge pro Trinktag erfragt. Daraus wurde die in den letzten 30 Tagen durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge an Ethanol (Reinalkohol) ermittelt. Ab einem Wert von 12 Gramm pro Tag (Frauen) bzw. 24 Gramm pro Tag (Männer) wurde in der vorliegenden Analyse von einer riskanten Trinkmenge ausgegangen. Zusätzlich wurde die Häufigkeit des episodischen Rauschtrinkens (5 oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag) erfasst. Teilnehmer, die angaben, noch nie oder sehr lange keinen Alkohol mehr konsumiert zu haben, wurden hinsichtlich ihrer Abstinenzgründe und deren Wichtigkeit befragt.

Für den Bereich der illegalen Drogen wurde die Prävalenz und Frequenz (Lebenszeit, 12 Monate, 30 Tage) des Konsums von Cannabis (Haschisch, Marihuana), Aufputschmitteln/Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, anderen Opiaten (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphium), Kokain, Crack, psychoaktiven Pilzen und Schnüffelstoffen erfragt. Zusätzliche Module erfassten die Konsumprävalenz und -frequenz von Amphetaminen und Methamphetamin. Konsumenten von Cannabis, Kokain oder Amphetamin wurden zudem zu ihren Konsumgründen und möglichen körperlichen oder sozialen Nebeneffekten innerhalb der letzten 12 Monate gefragt.

Informationen zum Gebrauch von Medikamenten (12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz, 30-Tage-Frequenz) wurden für Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika und Anabolika erfasst. Um den Befragten die Zuordnung spezifischer Präparate zu diesen Gruppen zu erleichtern, wurde eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente vorgegeben.

2.7 Substanzbezogene Störungen

Missbrauch und Abhängigkeit wurden als substanzbezogene Störungen nach den Kriterien des Diagnostisch Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM)-IV (American Psychiatric Association, 1994) für den Gebrauch von Alkohol, Cannabis, Kokain, Amphetamin, Analgetika sowie für Hypnotika oder Sedativa mit der schriftlichen Version des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995) erfasst. Abhängigkeit nach DSM-IV liegt dann vor, wenn mindestens drei von sieben Kriterien in den letzten zwölf Monaten aufgetreten sind. In Bezug auf Cannabis müssen drei von sechs Kriterien erfüllt sein, da ein Entzugssyndrom im DSM-IV nicht definiert ist. Für Substanzmissbrauch muss mindestens eines von vier Kriterien erfüllt sein, ohne dass eine Abhängigkeit von der jeweiligen Substanz vorliegt (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 1998). Für Tabak ist keine Missbrauchsdiagnose vorgesehen. Die Items zur Erfassung substanzbezogener

Störungen wurden nur den Personen vorgelegt, die in den letzten zwölf Monaten den Konsum der entsprechenden Substanz beziehungsweise den Gebrauch des jeweiligen Medikaments angegeben hatten.

2.8 Datenmanagement

Die Steuerung und Kontrolle des Feldprozesses erfolgte am Feldinstitut infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH über eine Datenbank, in die der tägliche Rücklauf und der aktuelle Bearbeitungsstatus eingetragen wurden. Eingehende Fragebögen wurden zunächst manuell auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Datenerfassung erfolgte je nach Befragungsmodus maskengestützt durch professionelle Kodierer/innen (schriftliche Selbstausfüller-Fragebogen) bzw. direkt in die integrierte Software (telefonische Interviews und Online-Fragebögen). Das zugrunde liegende Maskenprogramm wurde auf Basis des Fragebogens erstellt und berücksichtigte Filtersprünge und gültige Wertebereiche. Die Daten wurden schließlich manuell auf Filterfehler, Plausibilität und Inkonsistenzen geprüft. Auftretende Fehler sowie die entsprechende Bereinigung wurden variablen- und personenspezifisch dokumentiert.

2.9 Gewichtung

Mit dem ESA 2018 sollen repräsentative Aussagen für die Bevölkerung in den fünf Bundesländern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Hessen) bzw. im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Berlin, Sachsen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen) getroffen werden. Um dies zu gewährleisten, ist es notwendig, die Daten zu gewichten und die realisierte Stichprobe somit hinsichtlich zentraler Merkmale an die Grundgesamtheit anzupassen. Es wurden ein Designgewicht und ein Redressementgewicht berechnet.

Das Designgewicht gleicht zunächst die disproportionale Ziehung der Stichprobe nach Jahrgangsgruppen aus, welche im Studiendesign vorgesehen war. Dieser Gewichtungsfaktor wurde umgekehrt proportional zur Auswahlwahrscheinlichkeit auf der jeweiligen Auswahlstufe gebildet. Redressementgewichte werden berechnet, um die Stichprobe hinsichtlich zentraler externer Merkmale an die Grundgesamtheit anzupassen. Die dafür benötigten Randverteilungen der Bevölkerung wurden dem Mikrozensus 2016 und 2017 entnommen. Für die Redressementgewichtung wurde ein Iterative Proportional Fitting Algorithmus verwendet (Gelman & Carlin, 2002). Für die Gewichte der Querschnittsauswertung der Erhebung 2018 wurden die externen Merkmale BIK-Gemeindegrößenklasse, Geschlecht, Geburtsjahrgang sowie höchster Schulabschluss für die Gewichtung herangezogen.

2.10 Auswertung

Durch 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 zum Teil 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 15.1 SE (StataCorp, 2017) berücksichtigt. Die Varianzschätzung erfolgte über Taylorreihen (Korn & Graubard, 1999).

Aufgrund geringer Fallzahlen wurden für einige Indikatoren bzw. für Vergleiche mit bestimmten Vorjahren keine Berechnungen durchgeführt. Dies ist der Fall, wenn in einer Altersgruppe insgesamt *weniger als 30 Personen* in der Stichprobe enthalten sind (n < 30). Diese Fälle wurden mit einer Tilde (~) gekennzeichnet. Bei einer Fallzahl von *weniger als 50 Personen* (n < 50) wurde bei Vergleichen auf eine statistische Signifikanzberechnung verzichtet. Jahre und Altersgruppen, in denen keine Daten erhoben wurden, sind mit einem Bindestrich (-) versehen.

2.11 Querschnitt

Neben den einzelnen beteiligten Bundesländern werden alle Indikatoren getrennt nach Geschlecht sowie für einzelne Altersgruppen dargestellt. Die Prävalenzraten werden in Grafiken dargestellt, bei denen aufgrund der stark unterschiedlichen Prävalenzraten zwischen den Substanzen zur besseren Lesbarkeit unterschiedliche Skalen benutzt werden (Ordinate der Abbildungen: 0 bis 100, 0 bis 30, 0 bis 14)

Für den Vergleich der einzelnen Bundesländer mit den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung wurden für die berichteten Prävalenzraten jeweils 95 %-Konfidenzintervalle berechnet. Überschneiden sich die Konfidenzintervalle des Bundeslandes mit der bundesweiten Erhebung nicht, so spricht dies für einen statistisch signifikanten Unterschied. Aufgrund der Abhängigkeit der statistischen Prüfung von der Stichprobengröße, konnte es trotz relativem Abstand der Prävalenzraten der Bundesländer untereinander zu unterschiedlichen Ergebnissen der statistischen Prüfung zur bundesweiten Erhebung kommen.

2.12 Trend

Grundlage der Trendanalysen sind Daten aus zwölf Erhebungen des ESA der Jahre 1980 bis 2018. Der Altersbereich der Studie änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012, 2015, 2018). Aufgrund dieser Anpassungen können Trends des Tabakkonsums für 18- bis 24-Jährige ab 1980, und Trends des Tabak- und Cannabiskonsums für 18- bis 24-Jährige ab 1980, für 25- bis 39-Jährige ab 1990, für 40- bis 59-Jährige ab 1995 und für 60- bis 64-Jährige ab 2006 dargestellt werden. Die Konsumindikatoren des Alkoholkonsums wurden 1995 geändert und die Erfassung des Medikamentengebrauchs wurde im selben Jahr neu eingeführt, so dass die Trends dieser Substanzen erst ab diesem Erhebungsjahr dargestellt werden können. Informationen zu substanzbezogenen Störungen können ab der Erhebung im Jahr 1997 ausgewertet werden, wobei nicht in jeder Erhebung Informationen zu allen Substanzen vorliegen.

Die beteiligten Bundesländer haben sich in unterschiedlichem Ausmaß bereits in früheren Erhebungen mit Aufstockungen der Stichprobe beteiligt. So liegen Aufstockungsstichproben für Berlin aus den Jahren 1995, 2000, 2006 und 2012 vor, für Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2000 und 2015, für Sachsen aus dem Jahr 2009 und 2015, für Thüringen aus dem Jahr 2012 und 2015 sowie für Hessen aus dem

Jahr 2015. Für die Jahre, in denen keine Aufstockung stattgefunden hat, werden die bundeslandspezifischen Fälle aus der Bundstichprobe herangezogen, die jedoch teilweise sehr gering ausfallen.

Für die Erhebungen ohne Aufstockungen sind keine bundeslandspezifischen Gewichte verfügbar. Die verwendete Gewichtung nähert die Daten in den entsprechenden Jahren daher an die bundesdeutsche soziodemographische Verteilung an. Die Trendvergleiche sind unter diesen Vorbehalten zu interpretieren. Anders als in den Querschnittsanalysen geht die Schulbildung grundsätzlich nicht in die Gewichtung der Trenddaten ein, da eine Berücksichtigung dieser Variable für die Erhebungen vor 2012 nicht möglich war.

Alle Indikatoren werden getrennt nach Geschlecht sowie für einzelne Altersgruppen dargestellt. Die geschlechterstratifizierte Darstellung umfasst den Altersbereich 18 bis 59 Jahre, für den seit dem Jahr 1995 Beobachtungen vorliegen.

Im Rahmen der Trendanalysen wird geprüft, ob sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2018 in den Prävalenzen bzw. Verteilungen ergeben. Hierzu werden multivariate Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter, Geschlecht und Erhebungsmodus (schriftlich, telefonisch, online) als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzen werden binär-logistische Regressionen, für rechtsschiefe Variablen (z. B. durchschnittliche Trinkmenge) OLS-Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning, Basu, & Mullahy, 2005; Manning & Mullahy, 2001) und für kategoriale Variablen (z. B. Trinkkategorien) multinomiale Logit-Modelle (Williams, 2006) berechnet.

2.13 Realisierte Stichprobe

Im ESA 2018 konnten in Berlin n = 1 890, in Hessen n = 1 127, in Nordrhein-Westfalen n = 2 507, in Sachsen n = 2 098 und in Thüringen n = 1 368 Befragungen realisiert werden (Tabelle 2-2). Die Bruttoausschöpfung variierte zwischen 34.9 % in Hessen und 40.4 % in Thüringen. In Hessen und Nordrhein-Westfalen verteilten sich die Befragungen relativ gleichmäßig auf die drei Erhebungsmethoden. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil schriftlicher Befragungen war in Berlin (68.9 %), Sachsen (45.2 %) und Thüringen (46.4 %) zu beobachten.

Einen Überblick über die resultierenden Stichprobenumfänge und Altersverteilungen der Trenddaten in den fünf Bundesländern geben Tabelle 2-8 und Tabelle 2-9.

Tabelle 2-2: Realisierte Stichprobe nach Erhebungsmodus in den Bundesländern, n

	Berlin	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
Schriftlich	1 302	383	802	948	635
Telefon	102	290	765	426	348
Online	486	454	940	724	385
Gesamt	1 890	1 127	2 507	2 098	1 368
Bruttoausschöpfung (%)	35.9	34.9	38.3	38.7	40.4

2.14 Ausschöpfung

Die Nettoausschöpfung des ESA 2018 ergibt sich als Verhältnis der Anzahl auswertbarer Fälle an der bereinigten Einsatzstichprobe. Die den Berechnungen zugrunde liegende Bruttorealisierung zeigt

Tabelle 2-3. Von den insgesamt realisierten Befragungen mussten im Rahmen der Datenprüfung 0.1 % (Thüringen) bis 0.3 % (Sachsen) ausgeschlossen werden.

Die Aufgliederung der Bruttorealisierung in Tabelle 2-3 zeigt, dass zwischen 6.2 % (Berlin) und 29.0 % (Nordrhein-Westfalen) der unbereinigten Einsatzstichprobe als systematische Ausfälle klassifiziert werden konnten, die prinzipiell für die Studie verfügbar waren, sich aber nicht beteiligt haben. Dies betraf Zielpersonen, die (a) die Teilnahme explizit verweigerten, (b) in der Feldzeit nicht erreichbar waren, (c) aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht befragbar waren oder (d) trotz Ankündigung den Fragenbogen nicht zurücksandten bzw. online ausfüllten oder einen Telefontermin nicht einhielten.

Die Bestimmung der bereinigten Einsatzstichprobe erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurde der Anteil qualitätsneutraler Ausfälle an der Gesamtstichprobe bestimmt und von der Bruttostichprobe abgezogen. Hierbei handelt es sich um Fälle, die niemals die Möglichkeit hatten, in die Studie aufgenommen zu werden. Hierzu zählen Zielpersonen, (a) die unbekannt waren, (b) deren Telefonnummer ungültig war, (c) die nicht deutsch sprachen, (d) die nicht in der Zielgruppe des Surveys waren oder (e) die verstorben waren. Insgesamt betraf dies zwischen 11.7 % (Nordrhein-Westfalen) und 22.5 % (Hessen) der Einsatzstichprobe.

In einem zweiten Schritt wurde der Anteil neutraler Ausfälle an allen Fällen ohne Rücklauf geschätzt. Zielpersonen ohne Rücklauf waren solche, zu denen bis zum Ende der Feldzeit keine Information vorlag. Insgesamt betraf dies zwischen 22.5 % (Hessen) und 49.3 % (Berlin) der Einsatzstichprobe. Da nicht bekannt ist, wie viele dieser Personen nicht zur Grundgesamtheit der Studie gehörten (neutrale Ausfälle), wurde hierfür der Prozentsatz der neutralen Ausfälle an allen Personen mit bekanntem Rücklaufstatus als Schätzwert herangezogen und wiederum von der Einsatzstichprobe abgezogen. Bildet man abschließend das Verhältnis der Anzahl auswertbarer Fälle an der bereinigten Einsatzstichprobe, ergibt sich eine Nettoausschöpfung von 43.3 % in Berlin, 44.7 % in Hessen, 43.2 % in Nordrhein-Westfalen, 44.2 % in Sachsen und 45.9 % in Thüringen.

Tabelle 2-3: Bruttorealisierung in den Bundesländern, n (%)

	Berlin	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
Einsatzadressen gesamt	5 258 (100.0)	3 232 (100.0)	6 541 (100.0)	5 416 (100.0)	3 383 (100.0)
Auswertbar nach Datenprüfung	1 890 (35.9)	1 121 (34.7)	2 497 (38.2)	2 081 (38.4)	1 363 (40.3)
Nicht auswertbar nach Datenprüfung	0 (0.0)	6 (0.2)	10 (0.2)	17 (0.3)	5 (0.1)
Kein Rücklauf	2 591 (49.3)	728 (22.5)	1 556 (23.8)	1 461 (27.0)	1 008 (29.8)
Neutrale Ausfälle	451 (16.9)	563 (22.5)	582 (11.7)	519 (13.1)	290 (12.2)
Zielperson unbekannt	364 (80.7)	122 (21.7)	282 (48.5)	231 (44.5)	135 (46.6)
Telefonnummer ungültig	66 (14.6)	408 (72.5)	210 (36.1)	245(47.2)	139 (47.9)
Zielperson spricht nicht deutsch	11 (2.4)	18 (3.2)	33 (5.7)	10 (1.9)	3 (1.0)
Zielperson nicht in Zielgruppe	8 (1.8)	3 (0.5)	48 (8.2)	22 (4.2)	12 (4.1)
Zielperson verstorben	2 (0.4)	12 (2.1)	9 (1.5)	11(2.1)	1 (0.3)
Systematische Ausfälle	326 (6.2)	803 (24.8)	1 896 (29.0)	1 338 (24.7)	717 (21.2)
Verweigerung	167 (51.2)	524 (65.3)	971(51.2)	692 (51.7)	401 (55.9)
Nicht erreichbar	139 (42.6)	22 (2.7)	663 (35.0)	505 (37.7)	251 (35.0)
Gesundheitliche Probleme	3 (0.9)	122 (15.2)	16 (0.8)	17 (1.3)	18 (2.5)
Trotz Ankündigung keine Antwort	17 (5.2)	135 (16.8)	246 (13.0)	124 (9.3)	47 (6.6)

Eine zusammenfassende Übersicht über die finalen Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den fünf beteiligten Bundesländern zeigt Tabelle 2-4.

Tabelle 2-4: Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den Bundesländern

	Berlin	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
Stichprobe, n	1 890	1 121	2 497	2 081	1 363
Ausschöpfung, %	43.3	44.7	43.2	44.2	45.9

2.15 Repräsentativität

Durch die verwendete Gewichtung kann die Stichprobe hinsichtlich der zentralen Merkmale BIK-Gemeindegrößenklasse, Geschlecht, Jahrgangsgruppe und Schulbildung an die Verteilung in der Grundgesamtheit angepasst werden. Bezogen auf diese Indikatoren kann von repräsentativen Ergebnissen gesprochen werden. Die Verteilung zusätzlicher Variablen, die nicht in die Gewichtung eingegangen sind, zeigen Tabelle 2-5 bis 2-7 für die ungewichtete und die gewichtete Stichprobe sowie für die Grundgesamtheit in den beteiligten Bundesländern. In der ungewichteten Stichprobe waren ledige Personen deutlich überrepräsentiert. Dies konnte durch die Gewichtung ausgeglichen werden, sodass der Familienstand der gewichteten Stichprobe dem der Grundgesamtheit sehr gut entspricht. In der Studie unterrepräsentiert sind Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft, was auch durch die Gewichtung nicht ausgeglichen werden konnte.

Tabelle 2-5: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Berlin, %

	Berlin		
	Ungewichtete	Gewichtete	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft			
Deutsch	87.2	85.4	82.4
Andere	12.7	14.5	17.7
Keine Angabe	0.2	0.1	0.0
Familienstand			
Ledig	63.9	52.8	50.4
Verheiratet	27.9	37.3	35.6
Geschieden	5.7	7.4	8.6
Verwitwet	0.7	0.9	5.4
Keine Angabe	1.7	1.7	0.0

Tabelle 2-6: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Hessen und Nordrhein-Westfalen, %

	Hessen			Nordrhein-Westfalen		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	90.0	89.1	84.3	93.0	91.5	87.2
Andere	9.9	10.8	15.7	6.9	8.2	12.8
Keine Angabe	0.1	0.1	0.0	0.2	0.3	0.0
Familienstand						
Ledig	51.5	43.2	41.3	55.5	39.1	40.9
Verheiratet	44.2	50.7	45.3	38.3	53.1	45.1
Geschieden	3.7	5.0	7.0	4.3	6.0	6.9
Verwitwet	0.7	1.1	6.4	0.8	1.0	7.2
Keine Angabe	0.0	0.0	0.0	1.0	0.8	0.0

Tabelle 2-7: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Sachsen und Thüringen, %

	Sachsen			Thüringen		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	96.5	96.7	95.5	96.2	97.1	95.5
Andere	3.4	3.2	4.6	3.7	2.8	4.5
Keine Angabe	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0
Familienstand						
Ledig	59.8	43.5	41.3	56.6	45.2	40.5
Verheiratet	34.2	47.9	42.9	36.8	46.8	43.4
Geschieden	3.6	6.8	7.3	4.0	6.3	7.3
Verwitwet	1.0	1.4	8.5	1.2	1.1	8.8
Keine Angabe	1.4	0.4	0.0	1.3	0.6	0.0

Tabelle 2-8: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen 1980 – 2018, n

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	Gesamt
Berlin													
15-17	-	-	105	278	-	268	-	104	-	145	-	207	1 107
18-24	-	-	360	306	*37*	202	68	242	63	186	72	349	1 867
25-39	-	-	320	208	151	320	103	381	85	304	102	666	2 640
40-59	-	-	-	268	179	369	148	379	90	303	138	523	2 397
60-64	-	-	-	-	-	-	-	70	*27*	104	*33*	135	369
18-59	-	-	680	782	367	891	319	1 002	238	775	312	1 538	6 904
Hessen													
15-17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-24	525	175	344	51	58	59	134	133	161	147	256	198	2 241
25-39	-	106	710	242	250	205	219	142	173	172	429	453	3 101
40-59	-	-	-	258	253	283	264	193	196	242	354	374	2 417
60-64		-	-	-	-	-	-	65	*45*	84	107	96	397
18-59	525	281	1 054	551	561	547	617	468	530	561	1 039	1 025	7 759
Nordrhein-Westfalen													
15-17	-	-	684	-	-	-	-	-	-	-	-	369	1 053
18-24	989	624	1 116	193	162	501	411	410	474	455	588	516	6 439
25-39	-	330	2 069	664	712	916	565	435	582	495	597	673	8 038
40-59	-	-	-	786	809	434	672	599	595	753	666	730	6 044
60-64	-	-	-	-	-	-	-	185	160	226	149	209	929
18-59	989	954	3 185	1 643	1 683	1 851	1 648	1 444	1 651	1 703	1 851	1 919	20 521

Anmerkungen: Kursiv gesetzte Zahlen reflektieren Stichprobenumfänge von weniger als 50 Fällen in der jeweiligen Altersgruppe. Für diese Jahre und Altersgruppen werden keine Trends berechnet. -) Wurde nicht erhoben.

Tabelle 2-9: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Sachsen und Thüringen 1980 – 2018, n

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	Gesamt
Sachsen													
15-17	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	358	350	784
18-24	-	-	129	*30*	56	76	124	108	363	111	355	313	1 665
25-39	-	-	332	170	188	154	160	112	476	120	765	724	3 201
40-59	-	-	-	239	273	246	174	130	461	205	654	581	2 963
60-64	-	-	-	-	-	-	-	52	123	57	123	113	468
18-59	-	-	461	439	517	476	458	350	1 300	436	1 774	1 618	7 829
Thüringen													
15-17	-	-	53	-	-	-	-	-	-	-	-	172	225
18-24	-	-	70	*26*	*28*	*38*	65	*47*	70	179	278	204	1 005
25-39	-	-	191	86	97	91	100	54	67	345	592	438	2 061
40-59	-	-	-	142	138	133	106	67	81	331	551	425	1 974
60-64	-	-	-	-	-	-	-	*20*	*21*	116	120	124	401
18-59	-	-	261	254	263	262	271	168	218	855	1 421	1 067	5 040

Anmerkungen: Kursiv gesetzte Zahlen reflektieren Stichprobenumfänge von weniger als 50 Fällen in der jeweiligen Altersgruppe. Für diese Jahre und Altersgruppen werden keine Trends berechnet. -) Wurde nicht erhoben.

3 Tabak

3.1 Die Situation im Jahr 2018

3.1.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums

Der Anteil an Rauchern in den letzten 30 Tagen lag bundesweit bei 23.3 %, wobei die Prävalenz unter Männern (26.4 %) etwas höher ausgeprägt war als unter Frauen (20.2 %; Abbildung 3-1). Im Vergleich zum Bund war insgesamt (28.8 %) bei Männern (32.4 %) und bei Frauen (25.1 %) in Berlin eine signifikant höhere Prävalenz zu verzeichnen.

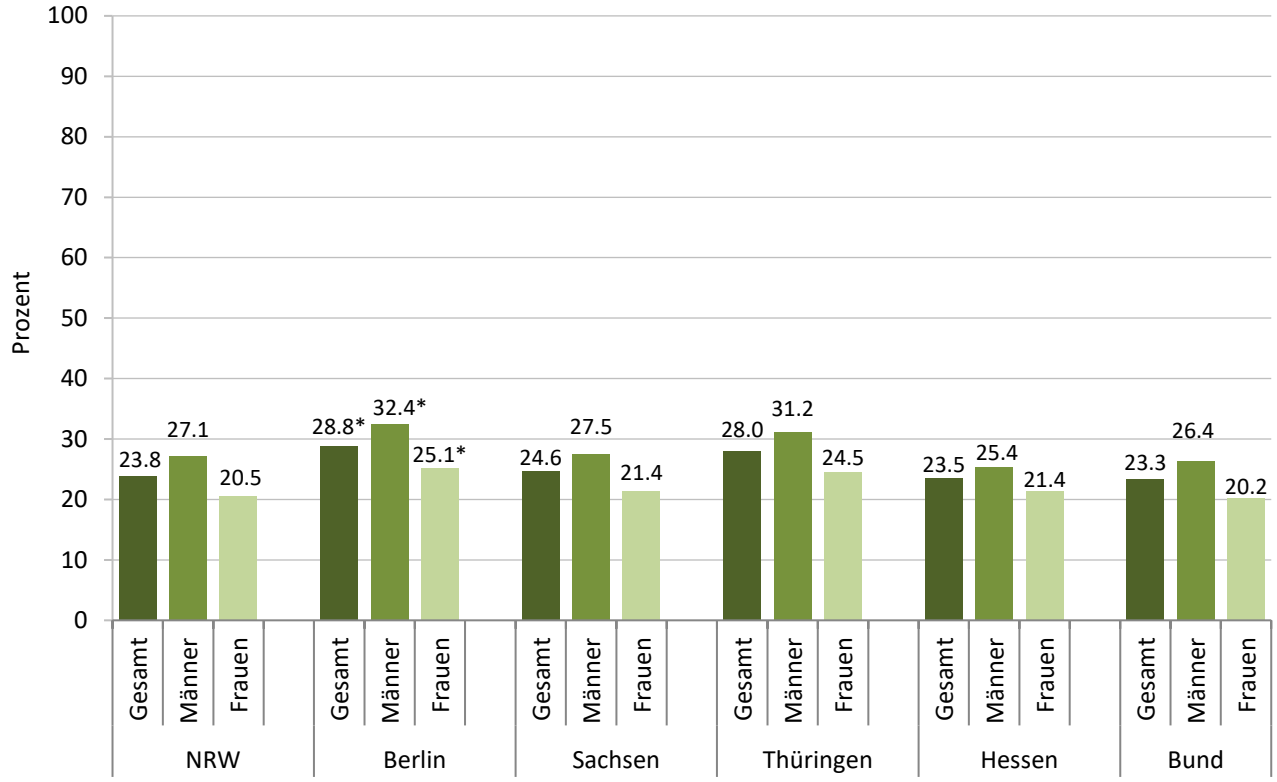

Abbildung 3-1: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Der Anteil der Befragten, der angab, in den letzten 30 Tagen Tabak konsumiert zu haben, war bei den 25- bis 39-Jährigen am höchsten. Die niedrigste Prävalenz wiesen die 60- bis 64-Jährigen auf. Im Vergleich zum Bund zeigte sich in Berlin bei den 25- bis 64-Jährigen signifikant höhere Prävalenzwerte (Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	2.5	5.2	9.0	12.0	-	-
18-24	16.9	25.0	20.1	27.8	24.7	23.3
25-39	24.3	29.6*	33.8	30.9	28.7	25.4
40-59	26.5	29.7*	20.8	29.7	19.6	23.5
60-64	19.1	25.6*	18.3	15.1	24.1	16.9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten)

Unter den Tabakkonsumenten berichteten bundesweit insgesamt 22.7 %, täglich 20 oder mehr Zigaretten konsumiert zu haben (Abbildung 3-2). Der Anteil der Männer, die das Kriterium des starken Tabakkonsums erfüllten, war im Bund sowie in den Bundesländern größer als der Anteil der Frauen. Im Vergleich der Bundesländer zum Bund zeigten sich nur in Sachsen signifikant geringere Prävalenzwerte.

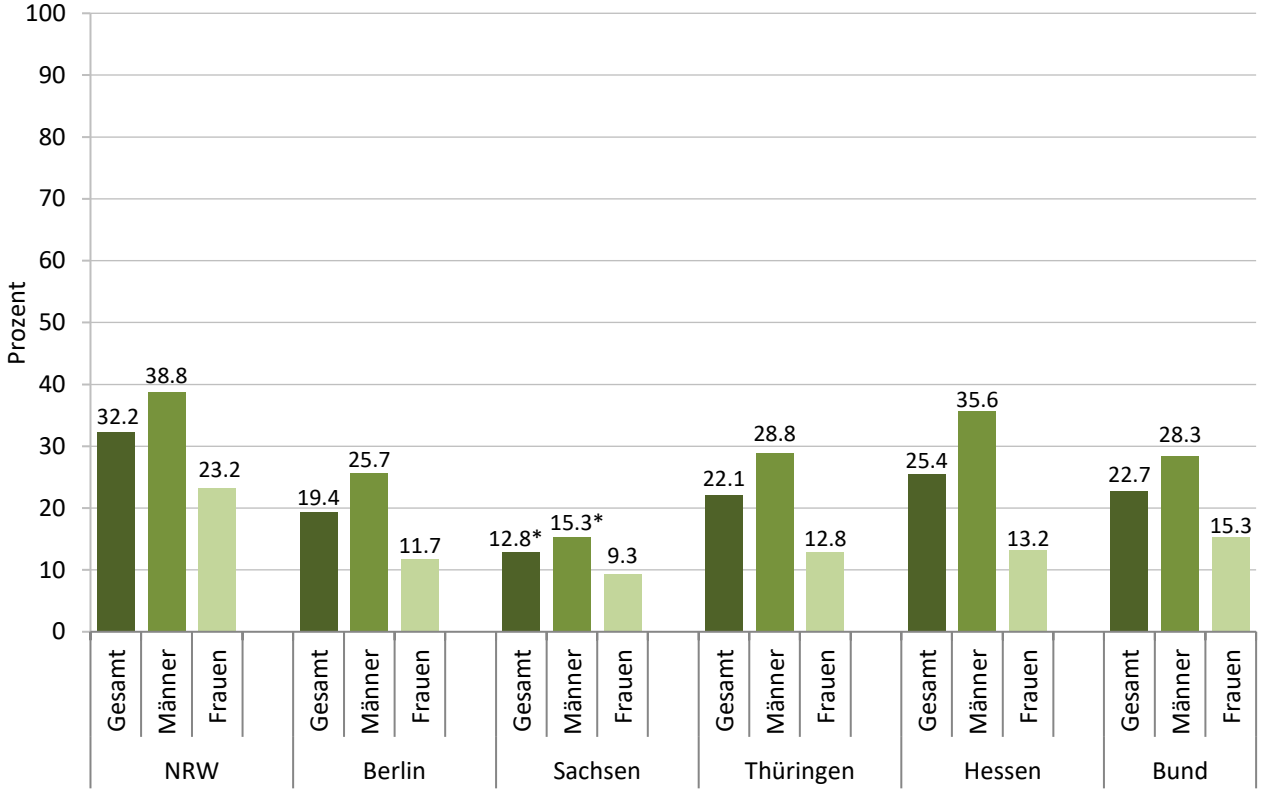

Abbildung 3-2: 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bundesweit war der Anteil an starken Rauchern in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen am höchsten (Tabelle 3-2). Dennoch zeigte in Sachsen die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen eine signifikant geringere Prävalenz als im Bund.

Tabelle 3-2: 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	~	~	~	~	-	-
18-24	13.5	12.5	4.1	12.8	7.4	10.1
25-39	29.8	14.7	13.1	18.1	23.5	17.2
40-59	38.9	27.4	14.4*	26.6	31.5	29.5
60-64	18.4	~	~	~	~	24.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. ~ n < 30 Personen. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.3 Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

Die durchschnittliche Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten betrug im Bund insgesamt 11.5 Zigaretten (Abbildung 3-3). Die Werte waren sowohl bundesweit, als auch in allen Bundesländern außer Nordrhein-Westfalen unter Männern höher als unter Frauen. Verglichen mit der Bundstichprobe war die Anzahl an Zigaretten pro Tag bei Frauen in Berlin (7.5 Zigaretten) und bei Männern (9.8 Zigaretten) und insgesamt (9.5 Zigaretten) in Sachsen signifikant geringer.

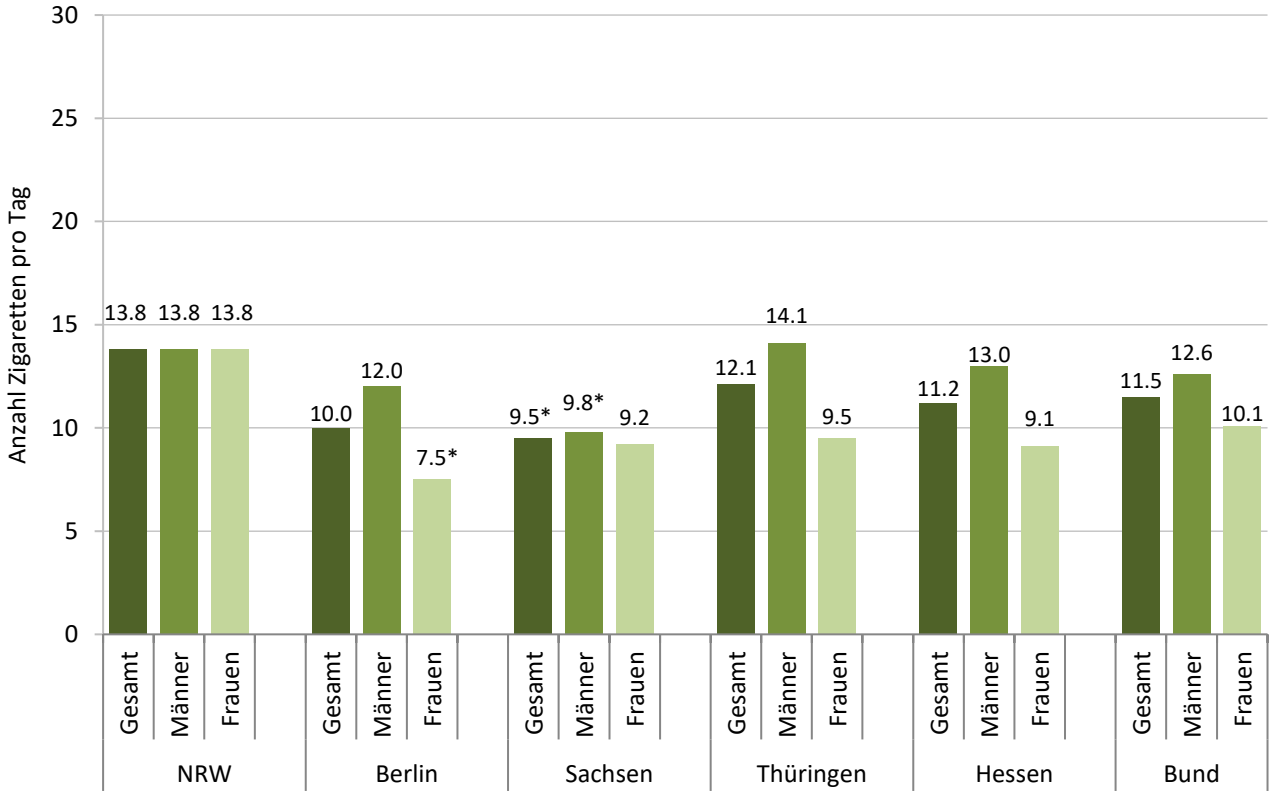

Abbildung 3-3: Durchschnittliche Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im altersspezifischen Vergleich der Bundesländer mit dem Bund zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, mit Ausnahme der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen in Berlin. Dort konsumierte diese Altersgruppe mit durchschnittlich 7.8 Zigaretten pro Tag signifikant weniger Zigaretten als im Bund (Tabelle 3-3).

Tabelle 3-3: Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Anzahl Zigaretten pro Tag

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	5.5	4.5	3.9	6.4	-	-
18-24	8.9	6.5	5.3	11.3	6.3	7.9
25-39	10.9	7.8*	9.7	11.3	11.3	10.3
40-59	16.5	12.9	10.3	12.5	12.5	13.1
60-64	11.2	9.3	9.0	14.5	12.4	12.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum (Konsumenten)

Konsumenten von Tabakprodukten berichteten im bundesweiten Durchschnitt, mit 15.9 Jahren zum ersten Mal geraucht zu haben (Abbildung 3-4). Das Einstiegsalter variierte kaum zwischen Männern und Frauen. Zwischen den Bundesländern und dem Bund gab es keine signifikanten Unterschiede.

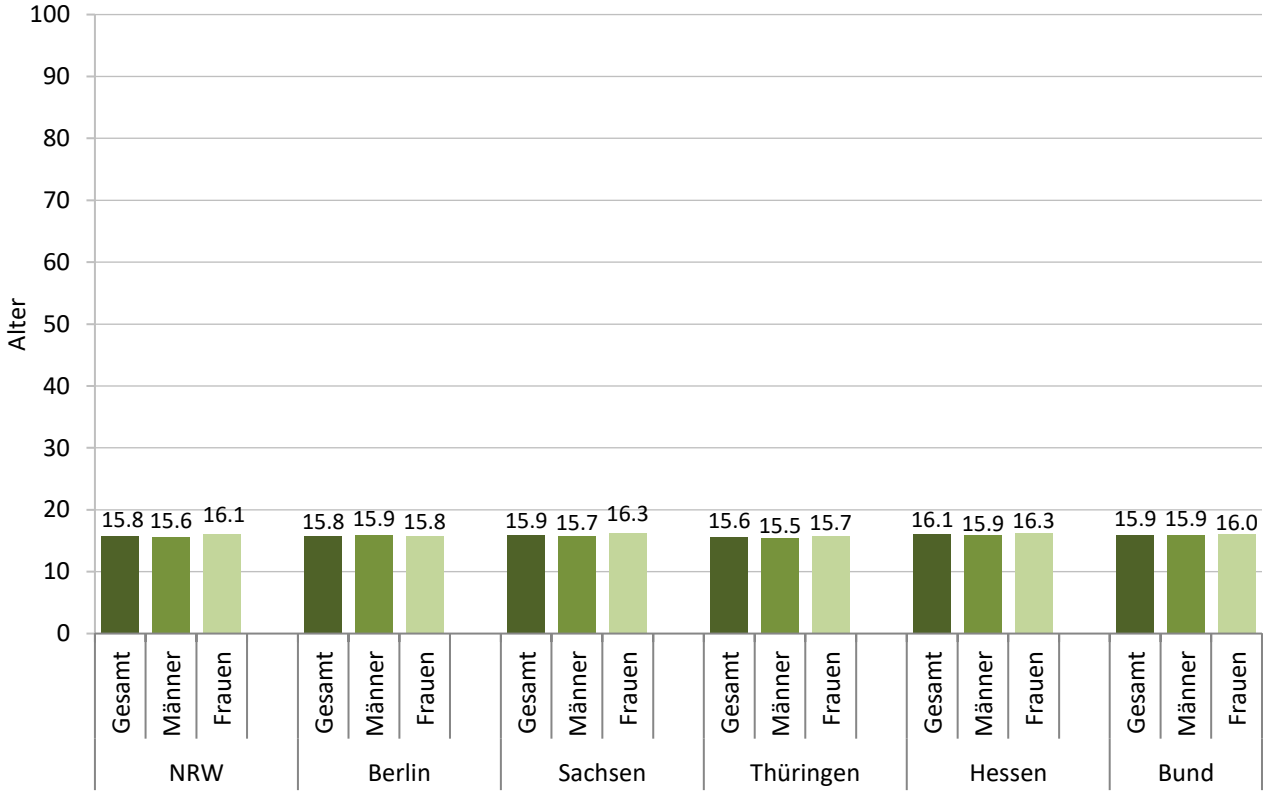

Abbildung 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Das durchschnittliche Einstiegsalter war bundesweit bei den 60- bis 64-Jährigen am höchsten (Tabelle 3-4). Im Vergleich zum Bund zeigte sich nur in Berlin bei den 60- bis 64-Jährigen ein signifikanter Unterschied.

Tabelle 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	14.1	14.7	13.7	14.0	-	-
18-24	15.7	15.0	15.4	15.1	15.0	15.3
25-39	15.5	15.0	15.0	14.6	15.0	15.3
40-59	15.9	16.1	16.7	16.2	17.4	16.4
60-64	16.5	19.3*	17.5	16.7	16.4	16.4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.5 Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

Bundesweit wiesen 8.6 % der Bevölkerung eine Nikotinabhängigkeit auf (Abbildung 3-5). Die Werte waren bei Männern gegenüber den Frauen sowohl bundesweit als auch in den Bundesländern erhöht. Im Vergleich zum Bund lag sowohl die Gesamtprävalenz (12.8 % vs. 8.6 %) sowie die Prävalenz der Männer in Berlin (18.1 % vs. 9.8 %) signifikant höher.

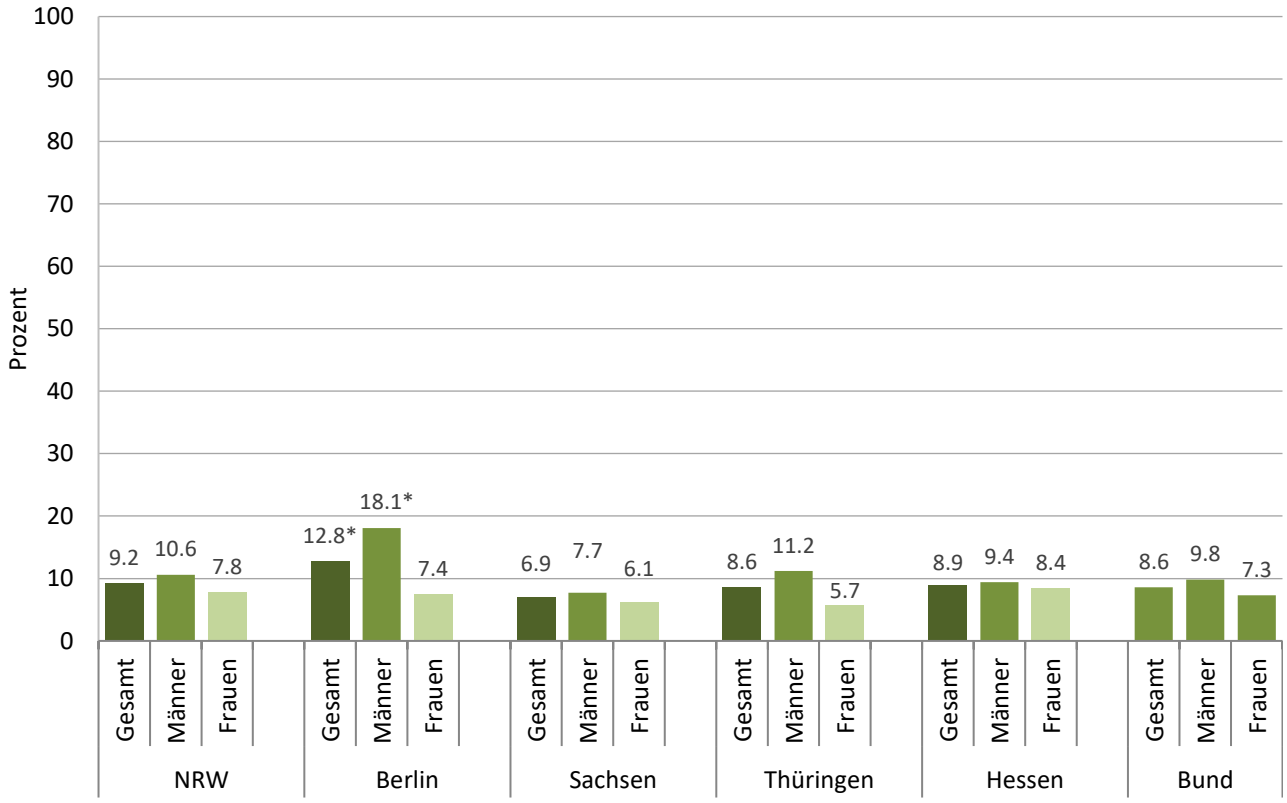

Abbildung 3-5: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Eine Nikotinabhängigkeit zeigte sich am häufigsten bei 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 3-5). In diesen Altersgruppen zeigten die meisten Bundesländer höhere Nikotinabhängigkeiten als der bundesweite Durchschnitt. Die Nikotinabhängigkeit der 40- bis 59-Jährigen in Berlin war mit 15.0 % signifikant höher als im Bund.

Tabelle 3-5: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.4	2.0	2.3	5.3	-	-
18-24	8.7	12.0	5.8	12.8	10.3	9.9
25-39	9.8	11.7	11.5	13.8	13.0	9.4
40-59	10.1	15.0*	4.9	6.4	6.2	8.3
60-64	4.1	7.4	3.4	1.9	7.6	6.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.6 Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten)

Im bundesdeutschen Durchschnitt waren 33.6 % der Tabakkonsumenten nikotinabhängig. (Abbildung 3-6). In Berlin war ein deutlicher Unterschied der Nikotinabhängigkeit zwischen den Geschlechtern zu erkennen. Im Vergleich zum Bund wiesen rauchende Männer in Berlin mit 51.9 % signifikante häufiger eine Nikotinabhängigkeit als im Bund auf.

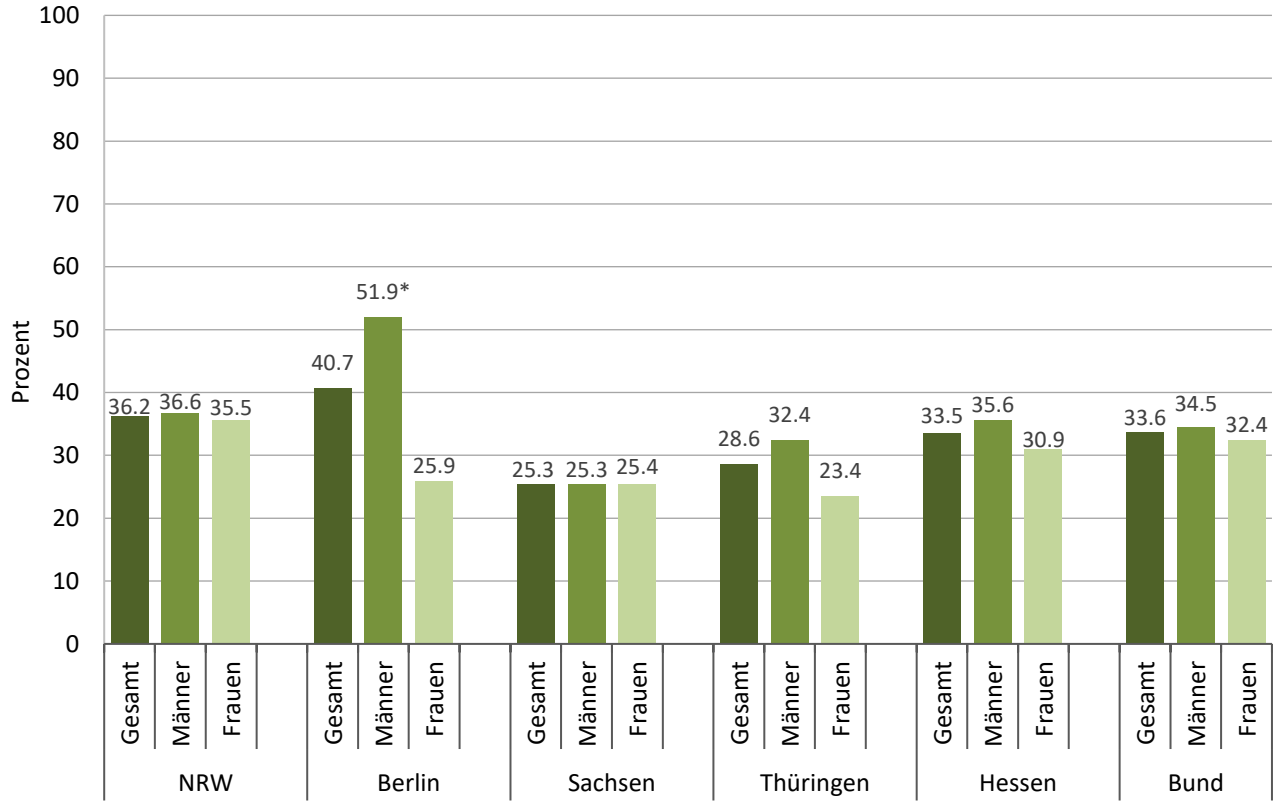

Abbildung 3-6: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Mit Ausnahme der 60- bis 64-Jährigen zeigten sich in Bezug auf eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei den Konsumenten keine deutlichen Unterschiede (Tabelle 3-6). Verglichen mit der bundesweiten Stichprobe zeigten sich bei 40- bis 59-Jährigen in Berlin signifikant höhere und in Thüringen signifikant niedrigere Werte.

Tabelle 3-6: Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	~	~	~	~	-	-
18-24	41.8	48.0	27.8	46.6	38.3	39.1
25-39	37.4	34.7	30.6	41.6	44.7	33.2
40-59	37.5	48.9*	20.6	19.5*	26.0	33.1
60-64	15.5	~	~	~	~	29.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. ~ n < 30 Personen. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.2 Trends 1980 bis 2018

3.2.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums

Trendbeobachtungen zeigten für alle Bundesländer einen signifikanten Rückgang des Tabakkonsums im Laufe der Erhebungen (Abbildung 3-7). Teilweise zeigte sich dieser jedoch erst nach einem anfänglichen Anstieg. Dies traf sowohl auf Männer als auch auf Frauen zu.

In allen Bundesländern zeigten sich die ausgeprägtesten Rückgänge der Raucherraten sowohl in den beiden jüngsten Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen, aber auch in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen waren Rückgänge zu beobachten (Tabelle 3-7). Hingegen war in Sachsen der Anteil der Raucher in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen und in Thüringen der 40- bis 59-Jährigen im Vergleich zu 2018 relativ konstant. Für die 60- bis 64-Jährigen zeigten sich seit dem Jahr 2006, in dem diese Altersgruppe erstmals erhoben wurde, in keinem der Bundesländer signifikante Veränderungen.

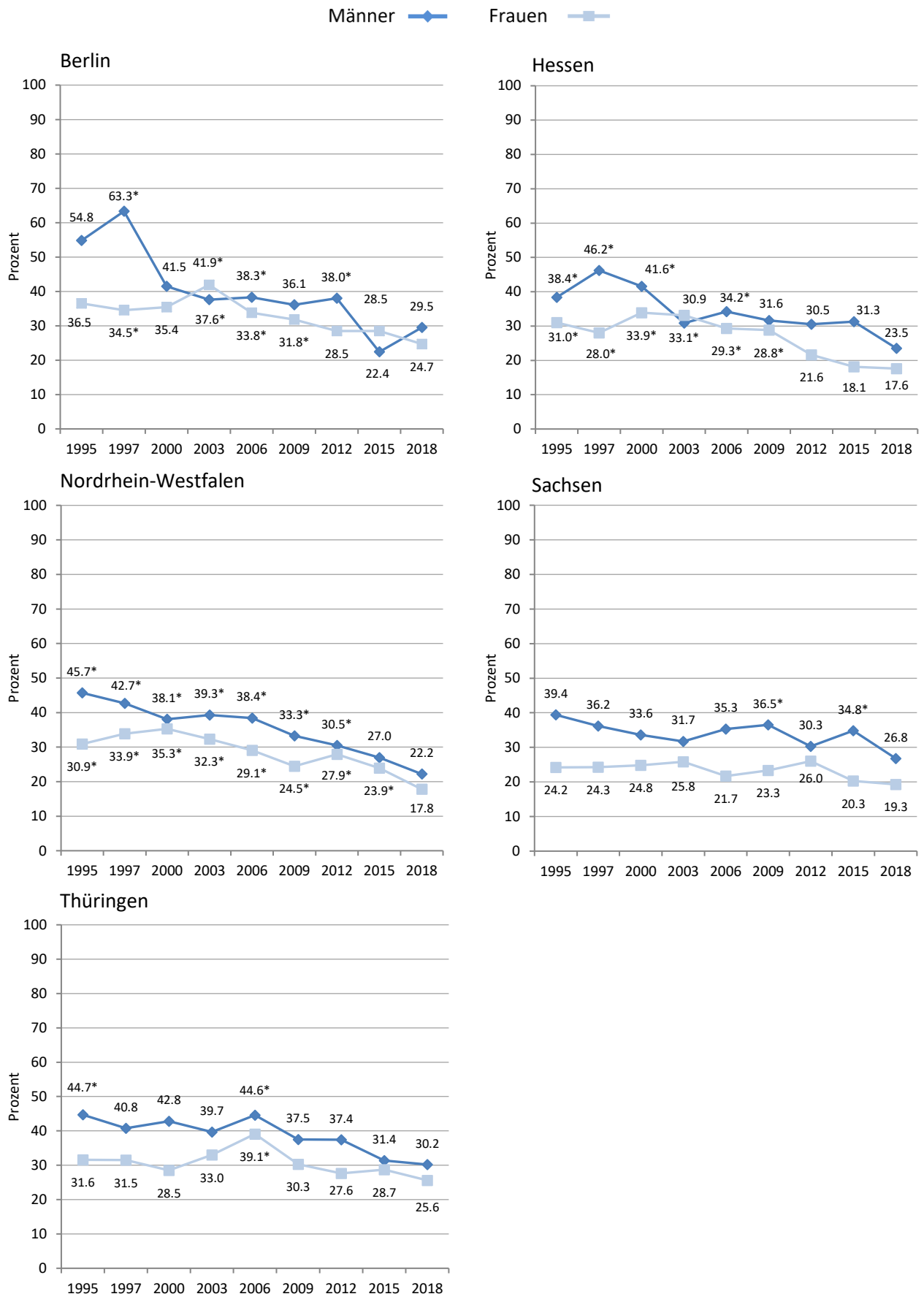

Abbildung 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin												
18-24	-	-	47.5	46.4	59.8*	40.9	39.0*	37.5*	31.3	31.3*	21.7	22.6
25-39	-	-	54.1	46.8	54.5*	43.1	47.5*	37.5*	31.3	37.5*	25.9	28.9
40-59	-	-	-	44.7	41.0*	33.4	35.2	34.4*	36.1	30.6	26.3	26.7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	20.4	31.7	23.3	33.0	20.8
Hessen												
18-24	55.0*	44.2*	39.8*	51.8*	32.9	51.7*	44.9*	42.3*	36.9*	24.2	27.0	23.8
25-39	-	47.8*	41.0*	44.2*	42.8*	41.9*	30.4	39.7*	30.5	27.6	27.2	23.2
40-59	-	-	-	21.8	34.5*	31.2*	30.2*	24.1	28.2*	26.3	22.7	18.1
60-64	-	-	-	-	-	-	-	14.2	15.3	25.4	16.1	18.2
NRW												
18-24	57.1*	48.6*	43.5*	42.1*	37.7*	39.5*	40.1*	38.3*	32.5*	25.3*	23.2*	15.8
25-39	-	53.2*	50.1*	42.9*	43.6*	38.6*	35.9*	34.4*	31.2*	30.4*	25.2	22.7
40-59	-	-	-	33.2*	34.6*	28.8*	34.8*	32.4*	26.5*	29.7*	26.2*	19.5
60-64	-	-	-	-	-	-	-	20.8	18.7	21.7	22.1	19.0
Sachsen												
18-24	-	-	44.3*	52.2*	33.4	38.9*	41.8*	36.0*	37.0*	35.5*	24.6	19.0
25-39	-	-	45.1*	33.2	31.1	35.8	31.3	23.8	34.8	36.1	32.3	31.1
40-59	-	-	-	25.5	28.6*	21.1	22.8	29.6*	25.6*	22.3	25.6*	18.5
60-64	-	-	-	-	-	-	-	14.8	15.3	12.7	23.2	20.3
Thüringen												
18-24	-	-	34.3*	34.7	52.5*	53.9*	49.5*	38.0*	42.5*	34.7*	29.4	22.6
25-39	-	-	40.8*	54.3*	40.4	42.0*	42.8	37.1	44.7*	41.5*	34.0	29.0
40-59	-	-	-	26.4	28.2	26.4	26.7	46.6*	26.4	27.4	28.0	28.4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	11.1	8.4	21.1	16.7	14.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

3.2.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten)

Aktuelle Raucher in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Berlin zeigten generell einen signifikant rückläufigen Trend des starken Tabakkonsums zwischen 1995 und 2018 (Abbildung 3-8). In Sachsen zeigte sich ein solcher Trend, der jedoch nur bei den Männern vorlag; bei den Frauen hingegen war die Prävalenz tendenziell auf vergleichbarem Niveau. In Thüringen waren trotz fallender Prävalenz keine signifikanten Veränderungen zu beobachten.

Der Anteil an aktuellen Rauchern mit einem starken Tabakkonsum ging in allen Bundesländern in allen Altersgruppen vor allem vor dem Jahr 2009 signifikant zurück (Tabelle 3-8). In Thüringen zeigte sich in den Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen ein signifikanter Rückgang.

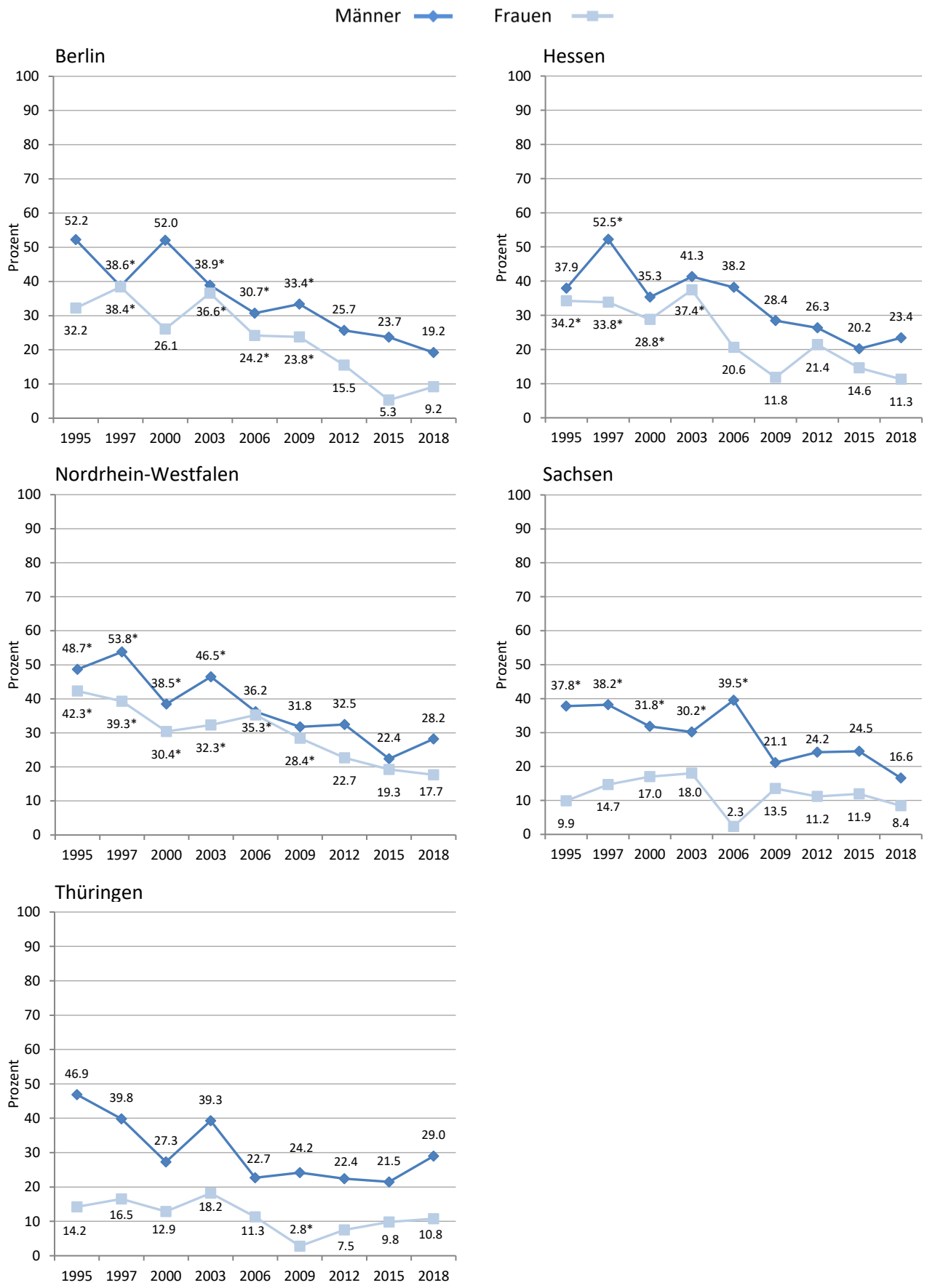

Abbildung 3-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 3-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin												
18-24	-	-	31.4	28.7	~	11.2	~	10.6	~	1.5	~	6.7
25-39	-	-	51.5	54.2	40.5*	43.3	37.2*	23.3*	28.8*	12.9	~	11.8
40-59	-	-	-	41.3	41.5*	45.9	43.6*	36.8*	29.8	34.1*	13.2	19.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~
Hessen												
18-24	39.7*	40.5*	37.9*	~	~	~	7.6	10.8	6.2	5.5	6.4	6.3
25-39	-	41.9*	47.2*	48.8*	41.0*	33.9	34.3	26.6	19.1	14.1	11.0	16.6
40-59	-	-	-	38.7	50.3	38.2	53.3*	44.0	26.7	36.1	27.1	24.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~
NRW												
18-24	39.0*	38.7*	35.1*	34.4*	32.5*	22.3	11.8	17.2	9.9	13.3	7.9	9.1
25-39	-	57.9*	50.3*	45.9*	47.6*	39.0*	39.3*	30.7	28.2	23.6	16.8	21.1
40-59	-	-	-	50.8*	53.0*	41.6	49.8*	44.6*	39.0	33.9	26.3	28.7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	41.4*	~	40.7	~	20.4
Sachsen												
18-24	-	-	25.8*	~	~	~	9.4	11.2	9.7	3.4	8.6	3.7
25-39	-	-	33.9*	21.8	44.2*	30.9*	27.9*	~	18.1	21.2	11.3	12.3
40-59	-	-	-	30.3	25.4	24.6	31.5	30.5	21.9	20.7	29.0*	16.4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~
Thüringen												
18-24	-	-	~	~	~	~	20.6	~	~	8.0	7.1	10.2
25-39	-	-	29.6*	36.7*	14.5	16.9	34.1*	~	~	17.2	16.4	19.5
40-59	-	-	-	26.8	54.6*	27.3	~	~	~	17.5	17.7	23.8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

3.2.3 Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

In Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen hatte sich die Anzahl der von Rauchern konsumierten Zigaretten von 1995 bis 2018 stetig reduziert (Abbildung 3-9). In Sachsen war bei Frauen keine Veränderung zu beobachten. Im Gegensatz dazu war die Anzahl an Zigaretten pro Tag bei den sächsischen Rauchern im Vergleich zu allen Erhebungsjahren außer 2012 signifikant gesunken. Bei den Befragten in Thüringen war die Anzahl konsumierter Zigaretten bei beiden Geschlechtern über die Zeit konstant.

In Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen war die Anzahl an Zigaretten pro Tag in den meisten Altersgruppen stetig zurückgegangen (Tabelle 3-9), während sich dies in den Bundesländern Sachsen und Thüringen vermehrt auf die 18- bis 39-Jährigen bzw. 25- bis 39-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen beschränkte.

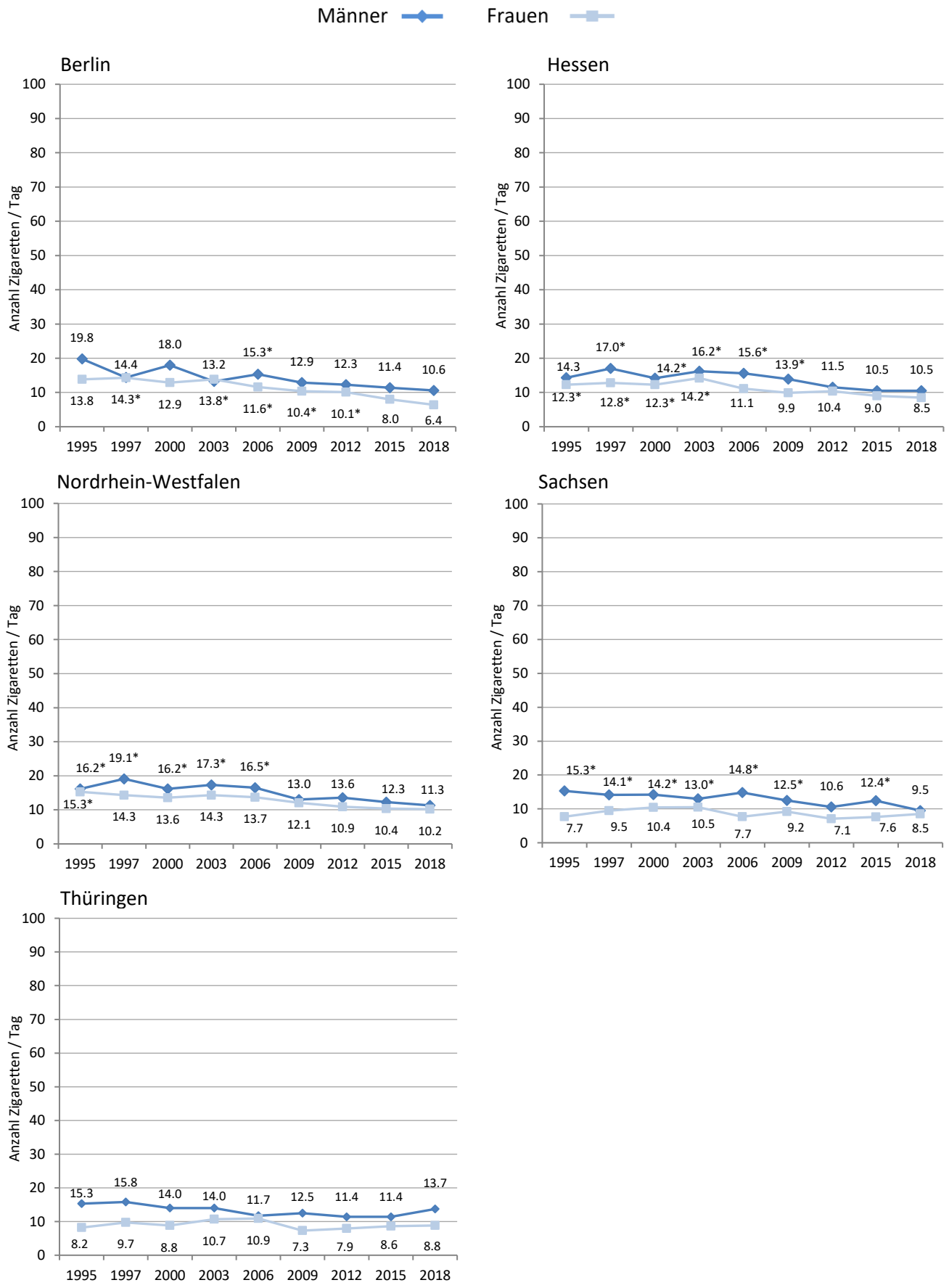

Abbildung 3-9: Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 3-9: Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin												
18-24	-	-	-	14.4	12.6*	9.0	11.3*	9.8*	10.9*	5.3	4.8	5.2
25-39	-	-	-	17.7	15.7*	15.7	13.1*	12.9*	12.6*	9.0*	9.3*	7.2
40-59	-	-	-	17.8	13.9	18.0	14.5*	15.2*	11.5	14.9*	10.0	10.9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	15.0*	20.2*	15.3*	9.9	9.5
Hessen												
18-24	-	-	-	9.2*	15.2*	7.0	10.8*	10.8*	9.9*	6.7	7.1	6.1
25-39	-	-	-	14.7*	14.6*	13.7*	14.1*	12.5	11.5	9.4	7.9	9.6
40-59	-	-	-	14.2	16.2*	15.9*	17.5*	16.2*	13.1	13.2	12.4	10.9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	13.3	17.2	12.7	10.2	13.0
NRW												
18-24	-	-	-	12.2*	15.5*	13.0*	11.0*	11.9*	9.7*	9.1	7.7	7.1
25-39	-	-	-	15.9*	16.9*	15.5*	15.5*	14.9	12.3*	11.4	10.8	9.2
40-59	-	-	-	17.2	17.6	16.4	17.9	16.5	13.8	13.7	12.6	12.8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	17.3*	14.0	14.1	11.6	11.0
Sachsen												
18-24	-	-	-	15.8*	8.0	10.2*	10.1*	8.6*	9.2*	5.3	7.6	4.8
25-39	-	-	-	10.8	15.0*	13.8*	11.4	11.2	11.4*	10.4	8.5	9.0
40-59	-	-	-	12.3	12.1	12.7	13.7	13.9	12.0	9.1	12.9	10.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	14.6	13.8	18.4	13.3	8.4
Thüringen												
18-24	-	-	-	11.3	9.8	13.4	10.2	8.5	11.8	8.5	7.1	10.6
25-39	-	-	-	12.2	12.6	11.0	14.0*	12.7	10.8	9.3	9.2	10.9
40-59	-	-	-	13.3	15.6	13.2	11.5	11.1	9.3	10.8	11.3	12.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	2.4	24.7*	10.0	13.2	14.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

3.2.4 30-Tage-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

Der Anteil an Personen, bei denen basierend auf den Kriterien des DSM-IV eine Nikotinabhängigkeit vorlag, hat in Nordrhein-Westfalen sowie bei Frauen in Berlin seit 2012 signifikant abgenommen (Abbildung 3-10). In Berlin nahm der Anteil an Männern mit Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV seit 2009 zu. In Thüringen, Sachsen und Hessen blieben die Prävalenzen über die Zeit hinweg stabil.

Nach erhöhter Prävalenz in den 2000er Jahren sind die Werte in allen Altersgruppen im Jahr 2018 gesunken. Bei den 18- bis 39-Jährigen in Nordrhein-Westfalen ist dieser Trend deutlich zu sehen (Tabelle 3-10). Zudem war dies bei den 40- bis 59-Jährigen in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2012 im Vergleich zu 2018 beobachtbar. Bei den 25- bis 39-Jährigen in Sachsen und den 18- bis 24-Jährigen bzw. den 40- bis 59-Jährigen in Thüringen stieg die Prävalenz im Vergleich zum Jahr 2000 bzw. 2006 signifikant an.

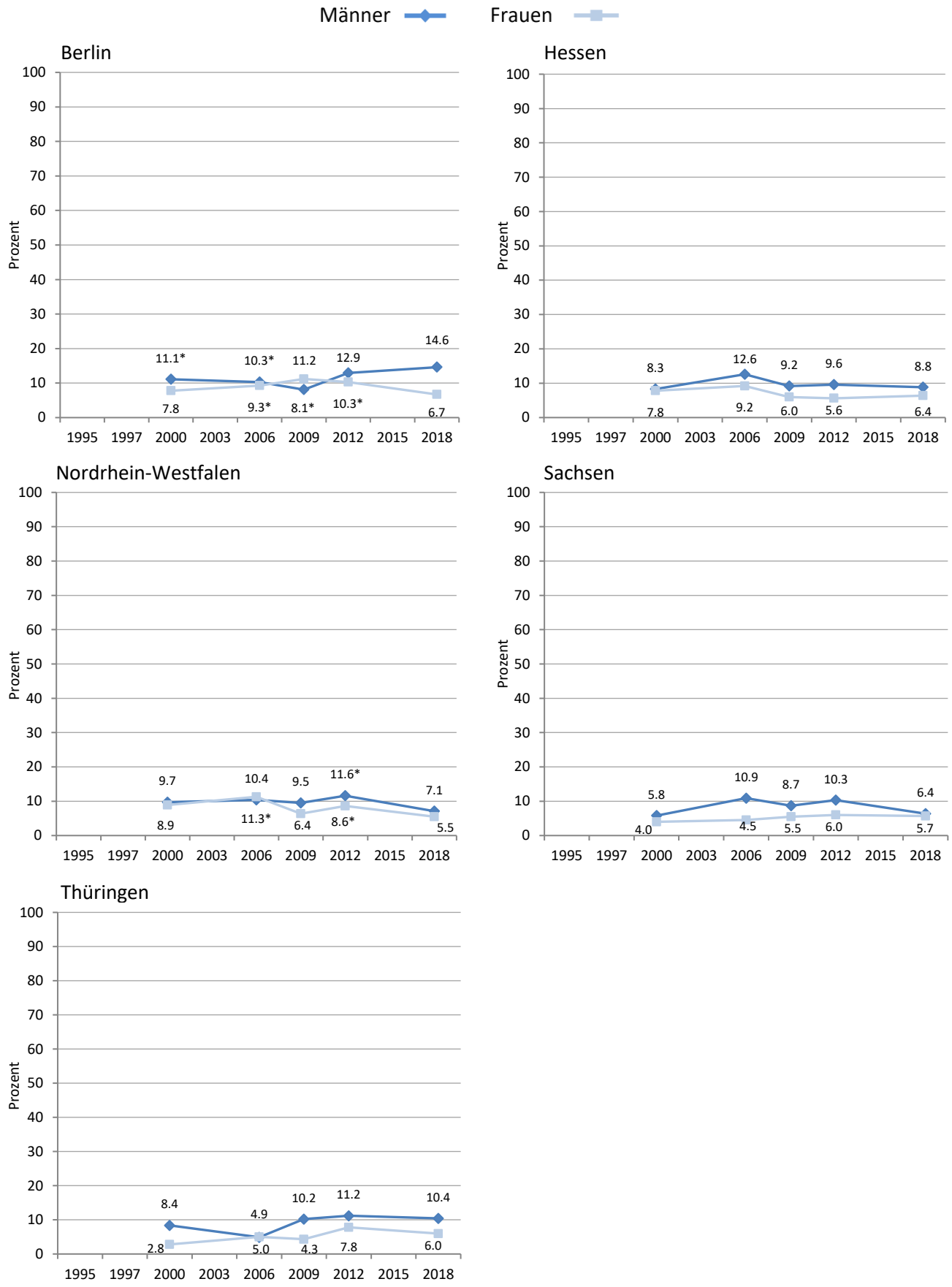

Abbildung 3-10: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 3-10: Trends der 30-Tage-Prävalenz von Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin												
18-24	-	-	-	-	-	9.1	-	13.3	11.6	6.9	-	8.8
25-39	-	-	-	-	-	11.5	-	11.1	11.0	13.0	-	11.1
40-59	-	-	-	-	-	7.5*	-	7.8*	8.4	11.8	-	10.9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	5.4	4.4	12.3	-	6.0
Hessen												
18-24	-	-	-	-	-	6.5	-	12.0	12.5	3.8*	-	10.2
25-39	-	-	-	-	-	9.4	-	14.9	9.2	9.9	-	8.4
40-59	-	-	-	-	-	7.3	-	8.1	5.4	7.5	-	6.4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	2.6	2.1	7.3	-	4.5
NRW												
18-24	-	-	-	-	-	15.9*	-	12.3*	11.0*	11.2*	-	6.7
25-39	-	-	-	-	-	8.6	-	12.4*	7.7	11.2*	-	6.2
40-59	-	-	-	-	-	2.9*	-	6.9	6.1	8.2	-	6.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen												
18-24	-	-	-	-	-	9.1	-	12.2	7.6	10.2	-	4.5
25-39	-	-	-	-	-	5.5*	-	9.1	8.7	10.4	-	9.2
40-59	-	-	-	-	-	3.2	-	5.3	6.2	6.5	-	4.2
60-64	-	-	-	-	-	-	-	5.0*	2.0	3.8	-	3.0
Thüringen												
18-24	-	-	-	-	-	13.2	-	3.9*	12.2	12.5	-	8.3
25-39	-	-	-	-	-	6.9	-	6.4	12.7	13.1	-	11.9
40-59	-	-	-	-	-	2.7*	-	4.2	3.4	7.0	-	6.1
60-64	-	-	-	-	-	-	-	4.1	0.0	4.5	-	1.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

3.3 Schwerpunkt E-Zigarette

3.3.1 Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Bundesweit berichteten 14.2 % der Befragten, jemals eine E-Zigarette probiert zu haben (Abbildung 3-11). Der Anteil von Männern war in den meisten Bundesländern gegenüber den Frauen höher. In Berlin war die Prävalenz in der Gesamtstichprobe sowie für beide Geschlechter signifikant höher.

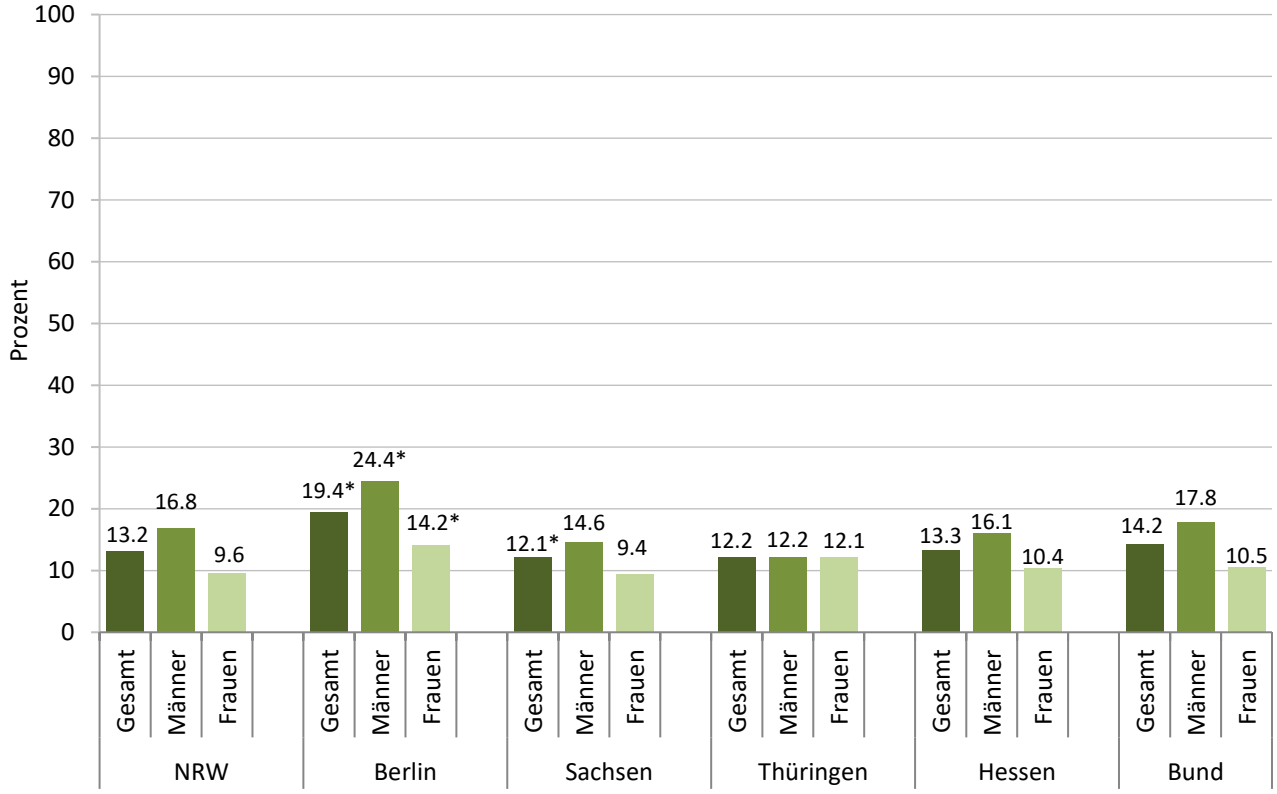

Abbildung 3-11: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In den Altersgruppen 40- bis 59-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen gaben die Befragten seltener an, jemals eine E-Zigarette probiert zu haben (Tabelle 3-11). Bundesweit lag die Lebenszeit-Prävalenz der 18- bis 24-Jährigen bei 34.6 % und bei den 60- bis 64-Jährigen bei 3.9 %. In Berlin sind für die 18- bis 59-Jährigen signifikant höhere Werte als im Bund zu verzeichnen.

Tabelle 3-11: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	23.5	20.0	26.1	27.0	-	-
18-24	30.4	26.2*	29.5	34.1	33.0	34.6
25-39	18.5	25.3*	22.8	20.9	19.2	20.6
40-59	7.3	15.1*	4.2	5.9	6.7	7.3
60-64	3.2	5.4	2.1	2.1	3.4	3.9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

In den letzten 12 Monaten nutzten 7.9 % der bundesweiten Stichprobe E-Zigaretten (Abbildung 3-12). Hierbei war der Anteil der Männer in den meisten Bundesländern tendenziell höher als der Anteil der Frauen. Männer in Berlin (14.1 %) wiesen im Vergleich zum Bund (10.6 %) eine signifikant höhere Prävalenz auf.

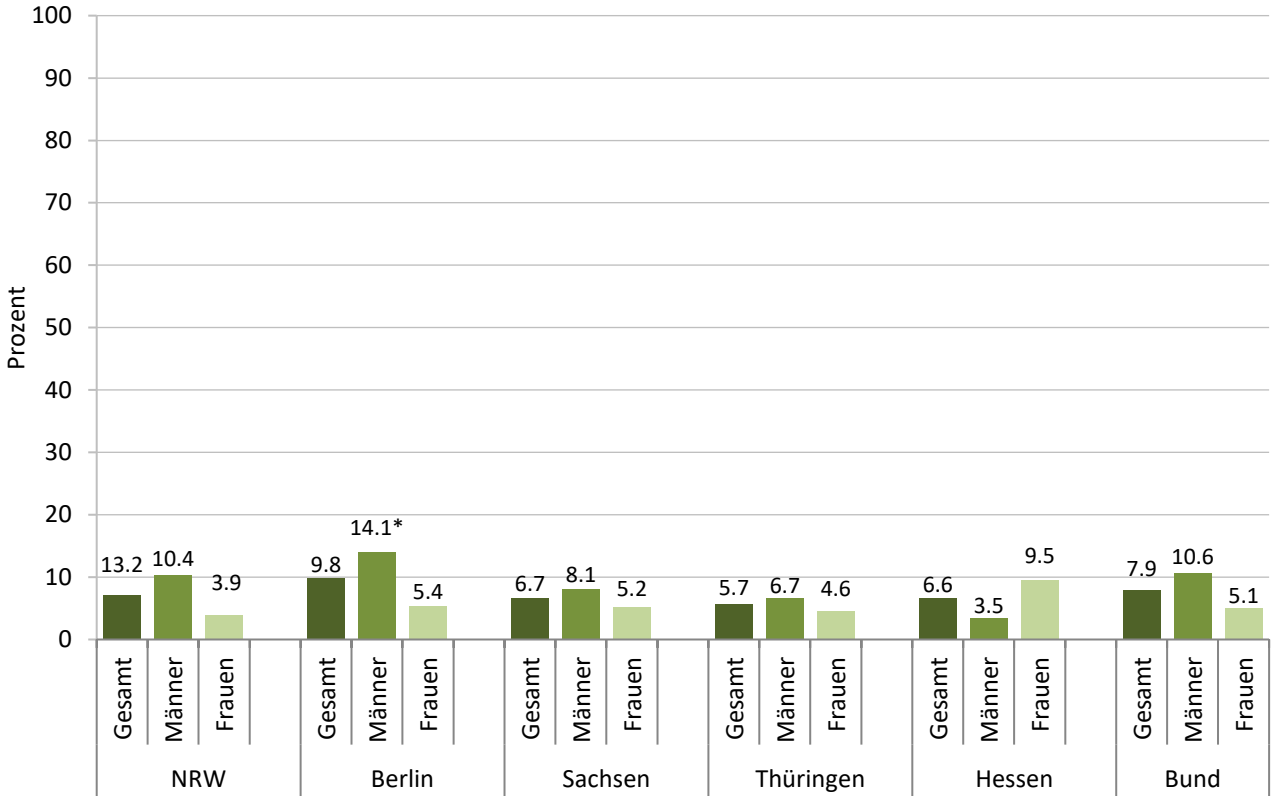

Abbildung 3-12: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die höchsten Prävalenzen zeigten sich in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 3-12). Bei den 18- bis 24-Jährigen gaben bundesweit 24.4 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten E-Zigaretten konsumiert zu haben, während dies lediglich 3.6 % der 40- bis 59-Jährigen sowie 2.4 % der 60- bis 64-Jährigen berichteten. Im Vergleich zum Bund (24.4 %) war die 12-Monats-Prävalenz in Berlin mit 17.1 % signifikant niedriger und bei den 40- bis 59-Jährigen signifikant höher (6.9 % vs. 3.6 %).

Tabelle 3-12: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	17.9	13.1	17.9	21.1	-	-
18-24	21.5	17.1*	22.4	21.2	22.8	24.4
25-39	8.7	12.8	12.4	10.3	9.7	10.7
40-59	3.7	6.9*	2.2	2.4	1.7	3.6
60-64	2.1	2.7	0.0	0.3	2.8	2.4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.3 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Der bundesweite Anteil der Befragten, welche im letzten Monat E-Zigaretten konsumierten, lag bei 4.0 % (Abbildung 3-13). In Berlin (5.4 %) war die Gesamtprävalenz signifikant höher, in Thüringen mit 2.4 % signifikant niedriger. In beiden Bundesländern war dies auch für Männer der Fall.

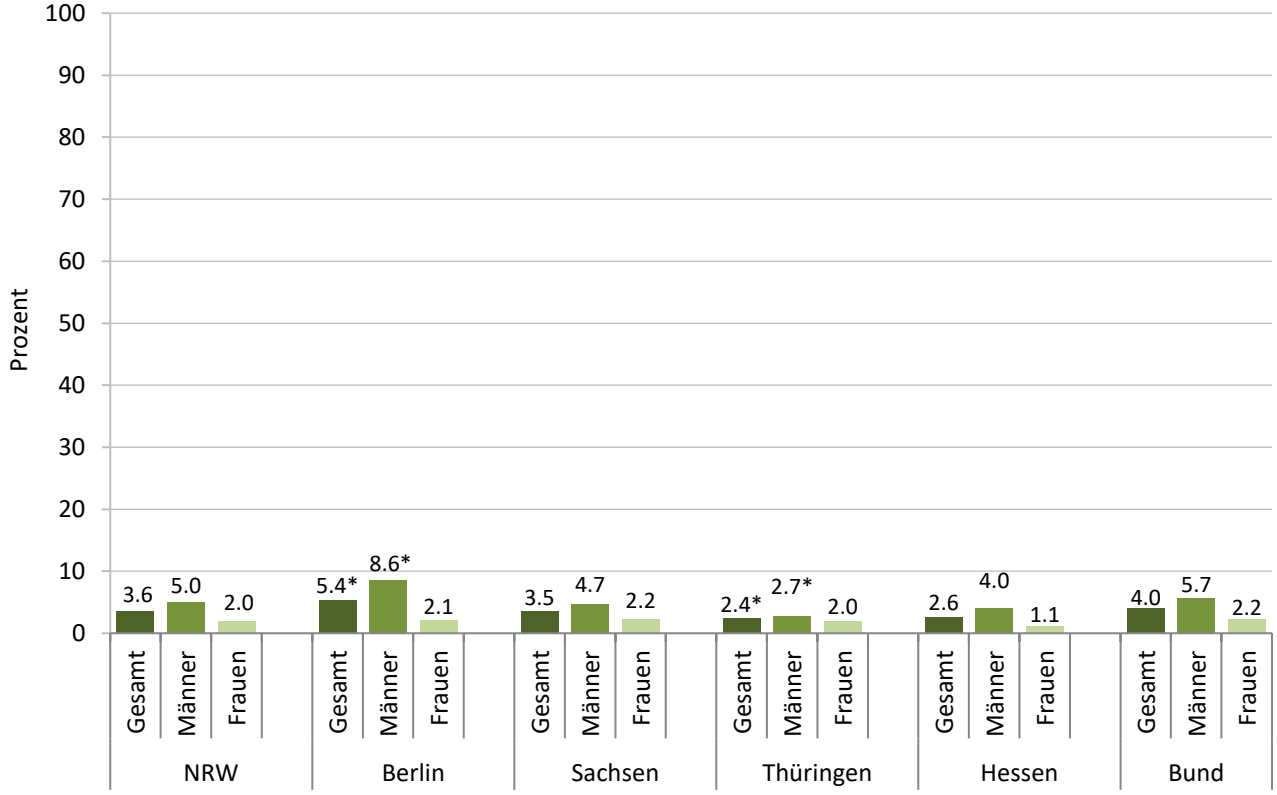

Abbildung 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In den älteren Altersgruppen gaben die Befragten seltener an, im letzten Monat E-Zigaretten konsumiert zu haben (Tabelle 3-13). Bundesweit lagen die Prävalenzen bei den 18- bis 24-Jährigen bei 10.6 % und bei den 60- bis 64-Jährigen bei 1.3 %. Im Vergleich mit dem Bund zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Bundesländern.

Tabelle 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	6.2	5.5	7.6	9.8	-	-
18-24	10.3	9.4	8.5	8.7	8.4	10.6
25-39	4.1	6.9	7.3	5.3	3.5	4.8
40-59	1.9	3.8	0.9	0.3	0.6	2.4
60-64	1.1	2.0	0.0	0.0	2.0	1.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

3.3.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten (Konsumenten)

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von E-Zigaretten lag bundesweit bei 29.8 Jahren (Abbildung 3-14). Tendenziell waren Frauen beim erstmaligen Konsum etwas jünger als Männer, außer in Berlin und Sachsen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bund waren nur in Thüringen (23.5 Jahre) signifikant.

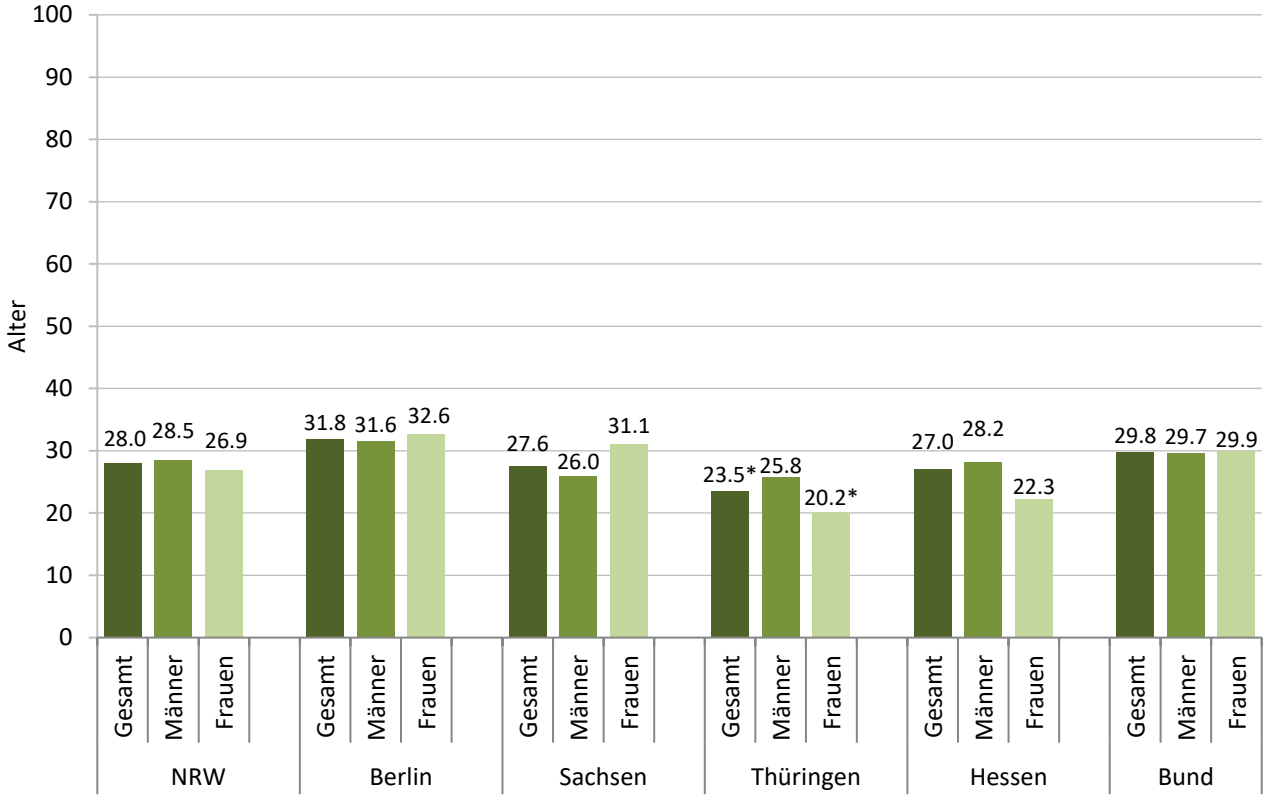

Abbildung 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Das Einstiegsalter der 18- bis 24-Jährigen lag bei 17.6 Jahren sowie der 60- bis 64-Jährigen bei 58.8 Jahren (Tabelle 3-14). Im Vergleich zum Bund zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei den 25- bis 39-Jährigen in Thüringen.

Tabelle 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	14.8	14.3	14.9	15.1	-	-
18-24	17.6	18.1	18.6	17.1	18.4	17.6
25-39	30.5	29.4	27.8	25.4*	25.3	27.9
40-59	36.6	42.4	42.6	38.0	41.8	42.2
60-64	57.2	56.3	-	-	57.5	58.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4 Alkohol

4.1 Die Situation im Jahr 2018

4.1.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

Bundesweit hatten 71.6 % der Personen in den 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern etwas höher lag als unter Frauen (76.5 % vs. 66.5 %; Abbildung 4-1). Nur bei der Gesamtstichprobe des Bundeslandes Sachsen war der Anteil höher als der bundesweite Durchschnitt.

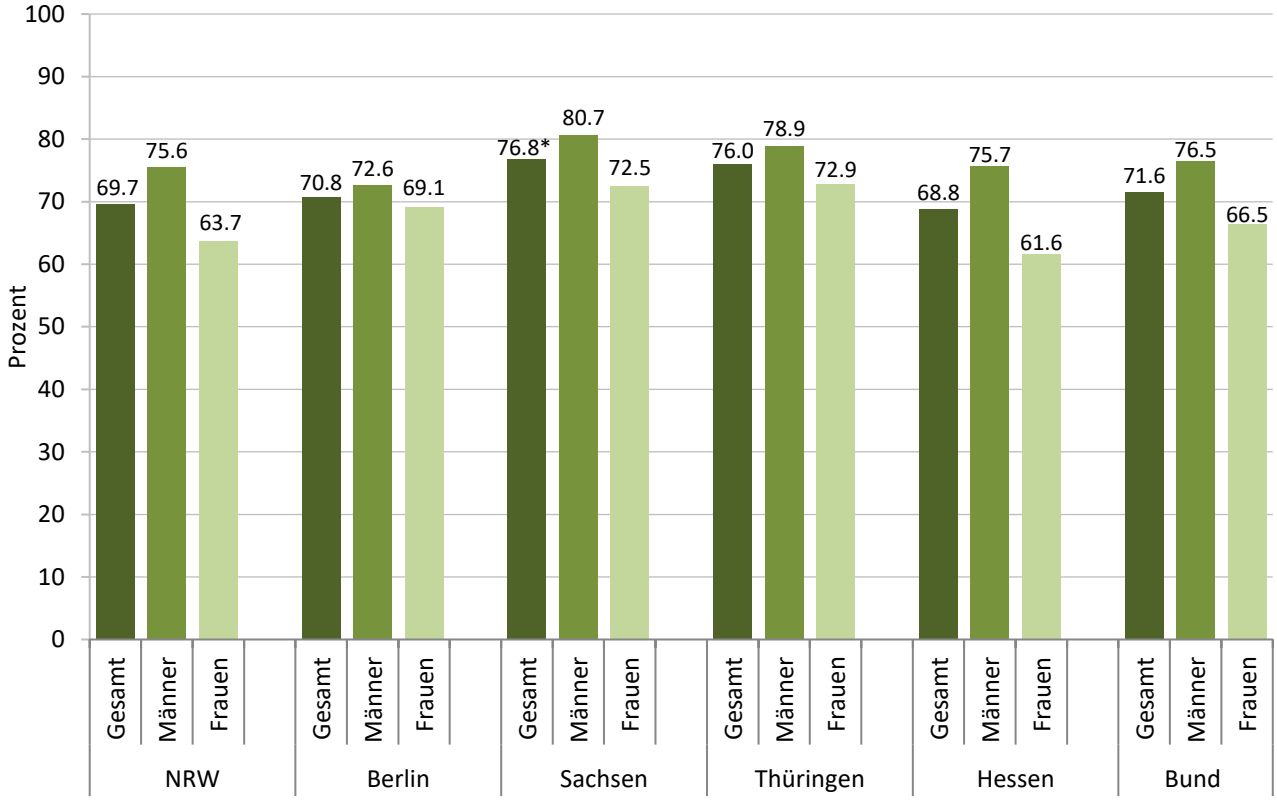

Abbildung 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei den altersstratifizierten Prävalenzraten zeigten sich signifikante Unterschiede zur bundesweiten Prävalenz mit erhöhten Werten in Berlin bei 60- bis 64-Jährigen (79.0 % vs. 70.1 %) sowie in Thüringen bei 40- bis 59-Jährigen (83.2 % vs. 74.5 %).

Tabelle 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	40.3	34.3	51.5	47.7	-	-
18-24	66.2	64.9	70.0	64.8	67.1	70.1
25-39	65.0	71.5	72.7	70.7	66.7	68.2
40-59	73.8	70.2	80.1	83.2*	72.0	74.5
60-64	68.1	79.0*	79.7	68.7	62.3	70.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten)

Unter den Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage berichteten bundesweit 16.7 % der Männer und 19.7 % der Frauen den Konsum von durchschnittlich täglich mehr als 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol, was als riskanter Konsum einzustufen ist (Abbildung 4-2). Im Vergleich mit der Bundstichprobe fanden sich signifikant höhere Werte für Männer in Thüringen (28.3 %) und Sachsen (26.6 %) sowie für Frauen in Berlin (25.5 %). Sachsen und Thüringen stellten zudem die einzigen Bundesländer dar, in denen die Prävalenz des riskanten Konsums für Männer höher lag als für Frauen.

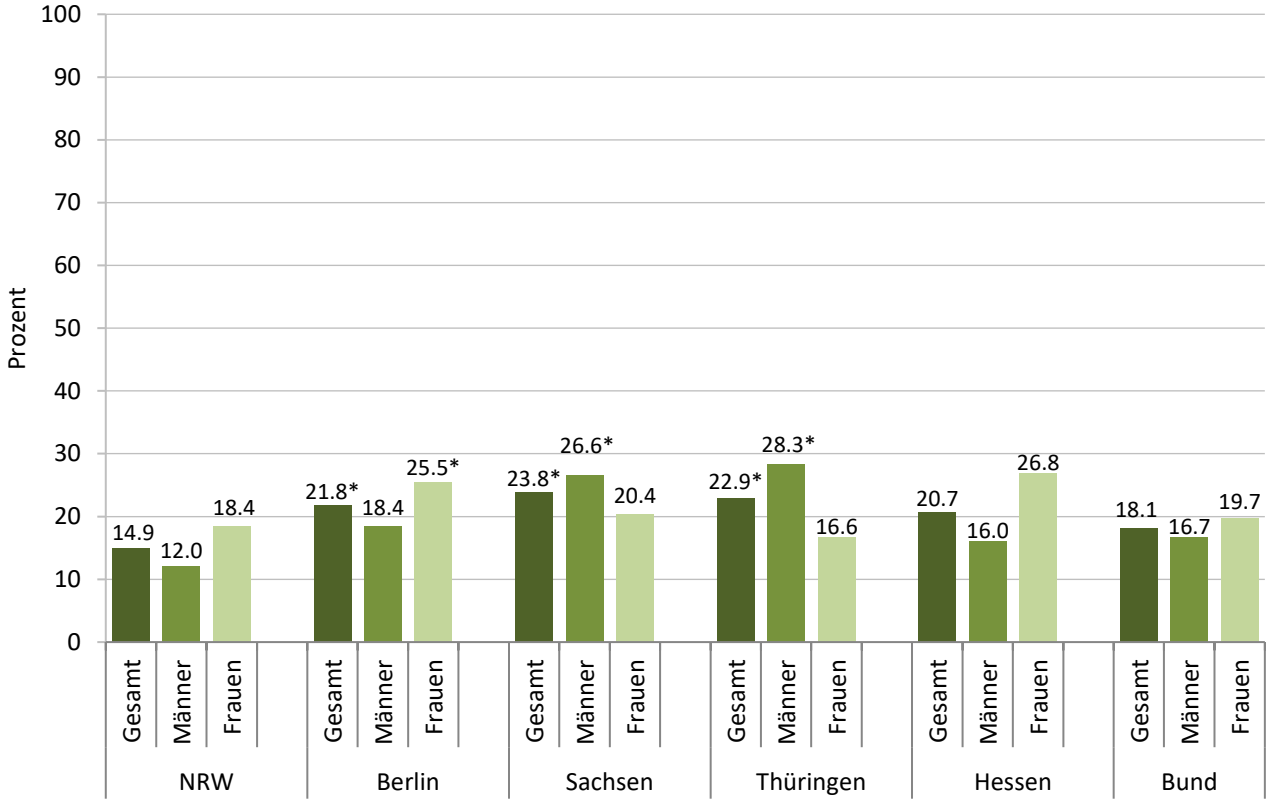

Abbildung 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Bezug auf einzelne Altersgruppen erwiesen sich die Prävalenzen in den betrachteten Bundesländern als weitgehend vergleichbar (Tabelle 4-2). Signifikant erhöhte Werte im Vergleich zum Bund fanden sich unter den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen in Sachsen (24.0 % bzw. 24.2 % vs. 16.4 % bzw. 16.7 %).

Tabelle 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	13.9	8.3	13.3	15.5	-	-
18-24	18.3	27.3	20.4	29.4	23.6	24.3
25-39	14.6	19.6	24.0*	23.5	17.7	16.4
40-59	13.6	21.0	24.2*	22.4	19.5	16.7
60-64	18.4	28.8	24.2	19.5	33.6	22.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten)

In der Bundstichprobe hatte unter den Konsumenten 42.8 % der Männer und etwa jede vierte Frau (24.6 %) in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens eine Episode des Rauschtrinkens, also den Konsum von mindestens 5 alkoholischen Getränken am Tag, erlebt (Abbildung 4-3). Die Prävalenz lag bei Frauen in Sachsen (19.0 %) signifikant niedriger und bei Männern in Nordrhein-Westfalen höher (50.4 %). Der Anteil der männlichen Konsumenten lag generell deutlich über dem der Frauen.

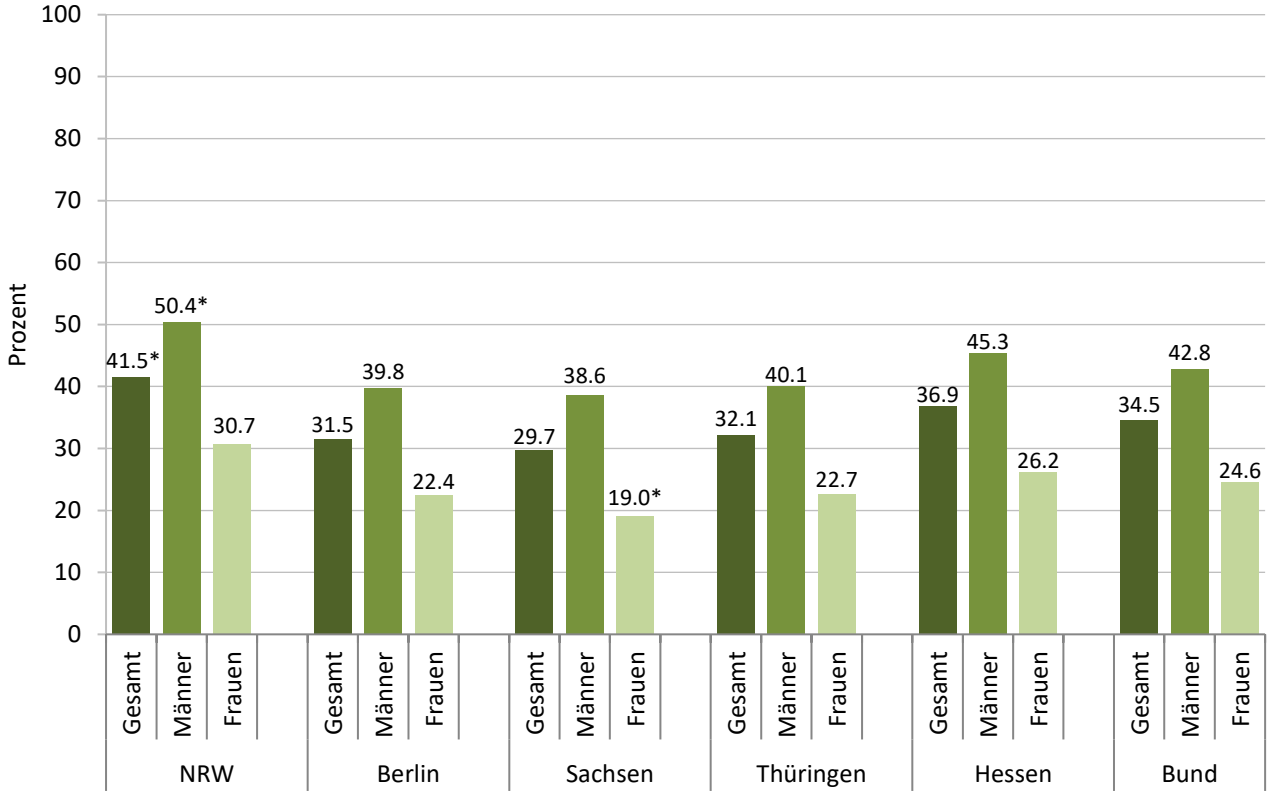

Abbildung 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei Betrachtung der Altersgruppen lag die Prävalenz der 18- bis 24-Jährigen in Sachsen signifikant unter der bundesweiten Stichprobe (38.4 % vs. 55.1 %) und der 60- bis 64-Jährigen in Berlin darüber (30.7 % vs. 22.9 %; Tabelle 4-3). Insgesamt nahm die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens mit zunehmendem Alter ab.

Tabelle 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	43.1	33.4	33.9	38.7	-	-
18-24	63.4	48.3	38.4*	57.0	60.4	55.1
25-39	46.9	36.9	35.1	37.2	43.8	40.9
40-59	35.4	22.8	26.3	28.4	29.7	28.1
60-64	29.8	30.7*	24.1	20.9	20.7	22.9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.4 Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage tranken im Durchschnitt 11.2 Gramm Reinalkohol pro Tag (Abbildung 4-4). Der Wert war sowohl bundesweit als auch in allen betrachteten Bundesländern bei Männern höher als bei Frauen. Im Vergleich einzelner Bundesländer wiesen Männer in Nordrhein-Westfalen geringere (12.0 Gramm) und in Sachsen und Thüringen erhöhte (19.4 bzw. 20.1 Gramm) Werte auf als im Bund (14.1 Gramm). Frauen in Berlin (9.8 Gramm) wiesen zudem im Vergleich zum Bund (7.8 Gramm) ebenfalls höhere Werte auf.

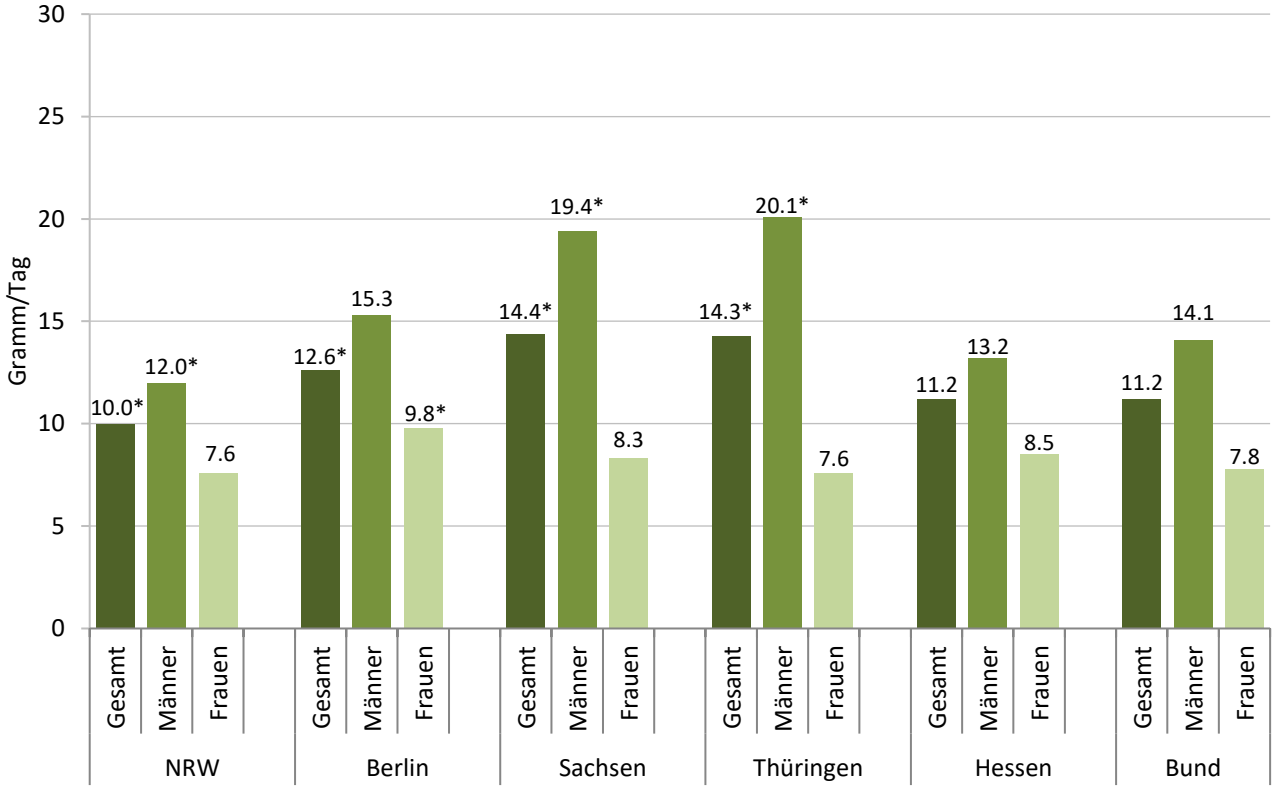

Abbildung 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Berlin, Sachsen und Thüringen zeigten sich signifikante Unterschiede der Konsummengen nach Altersgruppen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (Tabelle 4-4). Bei 25- bis 39-Jährigen in Sachsen und Thüringen (15.9 Gramm) sowie bei 40- bis 59-Jährigen in Berlin, Sachsen und Thüringen (12.6 bzw. 14.0 bzw. 13.9 Gramm) waren signifikant höhere Werte zu beobachten als im Bund (10.9 Gramm bzw. 10.5 Gramm).

Tabelle 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Gramm pro Tag

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	9.2	7.0	6.5	11.1	-	-
18-24	11.7	15.8	11.5	13.8	12.0	13.7
25-39	10.6	11.2	15.9*	15.9*	10.8	10.9
40-59	9.2	12.6*	14.0*	13.9*	10.3	10.5
60-64	10.3	15.2	14.1	12.8	16.0	12.4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.5 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Konsumenten)

Das Alter, in dem die Befragten durchschnittlich zum ersten Mal Alkohol konsumiert hatten, lag zwischen 15.0 Jahren in Thüringen und 15.7 Jahren in Nordrhein-Westfalen (Abbildung 4-5). Im Vergleich zum Bund berichteten Männer und Frauen in Thüringen einen früheren Einstieg (14.9 bzw. 15.2 Jahre vs. 15.4 bzw. 15.7 Jahre).

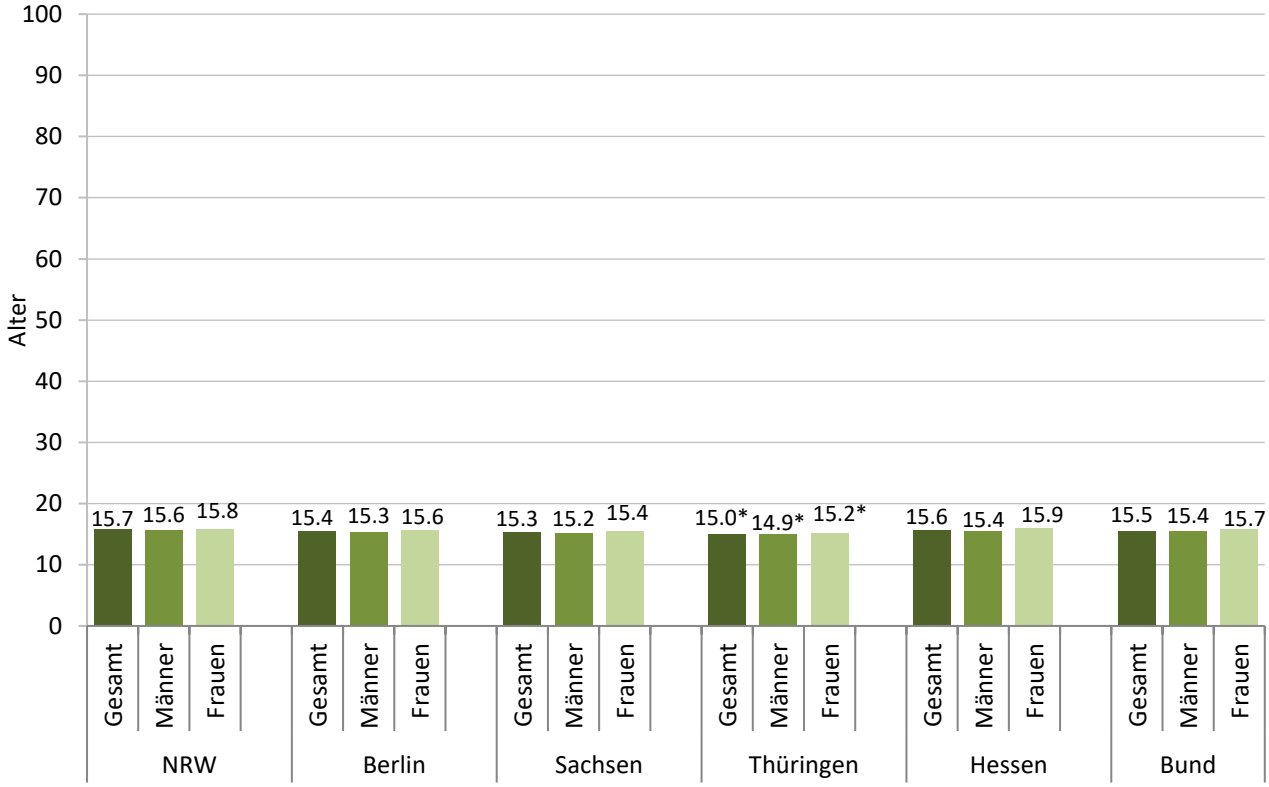

Abbildung 4-5: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei Betrachtung der Altersgruppen zeigten, verglichen mit der bundesweiten Stichprobe, 40- bis 59-Jährige in Sachsen und Thüringen und 60- bis 64-Jährige in Thüringen einen früheren Einstieg in den Alkoholkonsum. In allen Bundesländern hatten jüngere Kohorten früher begonnen Alkohol zu trinken als ältere Kohorten.

Tabelle 4-5: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	14.1	13.6	14.1	13.7	-	-
18-24	14.9	14.8	14.6	14.4	14.8	14.8
25-39	15.2	15.0	15.2	15.0	15.1	15.1
40-59	16.1	15.7	15.4*	15.1*	16.0	15.8
60-64	16.0	16.5	16.0	15.3*	15.9	16.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.6 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV

Bei 4.5 % der Männer und 1.7 % der Frauen in der Bundstichprobe lagen erfüllte Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV vor (Abbildung 4-6). Im Vergleich dazu war die Prävalenz bei Frauen in Berlin signifikant höher (3.6 %), wie auch insgesamt (5.0 %). In allen Bundesländern wiesen Männer höhere Prävalenzen auf als Frauen.

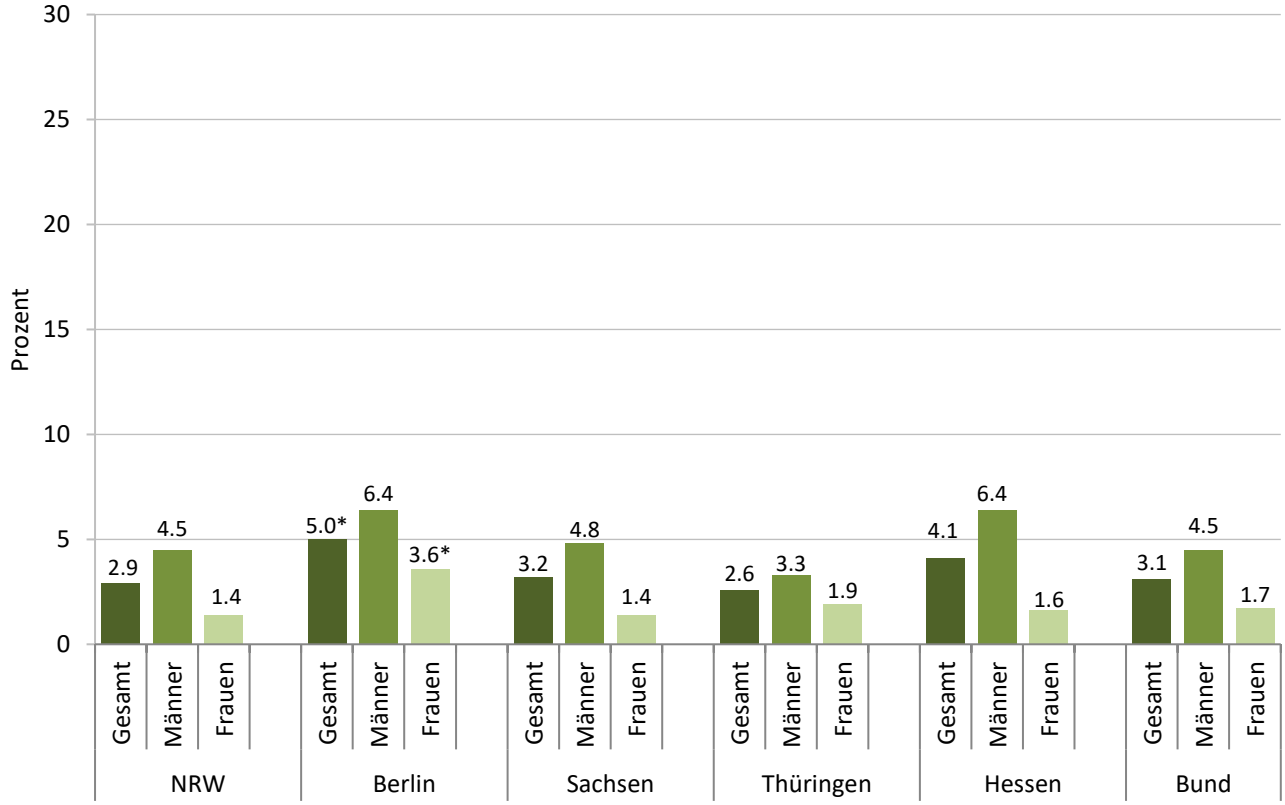

Abbildung 4-6: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich bei den 18- bis 24- Jährigen in Sachsen signifikante Unterschiede mit einer niedrigeren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (3.6 % vs. 8.5 %; Tabelle 4-6). Außerdem ergaben sich bei 25- bis 39-Jährigen in Berlin signifikante Unterschiede mit einer höheren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (5.9 % vs. 3.7 %). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für Alkoholabhängigkeit im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

Tabelle 4-6: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	2.4	3.5	1.3	5.6	-	-
18-24	7.1	9.4	3.6*	4.2	6.5	8.5
25-39	3.2	5.9*	3.9	4.4	5.4	3.7
40-59	2.2	3.7	3.3	2.0	2.6	1.7
60-64	0.0	1.5	0.4	0.0	3.6	1.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.7 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV

Bei 4.0 % der Männer und 1.5 % der Frauen in der Bundstichprobe lagen erfüllte Kriterien für Alkoholmissbrauch nach DSM-IV vor (Abbildung 4-7). In allen Bundesländern wiesen Männer eine höhere Prävalenz auf als Frauen.

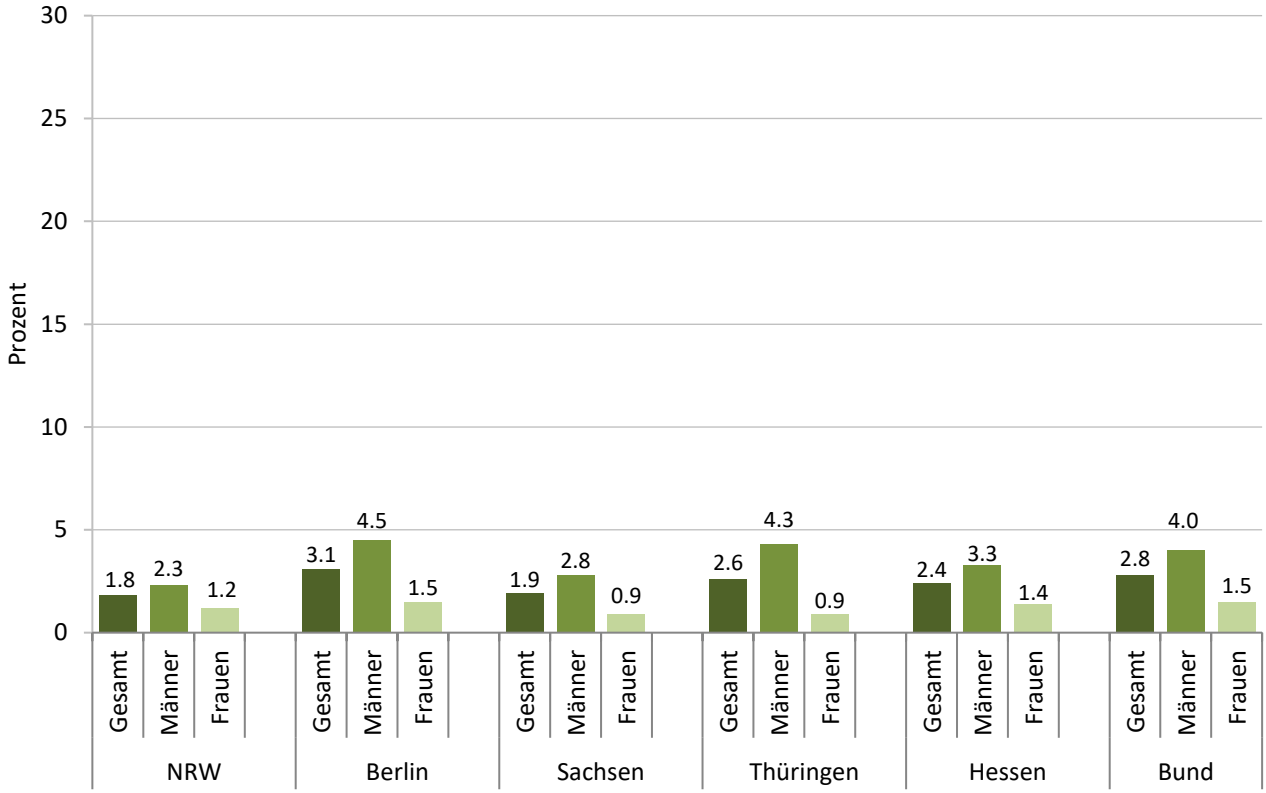

Abbildung 4-7: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich bei den 60- bis 64-Jährigen in Berlin signifikante Unterschiede mit einer höheren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (5.6 % vs. 1.3 %; Tabelle 4-7). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für Alkoholmissbrauch im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

Tabelle 4-7: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	3.8	0.4	4.7	1.7	-	-
18-24	5.3	4.0	4.3	2.6	7.0	5.5
25-39	1.6	3.5	2.3	4.2	3.4	3.5
40-59	0.8	2.0	1.2	2.3	0.5	1.9
60-64	2.4	5.6*	1.6	0.3	2.2	1.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.8 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten)

Bei 5.0 % der Männer und 2.0 % der Frauen aller Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage lagen Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV vor (Abbildung 4-8). Im Vergleich dazu war die Prävalenz bei Frauen in Berlin signifikant höher (4.2 %), wie auch insgesamt (5.8 %). In allen Bundesländern wiesen Männer höhere Prävalenzen auf als Frauen.

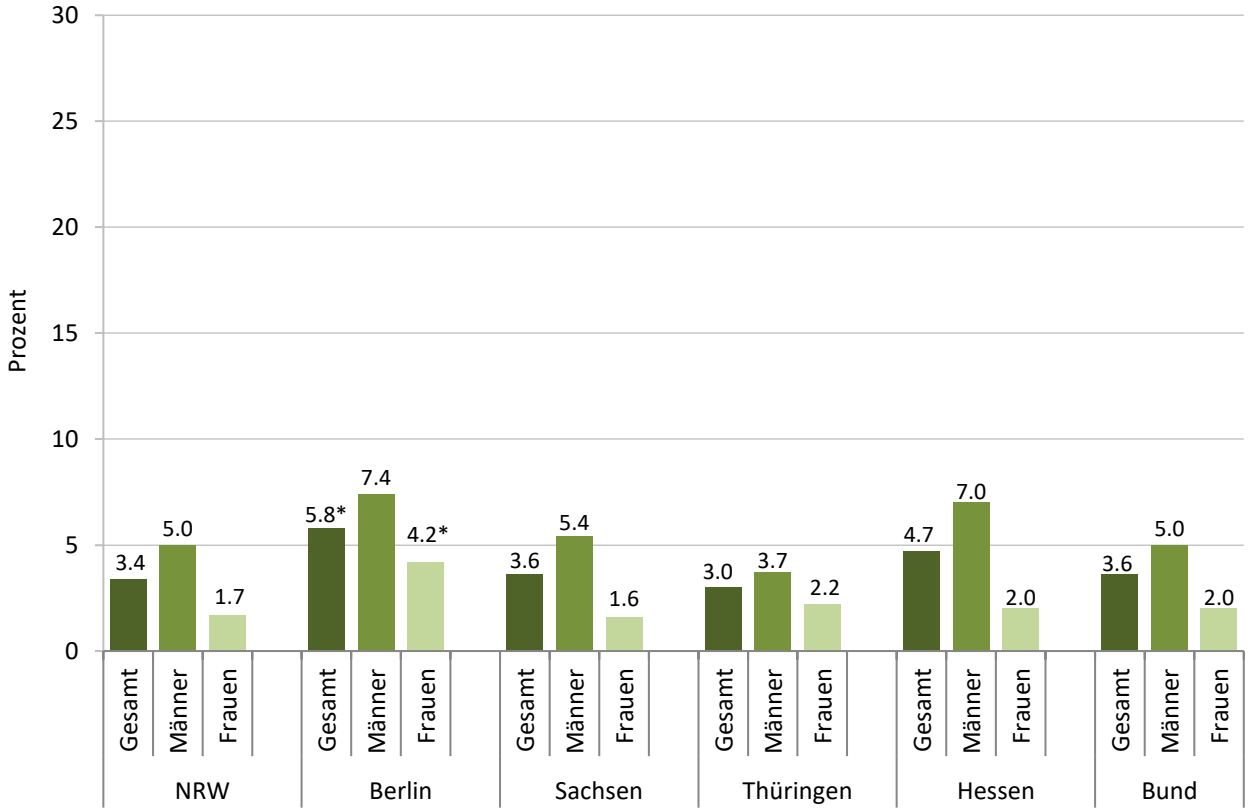

Abbildung 4-8: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich bei 18- bis 24- Jährigen der Alkoholkonsumenten in Sachsen signifikante Unterschiede mit einer niedrigeren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (4.2 % vs. 9.7 %; Tabelle 4-8). Außerdem ergaben sich bei 25- bis 39-Jährigen in Berlin signifikante Unterschiede mit einer höheren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (6.9 % vs. 4.3 %). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für Alkoholabhängigkeit im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

Tabelle 4-8: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	4.1	6.3	1.7	7.7	-	-
18-24	8.5	11.3	4.2*	5.0	7.4	9.7
25-39	3.8	6.9*	4.5	5.2	6.2	4.3
40-59	2.6	4.4	3.6	2.1	3.0	2.0
60-64	0.0	1.6	0.5	0.0	4.3	1.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.9 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV (Konsumenten)

Bei 4.5 % der Männer und 1.8 % der Frauen aller Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage waren Kriterien für Alkoholmissbrauch nach DSM-IV erfüllt (Abbildung 4-9). In allen Bundesländern wiesen Männer höhere Prävalenzen auf als Frauen.

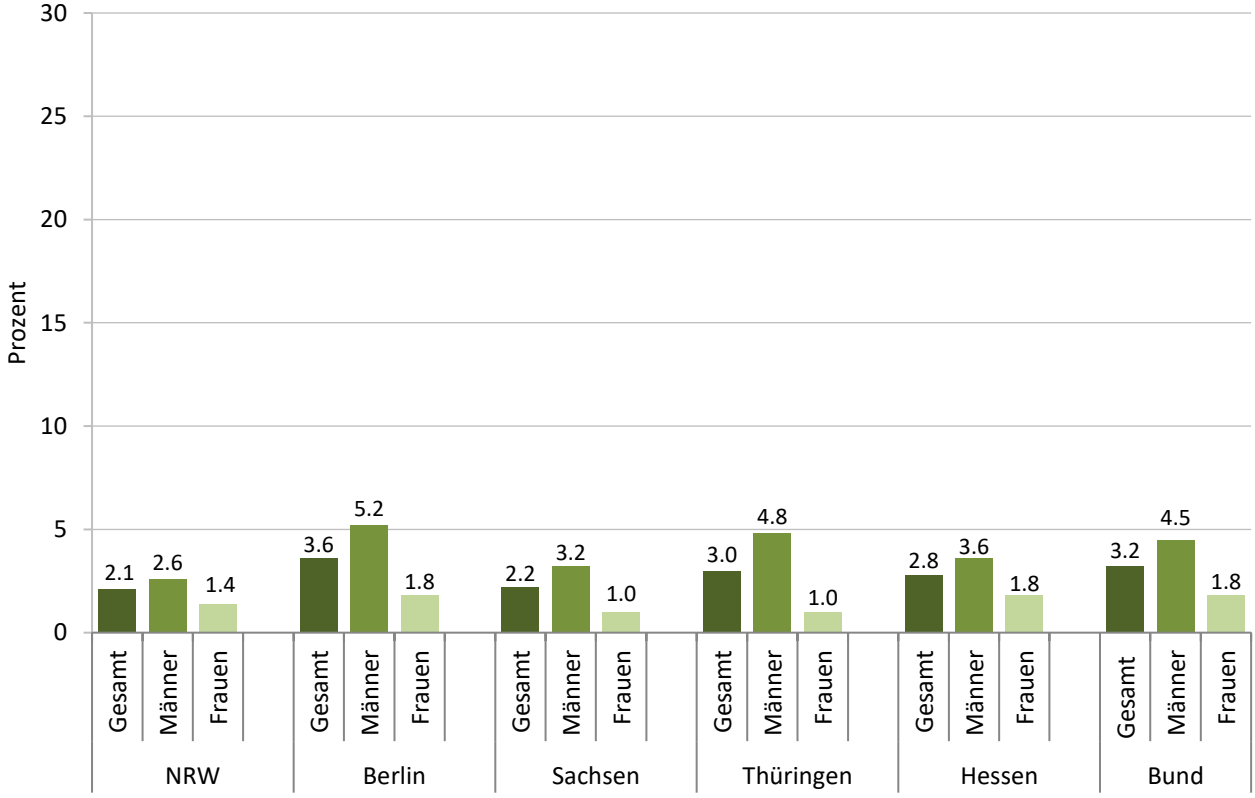

Abbildung 4-9: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich bei 60- bis 64-Jährigen der Alkoholkonsumenten in Berlin signifikante Unterschiede mit einer höheren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (6.0 % vs. 1.6 %; Tabelle 4-9). Insgesamt war der Anteil an Personen mit Kriterien für Alkoholmissbrauch im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

Tabelle 4-9: 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	6.5	0.8	6.4	2.4	-	-
18-24	6.3	4.8	5.0	3.0	8.0	6.3
25-39	1.9	4.0	2.7	5.0	3.9	4.1
40-59	0.9	2.3	1.4	2.4	0.6	2.2
60-64	2.9	6.0*	1.7	0.4	2.6	1.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.2 Trends 1995 bis 2018

4.2.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

In allen betrachteten Bundesländern war die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums im betrachteten Zeitraum bei beiden Geschlechtern rückläufig (Abbildung 4-10). In den meisten Bundesländern war diese Entwicklung jedoch nicht stetig, sondern von einem Anstieg der Werte im Jahr 2000 oder 2003 und einem anschließenden Rückgang gekennzeichnet. Mit der Ausnahme von Frauen in Hessen waren in keinem der Bundesländer Veränderungen seit 2006 im Vergleich zu 2018 signifikant unterschiedlich.

Bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen (Tabelle 4-10) wird deutlich, dass der Anstieg in der 30-Tage-Prävalenz in 2000 oder 2003 durch die jüngste Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen dominiert war, so dass diese trotz des Rückgangs in der Prävalenz in den letzten Jahren auf dem Niveau der frühesten Messungen lagen. Dieses Muster fand sich vor allem in den Bundesländern Hessen und Nordrhein-Westfalen und variierte in seiner Intensität. So war der zwischenzeitliche Anstieg der Werte in Berlin am geringsten ausgeprägt und in Hessen und Nordrhein-Westfalen am deutlichsten. In älteren Altersgruppen war häufig ein Rückgang der Prävalenz im Vergleich mit den ersten Messungen zu verzeichnen. In der ältesten Gruppe der 60- bis 64-Jährigen, die seit 2006 in der Stichprobe enthalten waren, war nur eine signifikante Veränderung mit einem Rückgang der Trinkprävalenz zwischen den Jahren 2012 und 2018 in Thüringen und einer Zunahme der Trinkprävalenz zwischen den Jahren 2015 und 2018 in Sachsen zu beobachten.

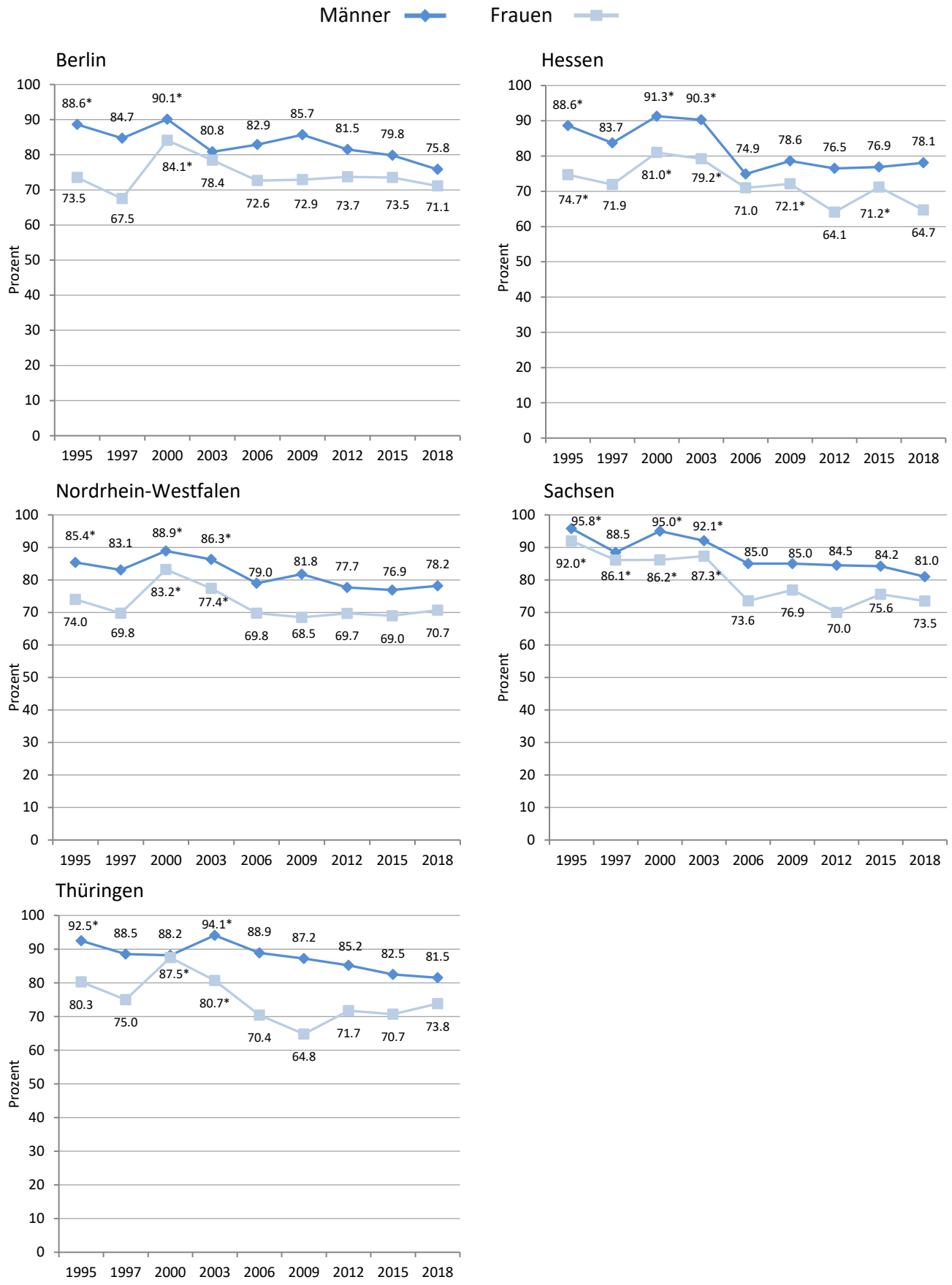

Abbildung 4-10: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 4-10: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	78.1	82.2	79.6*	75.1	75.6	72.1	76.9	69.2	68.1
25-39	79.6	77.4	87.4*	82.6	79.8	76.7	79.4	80.0	75.0
40-59	82.6	73.1	89.0*	78.6	76.7	82.1	76.5	75.7	73.6
60-64	-	-	-	-	77.9	57.5*	75.3	68.7	80.8
Hessen									
18-24	70.3	89.5*	85.1*	71.9	69.9	73.2	75.5	68.7	68.5
25-39	89.0*	78.3	89.3*	86.7*	73.1	71.5	66.0	70.5	68.6
40-59	78.8	73.8	84.9*	86.7*	73.8	78.0	72.8	77.6	74.3
60-64	-	-	-	-	73.9	68.7	73.4	72.4	70.1
NRW									
18-24	74.3	69.1	83.9*	80.4	76.0	72.5	76.5	72.5	72.3
25-39	80.5*	78.1*	85.4*	83.0*	74.8*	74.6	73.1	69.9	68.2
40-59	80.7	78.0	87.3*	81.6	73.9*	76.2	73.9*	74.9	79.0
60-64	-	-	-	-	73.5	78.6	67.7	70.1	72.3
Sachsen									
18-24	96.0*	85.2	91.3*	88.9*	79.6	80.4*	73.7	79.7*	72.2
25-39	94.8*	87.1*	90.5*	92.2*	78.1	78.0	76.4	76.3	73.4
40-59	92.7*	88.1*	90.7*	88.3*	80.1	83.1	78.5	82.6	81.2
60-64	-	-	-	-	74.9	76.3	82.6	69.0*	84.1
Thüringen									
18-24	80.8	82.7	92.3*	92.6*	81.6	79.1	77.9	74.9	67.0
25-39	85.0*	82.9	87.8*	86.5*	82.5	78.7	79.3*	75.7	71.9
40-59	89.0*	80.6	86.7	86.2*	78.9	75.5	78.6	77.8	83.4
60-64	-	-	-	-	77.6	78.3	80.7*	76.9	70.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

4.2.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten)

Die Verbreitung des Konsums riskanter Mengen unter Konsumenten, definiert als die Aufnahme von durchschnittlich mehr als 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol am Tag, verlief in den Bundesländern uneinheitlich (Abbildung 4-11). In Berlin, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Sachsen nahm die Prävalenz bei Männern zwischen den Jahren 1995 und 2018 ab, in Thüringen war dies bei den Frauen seit dem Jahr 2009 der Fall. Bei Männern in Thüringen sowie bei Frauen in Berlin und Sachsen waren keine signifikanten Veränderungen zu beobachten.

Altersstratifizierte Trenddarstellungen zeigen den fallenden Trend in fast allen Altersgruppen, vor allem mit signifikant höheren Werten in den ersten Erhebungsjahren von 1995 bis 2000 (Tabelle 4-11). Keine Veränderungen waren bei den 60- bis 64-Jährigen zu beobachten.

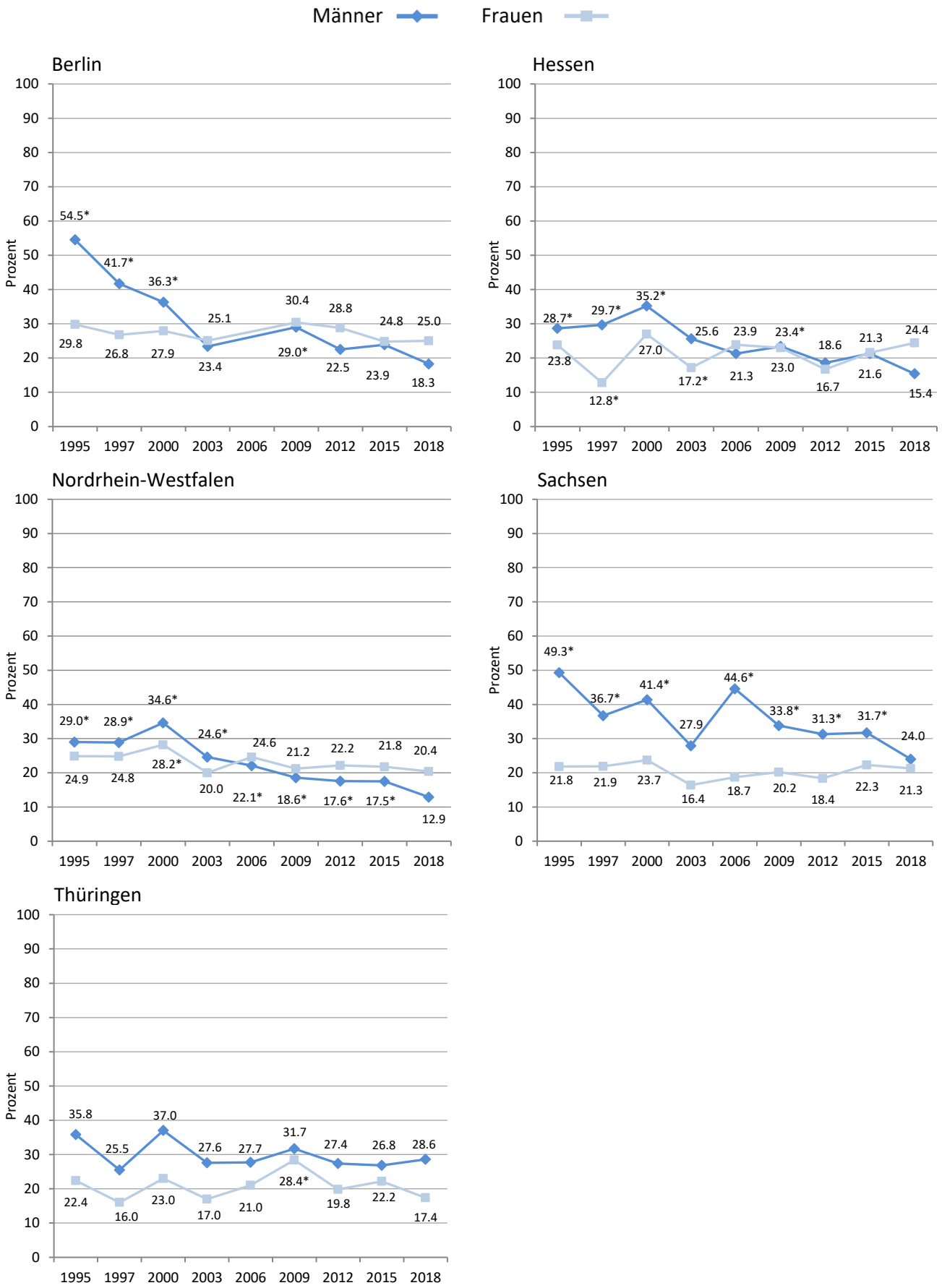

Abbildung 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	45.0*	39.6	24.8	13.6	-	19.8	26.2	8.9*	24.7
25-39	39.7*	27.4	29.2*	21.5	-	20.3	24.1	17.7	19.8
40-59	45.3*	40.0*	36.9*	28.3	-	36.4*	25.6	30.3*	22.2
60-64	-	-	-	-	-	~	29.3	30.3	29.8
Hessen									
18-24	25.0	10.5*	33.0	29.2	17.2	28.4	22.0	22.6	22.4
25-39	22.6	18.7	31.3*	11.9	15.3	15.3	17.1	18.3	16.2
40-59	30.7	29.3	31.9	28.0	28.3	25.6	17.0	22.9	20.6
60-64	-	-	-	-	33.0	28.8	25.5	26.1	33.5
NRW									
18-24	26.4	24.8	37.5*	27.9	25.0	23.4	21.8	27.2*	21.0
25-39	27.1*	25.8*	28.1*	20.3	20.3	17.4	15.6	16.6	15.0
40-59	27.4*	28.8*	33.1*	22.9*	24.7*	20.2*	21.4*	19.1	16.1
60-64	-	-	-	-	30.7	26.0	16.3	24.3	26.9
Sachsen									
18-24	22.3	24.0	29.3	16.6	36.8*	25.0*	26.8	19.3	21.1
25-39	38.7*	27.2	30.4*	18.5	28.5	30.6*	23.8	23.3	22.7
40-59	36.0*	32.3*	36.4*	28.1	34.4*	26.5	25.9	31.5*	23.1
60-64	-	-	-	-	28.3	27.2	34.7	26.9	25.4
Thüringen									
18-24	~	3.5*	39.5	22.4	32.2	35.4	24.0	32.4	30.6
25-39	26.1	17.9	25.0	17.4	9.4	23.9	23.5	24.7	22.3
40-59	30.4	29.1	33.4	28.0	35.3	32.5	24.5	23.4	23.1
60-64	-	-	-	-	~	~	21.6	25.1	20.5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 20). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

4.2.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten)

Die 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens war bei männlichen Konsumenten in Hessen und Thüringen über die Zeit stabil und wies in Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen einen Rückgang auf (Abbildung 4-12). Bei weiblichen Konsumenten zeigten sich im Vergleich zu den frühen 2000er Jahren Anstiege des Rauschtrinkens in allen teilnehmenden Bundesländern.

Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern sehr unterschiedlich aus (Tabelle 4-12). So zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikanten Veränderungen in Nordrhein-Westfalen und Thüringen, wohingegen die Prävalenz des Rauschtrinkens unter Konsumenten in Berlin seit 2000 angestiegen war und in Sachsen seit 2009 zurückging. Bei den 25- bis 39-Jährigen war ein Anstieg der Prävalenz in Hessen zu beobachten, während der Anteil Betroffener in Sachsen und Berlin zurückging. Die 40- bis 59-Jährigen in allen teilnehmenden Bundesländern zeigten im Jahr 2018 weniger Rauschtrinken als in den Vorjahren. In der ältesten Altersgruppe gab es keine signifikanten Ergebnisse.

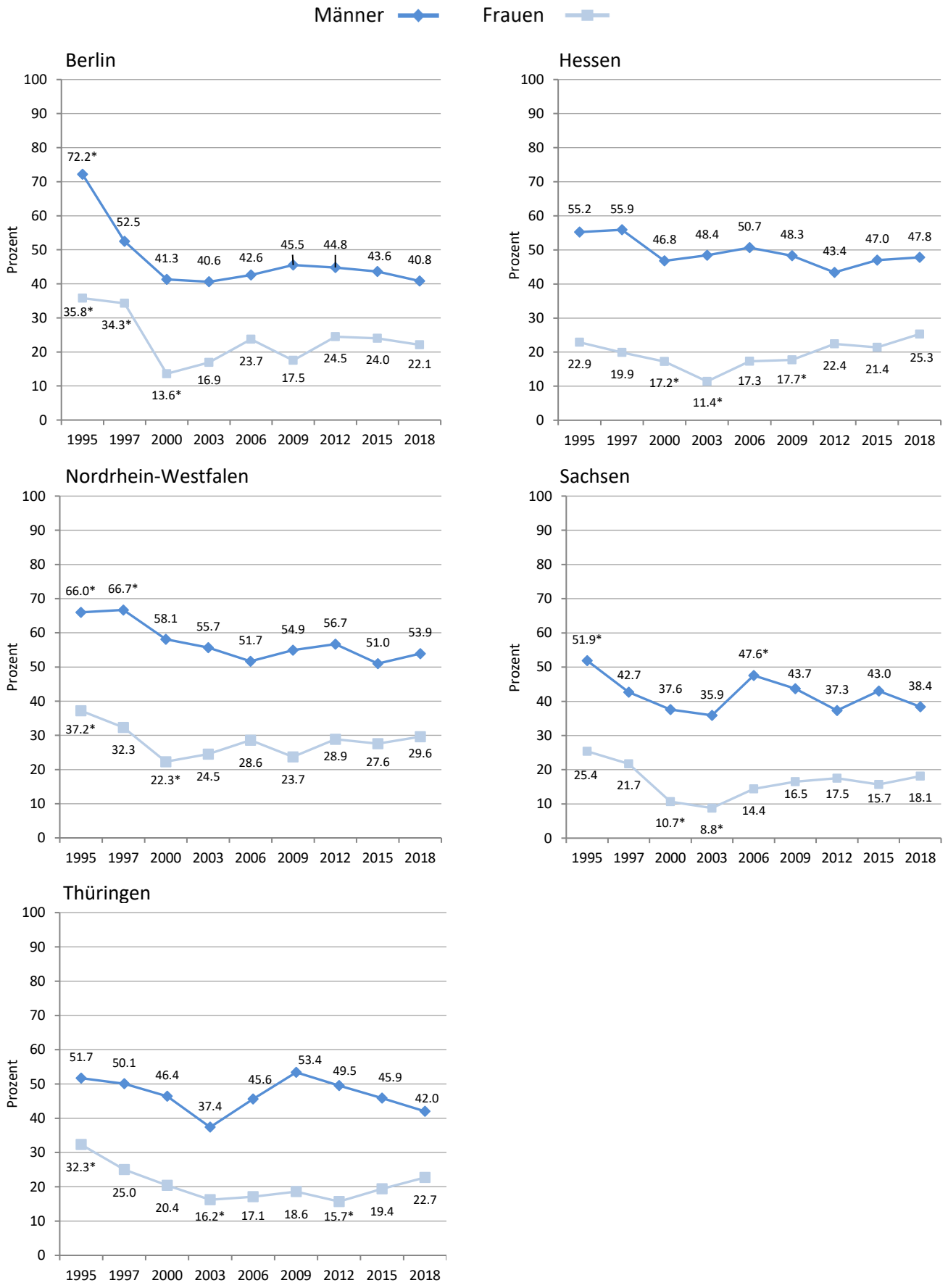

Abbildung 4-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 4-12: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	57.8	54.6	34.7*	41.2	45.0	46.2	56.3	38.2	47.9
25-39	58.2*	46.0	29.9	31.7	31.1	30.3	42.9	45.9	37.4
40-59	53.7*	39.4*	25.4	23.8	32.6*	30.5	24.0	25.8	23.2
60-64	-	-	-	-	23.1	~	15.0	38.4	25.1
Hessen									
18-24	46.5	37.2*	47.6	52.9	61.5	53.3	56.2	61.8	60.0
25-39	39.2	35.4	38.5	28.9*	35.5	37.9	42.7	40.3	42.4
40-59	39.7	42.4*	27.5	30.5	28.9	26.3	24.8	25.5	29.5
60-64	-	-	-	-	25.5	29.6	14.5	23.4	20.5
NRW									
18-24	54.3	63.0	54.3	54.4	67.9	63.6	57.8	64.1	65.3
25-39	50.0	44.7	41.2	40.2	39.6	46.2	49.8	47.8	46.7
40-59	54.4*	52.7*	37.6	39.2	35.4	31.6	38.3	29.7	34.5
60-64	-	-	-	-	25.9	34.4	28.5	27.9	33.8
Sachsen									
18-24	31.5	24.9	25.2	28.2	50.7	45.3*	45.2	41.4	40.6
25-39	44.2*	39.5	28.9	22.6	30.1	32.8	34.9	34.2	34.2
40-59	37.0*	30.4	21.9	22.7	28.5	27.0	21.2	26.2	24.0
60-64	-	-	-	-	18.9	20.5	24.1	36.9	25.4
Thüringen									
18-24	32.6	27.5	44.1	42.9	55.8	61.7	46.5	50.1	57.2
25-39	43.4	45.2	28.0	25.2	27.4	43.3	41.0	42.1	37.6
40-59	44.5*	36.4	38.4	24.3	34.1	31.4	29.1	26.7	27.4
60-64	-	-	-	-	~	~	18.3	27.8	22.3

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 20). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

4.2.4 Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

Männer wiesen in allen Bundesländern sinkende Trinkmengen im Vergleich zu den Erhebungen der 1990er Jahre auf (Abbildung 4-13). Bis auf tendenziell sinkende Alkoholmengen in Nordrhein-Westfalen, zeigte sich in allen Bundesländern bei den Frauen ein konstanter Verlauf.

Die größten Veränderungen der Konsummenge waren in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen zu beobachten (Tabelle 4-13). In Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen sank der Durchschnitt im Vergleich zu den früheren Erhebungen, wohingegen in Thüringen seit Beginn der 2000er Jahre ein Anstieg zu beobachten war. Bei den 40- bis 59-Jährigen wurden sinkende Trinkmengen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen verzeichnet. Darüber hinaus stiegen die Konsummengen in der jüngsten Altersgruppe in Berlin und Thüringen signifikant an, während die Konsummengen in Sachsen und Nordrhein-Westfalen sanken.

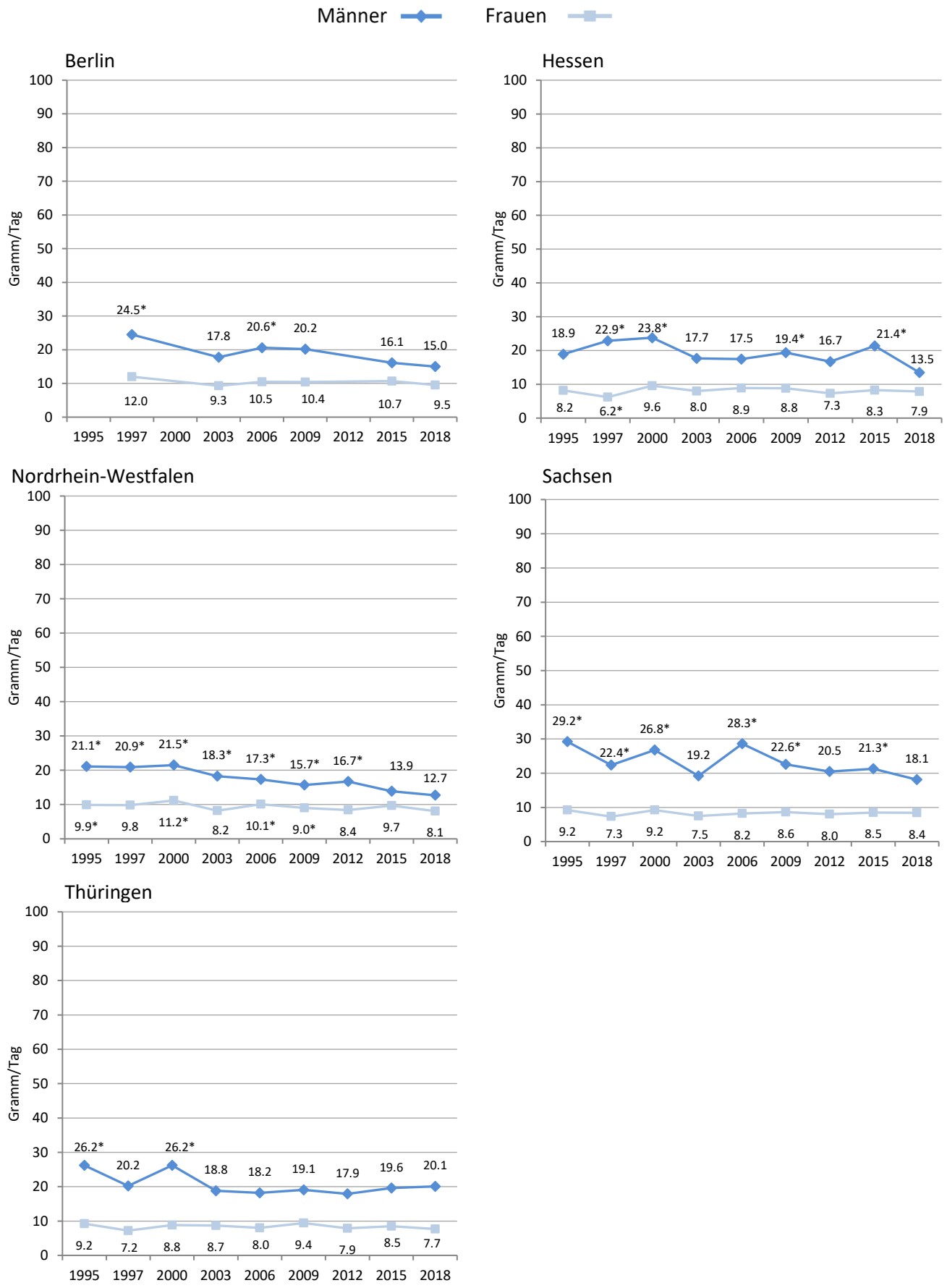

Abbildung 4-13: Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen (n < 20). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 4-13: Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	-	19.3	-	8.9*	13.0	14.1	-	8.0*	13.7
25-39	-	16.6*	-	11.8	14.7*	11.8	-	12.3	11.3
40-59	-	20.9*	-	15.7	17.5*	17.9*	-	14.7	13.0
60-64	-	-	-	-	22.5	11.6	-	23.1	14.9
Hessen									
18-24	10.7	11.2	20.7	15.3	11.9	17.2	12.3	13.6	12.0
25-39	13.3*	14.3	16.6*	9.2	11.4	10.7	12.1	11.8	10.6
40-59	15.6	17.8	18.3	16.4	15.3	15.4	13.5	17.2*	11.2
60-64	-	-	-	-	20.2	15.4	12.4	15.8	16.3
NRW									
18-24	13.1	15.9	19.9*	13.9	16.4	14.5	12.6	14.7	12.4
25-39	15.9*	14.6*	14.8*	13.7	11.2	11.9	10.8	12.5	10.9
40-59	16.8*	16.7*	17.3*	13.8	15.2*	12.6*	14.6*	11.0	9.9
60-64	-	-	-	-	17.3	15.3	10.6	14.0	13.3
Sachsen									
18-24	24.7	9.5	15.5	11.1	18.6*	15.0*	14.6	12.3	11.8
25-39	18.4	12.8	17.1	11.8	16.3	16.6	13.7	14.2	14.9
40-59	17.7*	17.4	20.2*	16.4	21.5*	16.4	15.5	16.9*	13.3
60-64	-	-	-	-	17.5	15.0	15.8	17.2	14.8
Thüringen									
18-24	21.3	5.4*	17.3	11.6	16.1	16.6	13.8	16.5	15.1
25-39	16.4	15.7	16.4	11.8	10.1*	12.8	14.1	15.5	14.9
40-59	18.7	15.9	20.6	17.2	16.9	16.6	13.2	14.0	14.0
60-64	-	-	-	-	25.7	14.9	13.8	13.2	13.4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 201

4.2.5 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV

Der Anteil der Männer, bei denen Hinweise auf Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV bestanden, war seit der Erhebung im Jahr 1997 in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen unverändert (Abbildung 4-14). In Thüringen zeigte sich im Vergleich zum Jahr 1997 ein Anstieg. Bei Frauen zeigte sich ein Anstieg in Thüringen und Berlin seit 2006, wohingegen es einen Rückgang in Sachsen und Hessen gab.

Altersstratifizierte Trends ließen kein einheitliches Muster über die Bundesländer erkennen (Tabelle 4-14). In der jüngsten Altersgruppe zeigte sich in Berlin ein Anstieg der Prävalenz. Ein vergleichbarer Trend war auch bei 25- bis 39-Jährigen in Berlin zu beobachten. Rückläufige Trends waren dagegen bei 40- bis 59-Jährigen in Berlin und Hessen zu verzeichnen.

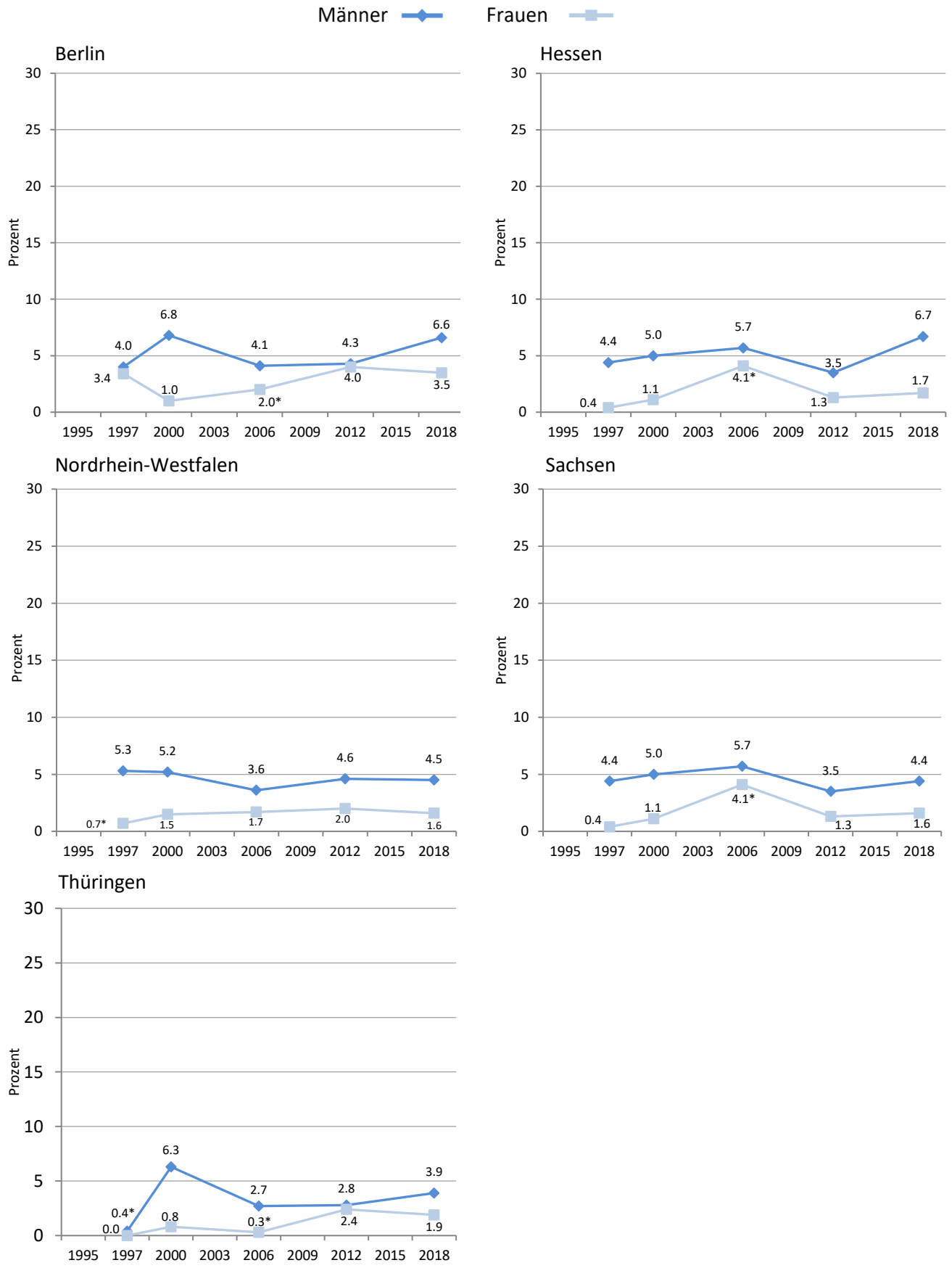

Abbildung 4-14: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 4-14: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	-	1.4*	3.6	-	4.8*	-	9.2	-	8.8
25-39	-	3.5	4.9	-	3.7*	-	3.7	-	6.4
40-59	-	4.6	3.1	-	1.9	-	3.2*	-	2.8
60-64	-	-	-	-	0.0	-	1.1	-	1.5
Hessen									
18-24	-	3.4	4.1	-	7.6	-	7.5	-	6.7
25-39	-	3.5	3.3	-	7.9	-	4.5	-	5.3
40-59	-	1.3	3.0*	-	2.4	-	0.0	-	2.8
60-64	-	-	-	-	2.2	-	0.0	-	5.8
NRW									
18-24	-	2.7	4.0	-	6.2	-	6.5	-	8.2
25-39	-	4.3	4.4	-	1.7	-	4.8	-	3.1
40-59	-	2.1	2.5	-	2.4	-	1.7	-	1.6
60-64	-	-	-	-	0.3	-	1.0	-	0.0
Sachsen									
18-24	-	3.4	4.1	-	7.6	-	7.5	-	4.4
25-39	-	3.5	3.3	-	7.9	-	4.5	-	4.1
40-59	-	1.3	3.0	-	2.4	-	0.0	-	2.1
60-64	-	-	-	-	2.2	-	0.0	-	0.8
Thüringen									
18-24	-	0.0	0.0	-	8.2	-	5.3	-	4.5
25-39	-	0.6	6.8	-	1.8	-	3.4	-	4.0
40-59	-	0.0	2.5	-	0.0	-	1.6	-	2.0
60-64	-	-	-	-	0.0	-	0.6	-	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

4.2.6 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV

Der Anteil der Männer, bei denen Alkoholmissbrauch bestand, war seit der Erhebung im Jahr 1997 in Thüringen, Hessen und Sachsen unverändert (Abbildung 4-15). In Nordrhein-Westfalen und Berlin zeigten sich fallende Prävalenzen im Vergleich zum Jahr 2006. Bei Frauen zeigte sich ein Anstieg in Thüringen, wohingegen es einen Abstieg in Berlin gab.

Altersstratifizierte Trends ließen kein einheitliches Muster über die Bundesländer erkennen (Tabelle 4-15). In der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen zeigte sich in Berlin und Nordrhein-Westfalen fallende Prävalenz. Ein vergleichbarer Trend war auch bei den 40- bis 59-Jährigen in Berlin und Nordrhein-Westfalen zu beobachten.

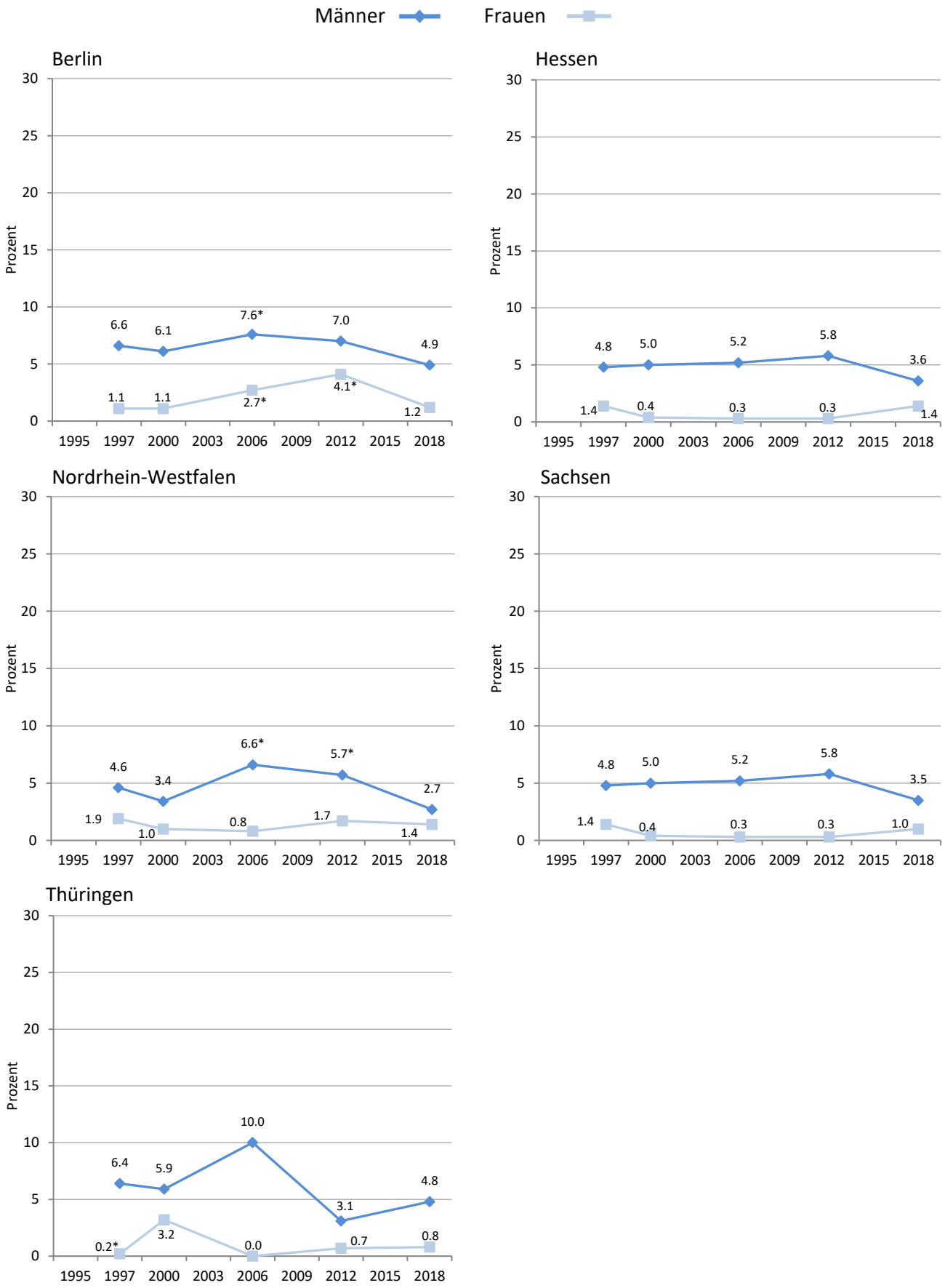

Abbildung 4-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 4-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf Alkoholmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	-	7.1	7.2	-	6.4	-	7.9	-	4.1
25-39	-	4.3	4.6	-	3.9	-	7.2*	-	3.8
40-59	-	2.4	1.7	-	5.7*	-	3.7	-	2.2
60-64	-	-	-	-	3.9	-	2.2	-	3.8
Hessen									
18-24	-	9.1	6.2	-	4.5	-	2.7	-	7.0
25-39	-	3.3	3.3	-	3.0	-	4.6	-	3.5
40-59	-	1.0	1.8	-	2.4	-	2.7	-	0.7
60-64	-	-	-	-	2.4	-	1.3	-	2.9
NRW									
18-24	-	5.2	4.9	-	10.5	-	4.9	-	6.2
25-39	-	2.8	2.0	-	2.9	-	5.2*	-	2.1
40-59	-	2.9*	1.7	-	2.6	-	2.9	-	1.0
60-64	-	-	-	-	2.3	-	1.0	-	3.9
Sachsen									
18-24	-	9.1	6.2	-	4.5	-	2.7	-	5.6
25-39	-	3.3	3.3	-	3.0	-	4.6	-	2.9
40-59	-	1.0	1.8	-	2.4	-	2.7	-	1.3
60-64	-	-	-	-	2.4	-	1.3	-	2.4
Thüringen									
18-24	-	3.4	18.8*	-	6.8	-	3.7	-	2.5
25-39	-	7.0	5.6	-	5.0	-	2.7	-	3.6
40-59	-	0.5	0.0	-	5.6	-	1.2	-	2.6
60-64	-	-	-	-	0.0	-	0.0	-	0.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5 Illegale Drogen

5.1 Die Situation im Jahr 2018

5.1.1 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge

Die geschlechterspezifischen 12-Monats-Prävalenzen für den Konsum mindestens einer illegalen Droge lag in Berlin mit 22.7 % bei Männern sowie mit 16.7 % bei Frauen signifikant höher als in der Bundstichprobe (Abbildung 5-1). Insgesamt lag die Konsumprävalenz bei 8.3 %.

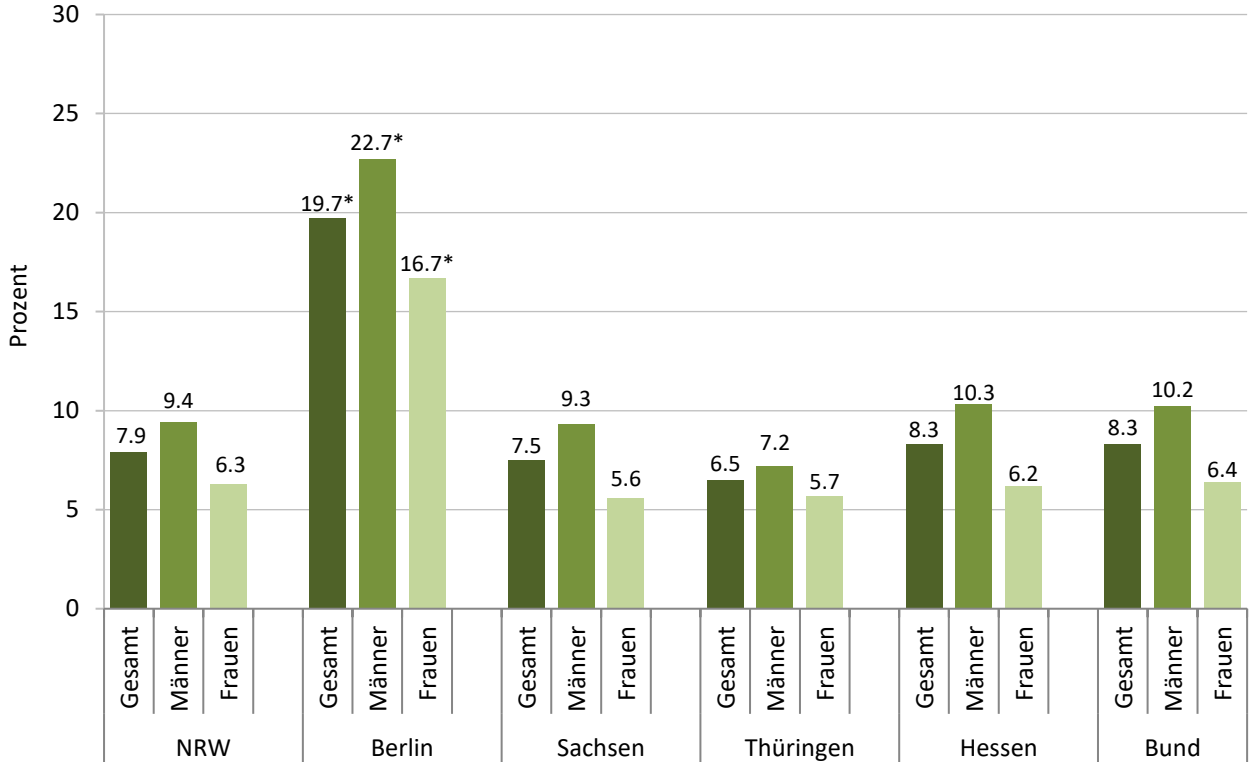

Abbildung 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzien) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Hinblick auf verschiedene Altersgruppen war der Drogenkonsum der 18- bis 24-Jährigen vergleichsweise hoch (25.4 % im Bund) und nahm mit zunehmendem Alter ab (Tabelle 5-1). Die 12-Monats-Prävalenz der 60- bis 64-Jährigen lag bei 1.3 %. Signifikante Abweichungen von den bundesweiten Daten zeigten sich in Berlin bei den 25- bis 39-Jährigen, den 40- bis 59-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen (25.5 % vs. 11.3 % bzw. 14.5 % vs. 3.5 % bzw. 4.7 % vs. 1.3 %).

Tabelle 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzien) nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	9.7	17.2	13.3	14.3	-	-
18-24	22.4	31.5	22.1	19.6	23.2	25.4
25-39	8.8	25.5*	11.8	13.0	10.3	11.3
40-59	4.6	14.5*	3.3	1.7	4.4	3.5
60-64	1.7	4.7*	2.0	0.8	1.6	1.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis

Insgesamt wurde Cannabis am häufigsten in Berlin (17.1 %) konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenzen für die übrigen Bundesländer lagen zwischen 5.5 % und 6.9 % (Abbildung 5-2). In Berlin unterschieden sich die Werte sowohl für Männer (19.6 %) als auch für Frauen (14.6 %) signifikant von den bundesweiten Daten (8.9 % und 5.3 %).

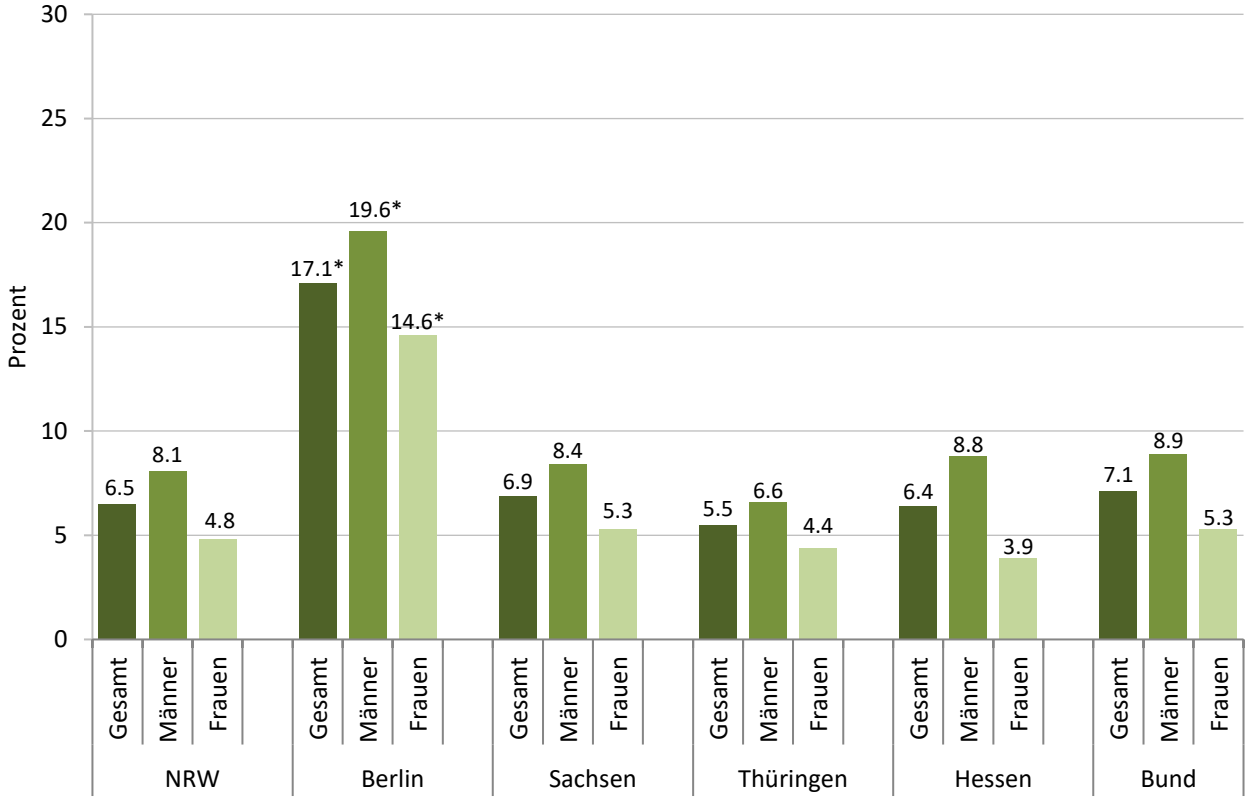

Abbildung 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Eine Stratifizierung nach Alter zeigte die höchsten Konsumprävalenzen unter 18- bis 24-Jährigen (23.6 % im bundesweiten Durchschnitt; Tabelle 5-2). Mit steigendem Alter nahm die Prävalenz des Cannabiskonsums in allen Bundesländern ab. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt konsumierten in Berlin signifikant mehr 25- bis 39-Jährige, 40- bis 59-Jährige und 60- bis 64-Jährige Cannabis.

Tabelle 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	9.0	16.1	12.5	13.6	-	-
18-24	21.2	29.1	20.9	18.8	21.7	23.6
25-39	7.9	22.9*	10.7	10.5	8.7	9.9
40-59	2.8	11.8*	3.1	1.5	2.0	2.5
60-64	0.6	2.9*	0.7	0.0	0.4	0.4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.3 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin

Der Anteil der Amphetamin- oder Methamphetaminkonsumenten in den letzten 12 Monaten war in Berlin (4.5 %) am höchsten, während in Hessen am seltensten konsumiert wurde (0.7 %; Abbildung 5-3). Männer hatten in allen Ländern außer Nordrhein-Westfalen und Thüringen höhere Prävalenzen als Frauen. Im Vergleich zu den bundesweiten Werten zeigte sich lediglich bei Männern und Frauen in Berlin eine signifikante Abweichung (5.7 % vs. 1.5 % bzw. 3.4 % vs. 0.9 %).

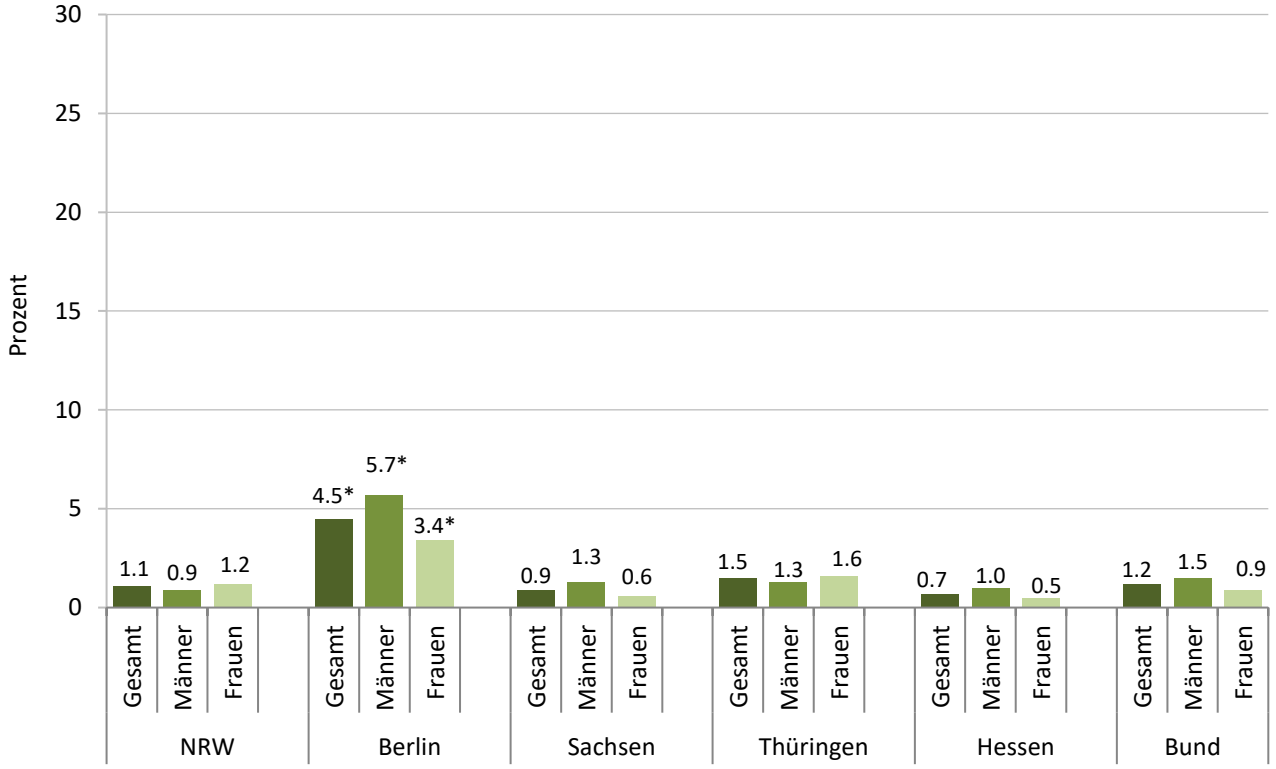

Abbildung 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Hinsichtlich altersspezifischer Konsumprävalenzen waren Abweichungen zur bundesweiten Stichprobe bei den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen in Berlin (7.4 % vs. 2.1 % bzw. 2.1 % vs. 0.4 %) und den 18- bis 24-Jährigen in Sachsen (0.4 % vs. 3.2 %) erkennbar (Tabelle 5-3). In allen Bundesländern lag die Prävalenz in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen höher als in den älteren Altersgruppen.

Tabelle 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.2	1.4	1.1	0.8	-	-
18-24	3.4	7.7	0.4*	2.5	1.2	3.2
25-39	1.6	7.4*	2.8	3.8	1.9	2.1
40-59	0.3	2.1*	0.0	0.2	0.0	0.4
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.4 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy

Bezogen auf die untersuchten Bundesländer war der Ecstasykonsum in Berlin am stärksten ausgeprägt (4.5 %; Abbildung 5-4). Der Anteil von männlichen und weiblichen Konsumierenden in Berlin (5.7 % bzw. 3.2 %) war im Vergleich zu den bundesweiten Daten (1.2 % bzw. 1.0 %) signifikant höher.

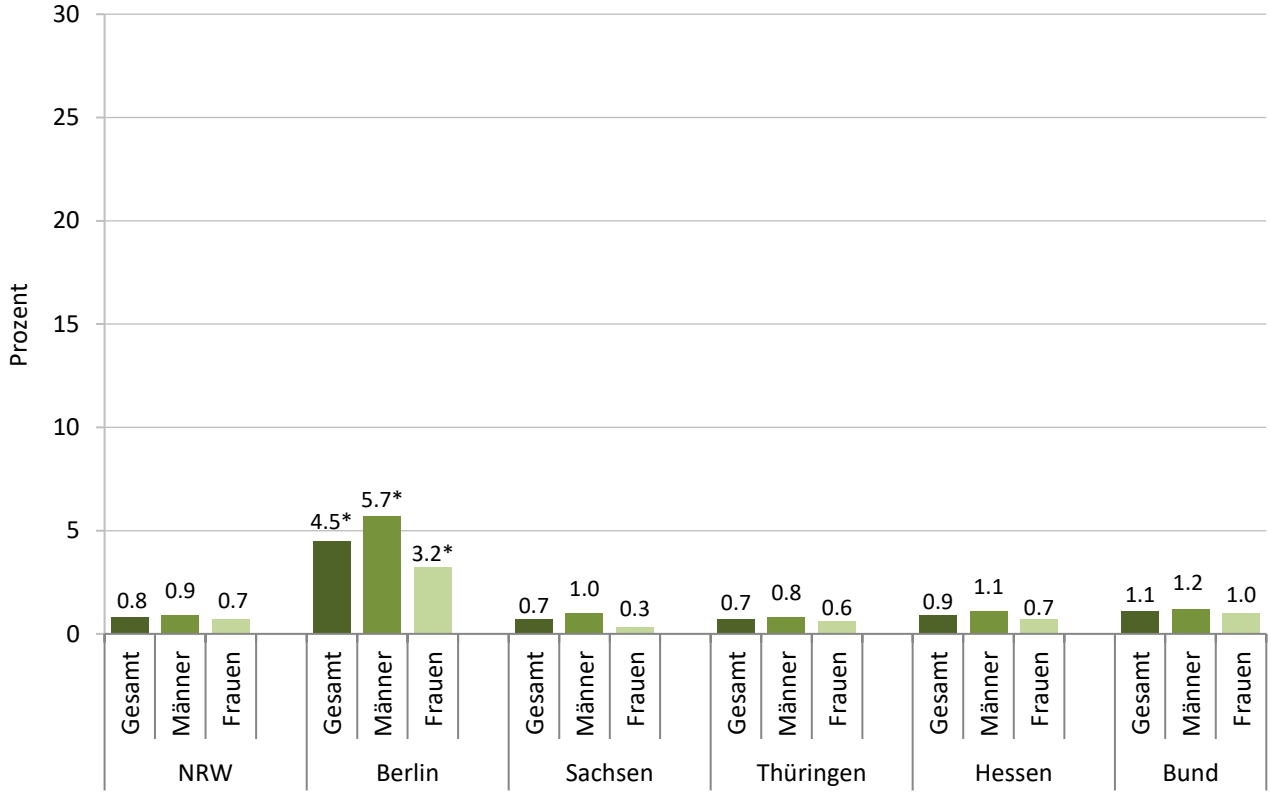

Abbildung 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Mit Ausnahme von Sachsen war der höchste Anteil an Konsumenten in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zu finden (3.2 % in der Gesamtstichprobe; Tabelle 5-4). In Berlin wies die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen mit 8.8 % den höchsten Wert auf. Signifikanzen zum Bund zeigten sich in Berlin bei den 25- bis 59-Jährigen.

Tabelle 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.2	1.5	1.3	3.1	-	-
18-24	2.9	8.8	0.2*	2.8	2.8	3.2
25-39	1.3	6.9*	1.4	1.6	1.8	1.9
40-59	0.0	2.1*	0.5	0.0	0.0	0.2
60-64	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.5 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD

Bundesweit lag die 12-Monats-Prävalenz des LSD-Konsums bei 0.3 %, wobei Männer die Substanz häufiger konsumierten als Frauen (0.5 % vs. 0.1 %; Abbildung 5-5). Sowohl die Prävalenz der Männer (1.6 %) und die Prävalenz der Frauen (0.8 %) als auch die Gesamtprävalenz (1.2 %) in Berlin waren signifikant höher als die bundesweiten Werten.

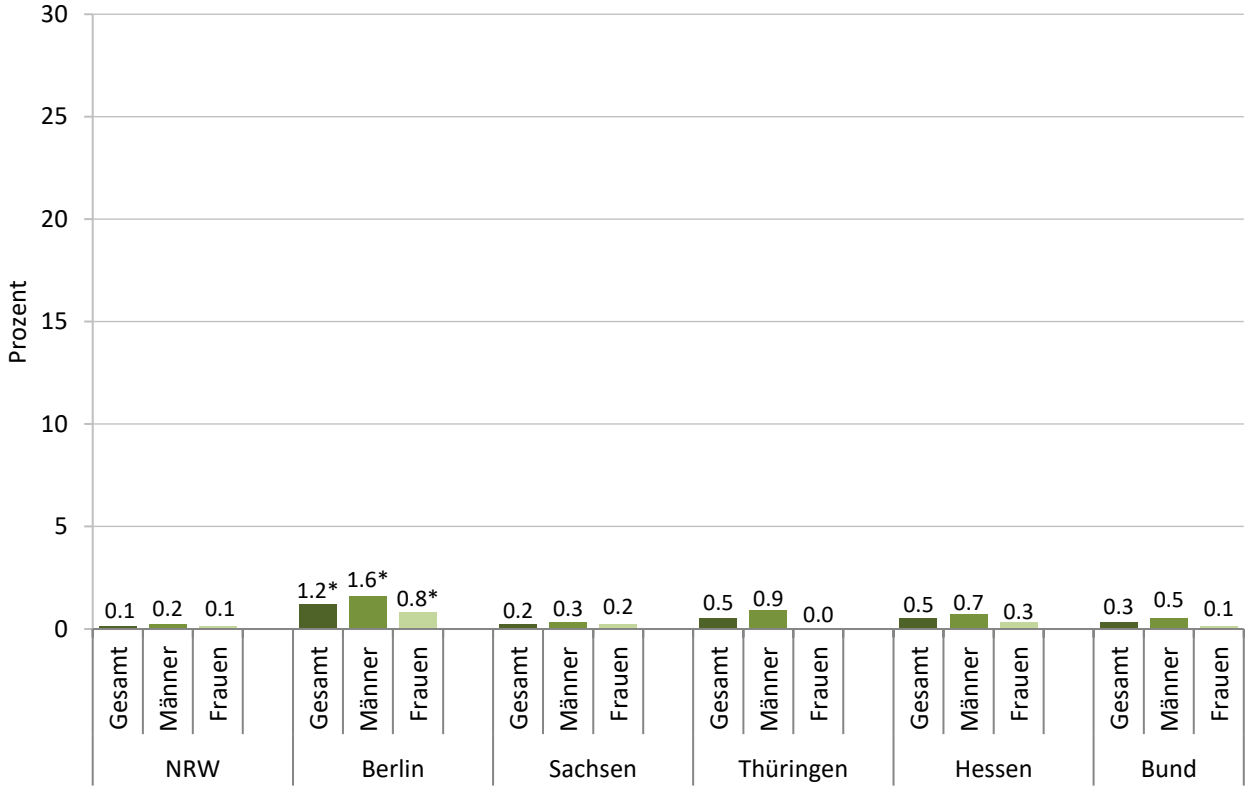

Abbildung 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Ebenso war ein Unterschied der altersstratifizierten Konsumprävalenzen im Vergleich zum Bund für die 25- bis 39-Jährigen in Berlin erkennbar (2.3 % vs. 0.5 %) (Tabelle 5-5). In den meisten Fällen zeigten die 18- bis 24-Jährigen die höchsten Konsumprävalenzen. Auffällig war in Sachsen die Prävalenz der 15- bis 17-Jährigen mit 1.3 %.

Tabelle 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.5	1.3	0.0	-	-
18-24	0.4	1.7	0.2	1.2	2.2	0.9
25-39	0.3	2.3*	0.6	1.2	0.7	0.5
40-59	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1
60-64	0.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.6 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiate

Abgesehen von Berlin lagen sämtliche Konsumprävalenzen für Heroin oder andere Opiate unter einem Prozent (Abbildung 5-6). Ein signifikanter Unterschiede zur bundesweiten Erhebung zeigte sich nur bei den Männern in Berlin (1.3 % vs. 0.5 %).

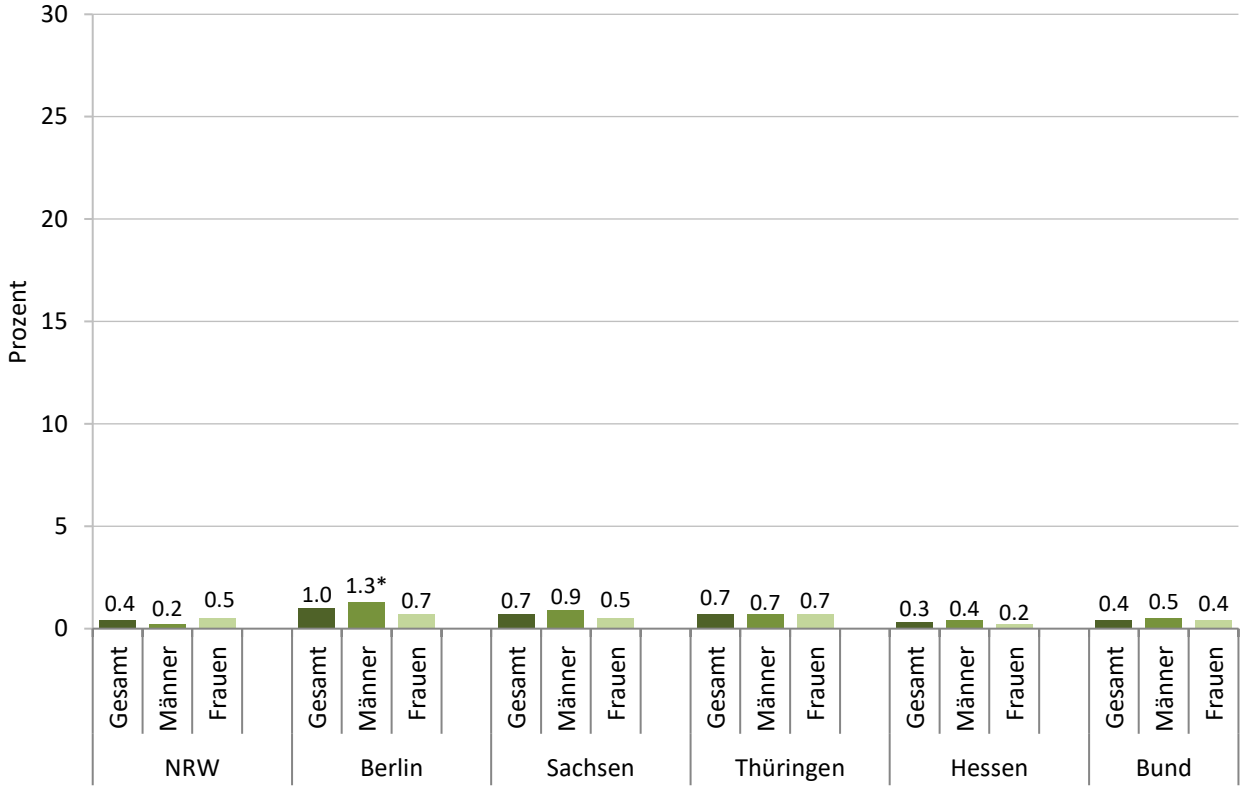

Abbildung 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Mit Ausnahme von Sachsen war der höchste Anteil an Konsumenten in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zu finden (3.2 % in der Gesamtstichprobe; Tabelle 5-6). In Berlin wies die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen mit 1.9 % den höchsten Wert auf. Signifikanzen zum Bund zeigten sich in Berlin bei den 25- bis 59-Jährigen.

Tabelle 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.2	1.0	1.7	0.0	-	-
18-24	0.6	1.9	0.8	0.8	0.6	0.8
25-39	0.2	0.9	1.3	1.7	0.2	0.5
40-59	0.5	0.9	0.5	0.0	0.2	0.3
60-64	0.0	0.5	0.0	0.8	0.4	0.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.7 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack

Die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack lag im Bund bei 1.1 % (Abbildung 5-7). In Berlin berichtete der höchste Anteil an Befragten von einem entsprechenden Konsum (4.7 %). Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt konsumierten dort signifikant mehr Männer (5.9 % vs. 1.4 %) und Frauen (3.4 % vs. 0.8 %) Kokain oder Crack.

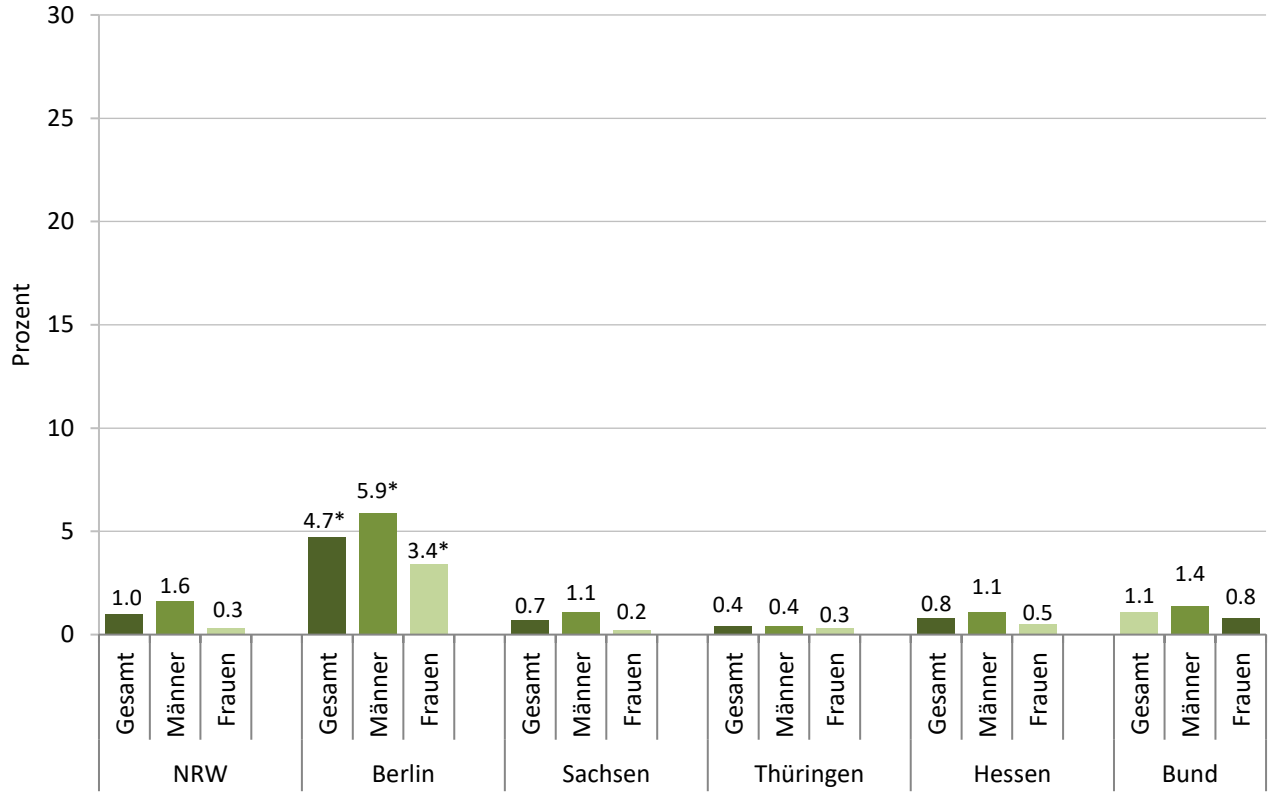

Abbildung 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Hinsichtlich der Altersverteilung fand der Konsum von Kokain und Crack insgesamt am häufigsten in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen statt (2.1 %; Tabelle 5-7). In Berlin war die Konsumprävalenz ebenfalls unter den 25- bis 39-Jährigen mit 6.7 % am höchsten und gegenüber dem bundesweiten Wert von 2.1 % signifikant erhöht. Außerdem ergaben sich in Berlin auch signifikant erhöhte Werte für die Altersgruppen 18- bis 24-Jährige (4.5 % vs. 1.7 %) und 40- bis 59-Jährige (3.8 % vs. 0.6 %).

Tabelle 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.2	1.0	1.1	0.0	-	-
18-24	0.4	4.5*	0.0	0.7	1.2	1.7
25-39	1.3	6.7*	1.2	1.1	1.5	2.1
40-59	1.1	3.8*	0.6	0.0	0.5	0.6
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.8 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien

Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien lag im Bund bei 0.2 % (Abbildung 5-8). In Berlin konsumierten 1.6 % der befragten Männer in den letzten 12 Monaten Inhalanzien. Die Konsumunterschiede waren statistisch nicht signifikant.

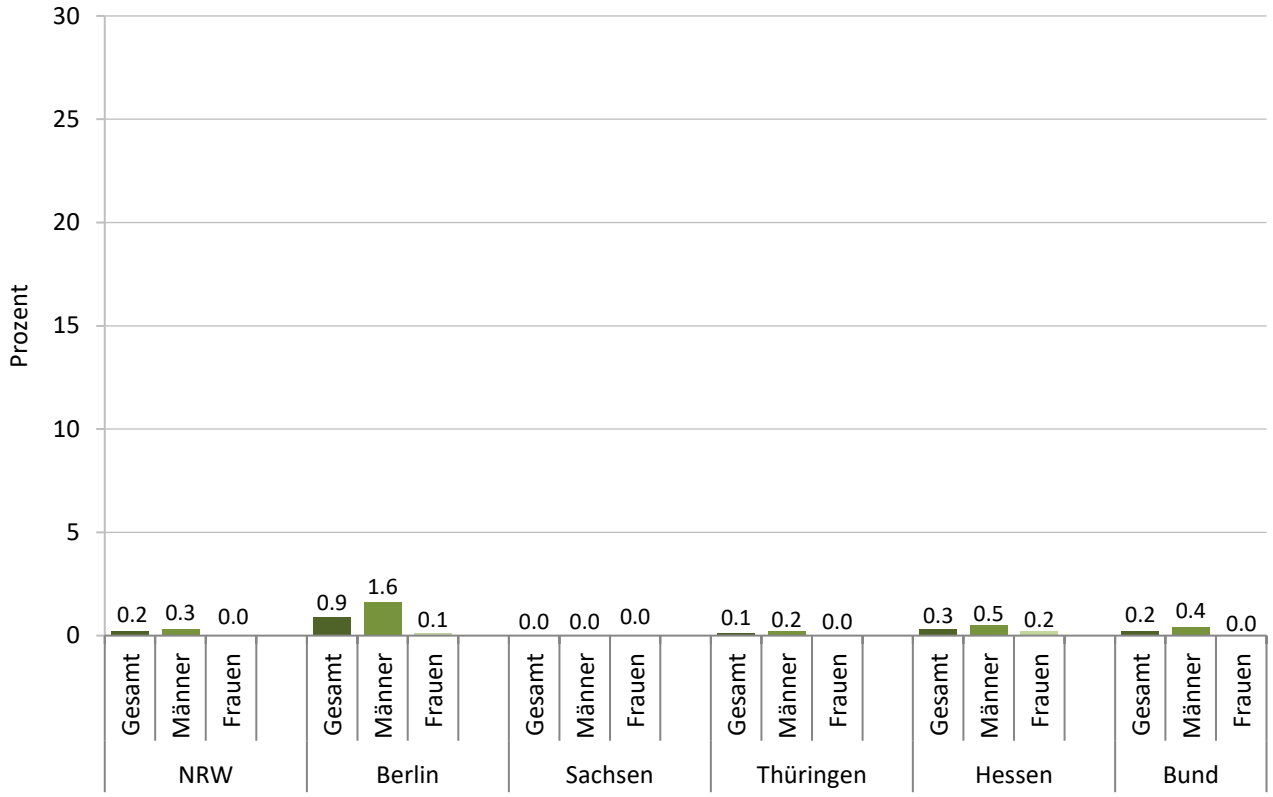

Abbildung 5-8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien nach Geschlecht und Bundesland

In den Bundesländern und im Bund lässt sich ein Rückgang der Prävalenzen in den Altersgruppen feststellen (Tabelle 5-8). Dabei wiesen die 18- bis 24-Jährigen in Berlin erhöhte Werte auf (2.5 %). Es zeigten sich in keinem Bundesland signifikante Abweichungen zum Bundesdurchschnitt.

Tabelle 5-8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.2	0.0	-	-
18-24	0.3	2.5	0.0	0.6	0.0	0.6
25-39	0.4	1.2	0.1	0.1	0.6	0.3
40-59	0.0	0.3	0.0	0.0	0.3	0.1
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.9 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen

Bundesweit betrug die Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen 0.4 %, wobei mehr Männer als Frauen diese konsumierten (0.6 % vs. 0.2 %; Abbildung 5-9). Das Bundesland Berlin zeigte signifikant erhöhten Konsum von 1.7 % und Frauen mit 1.2 %.

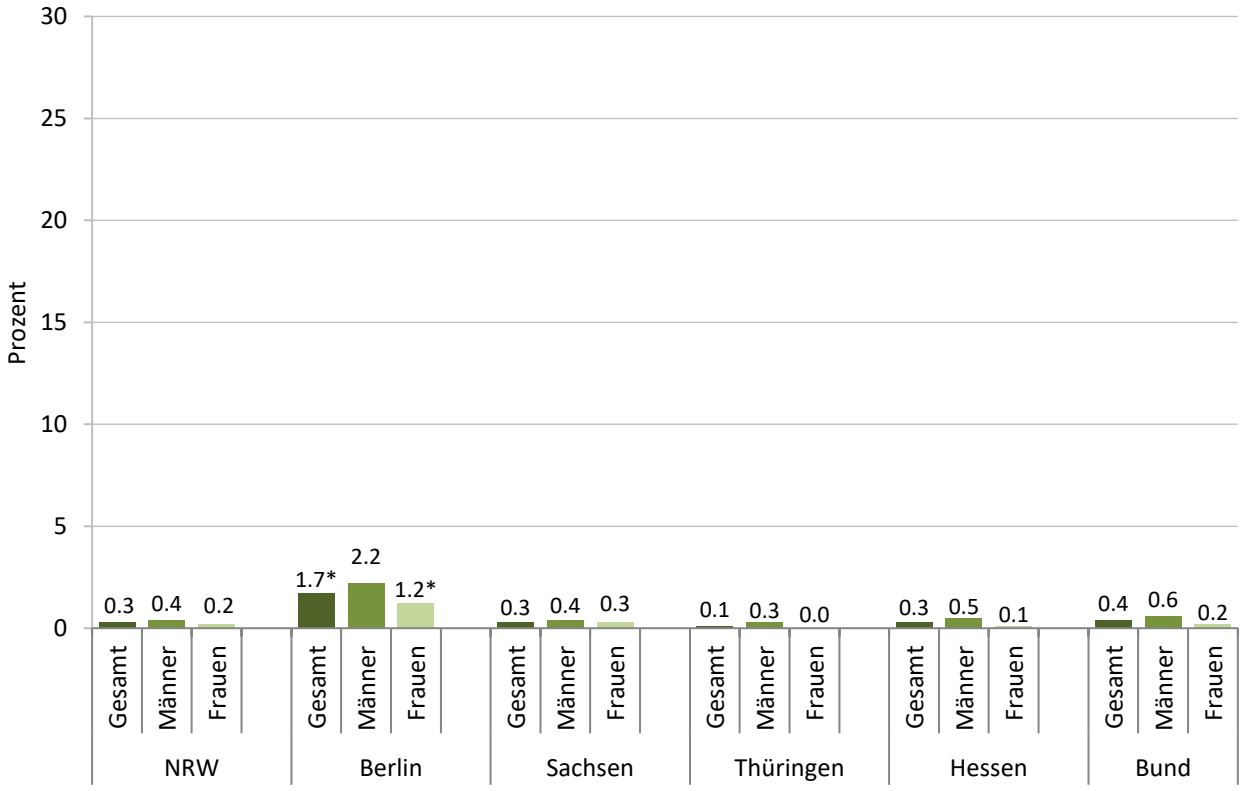

Abbildung 5-9: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die Konsumprävalenz in den Bundesländern und im Bund war bei den jüngeren Befragten höher als bei den Älteren (Tabelle 5-9). Vermehrt konsumierten die Altersgruppen 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen psychoaktive Pilze. Ins Berlin zeigte sich bei 25- bis 39-Jährigen ein signifikanter Unterschied gegenüber dem Bund (2.6 % vs. 0.5 %).

Tabelle 5-9: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.5	0.0	0.0	-	-
18-24	1.2	4.5	0.6	1.2	1.4	1.5
25-39	0.2	2.6*	0.8	0.1	0.5	0.5
40-59	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.1
60-64	0.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.10 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS

Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS lag im Bund bei 0.9 % (Abbildung 5-10). In den einzelnen Bundesländern zeigte sich gegenüber dem Bund keine signifikanten Unterschiede. Nur in Berlin wies die Konsumprävalenz einen erhöhten Wert auf (2.1 %).

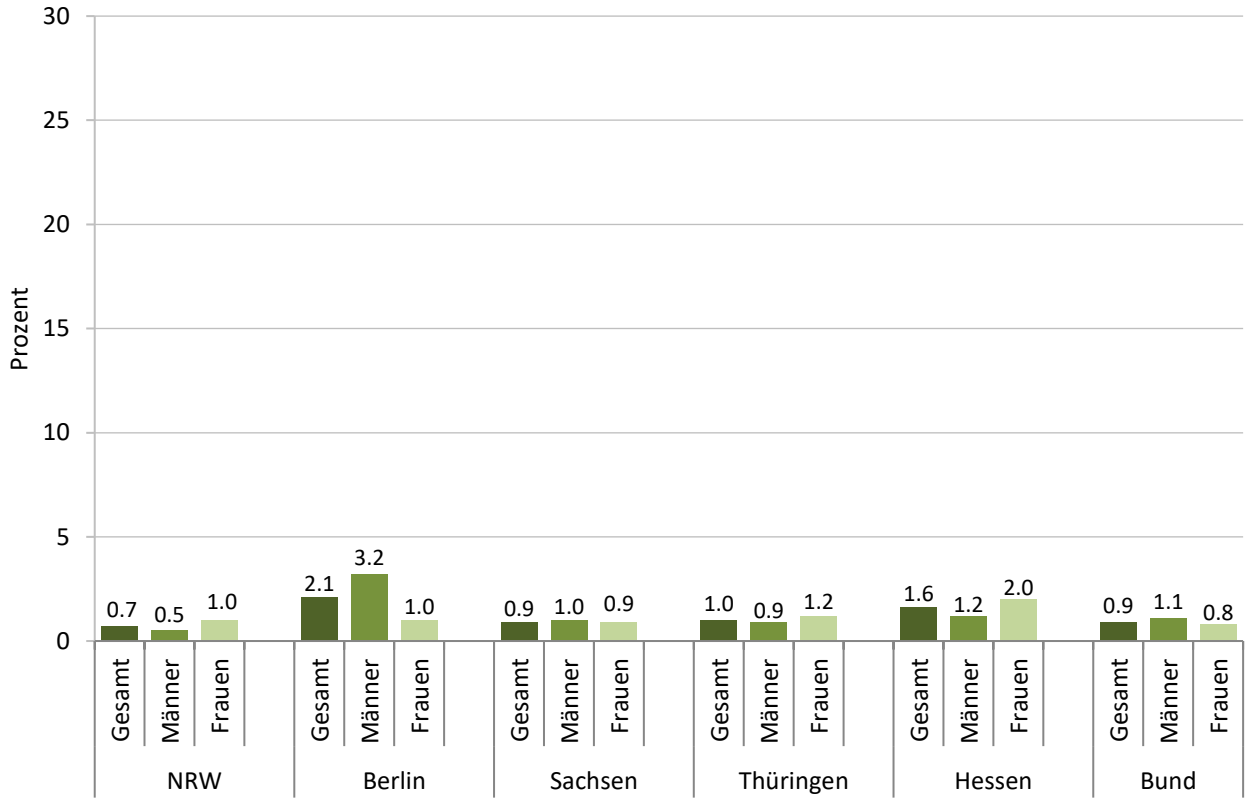

Abbildung 5-10: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Geschlecht und Bundesland

In den Altersgruppen ergaben sich im Vergleich keine statistischen Abweichungen (Tabelle 5-10). In Thüringen zeigte sich bei den 18- bis 24-Jährigen eine erhöhte Prävalenz (3.9 %) zum bundesweiten Durchschnitt (2.2 %). Häufiger gaben die 15- bis 17-Jährigen in Sachsen an (4.2 %), NPS in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben.

Tabelle 5-10: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.1	1.8	4.2	1.5	-	-
18-24	2.6	2.5	1.7	3.9	2.4	2.2
25-39	0.5	2.3	1.7	2.1	1.5	1.0
40-59	0.3	2.2	0.2	0.2	1.7	0.6
60-64	1.0	0.7	1.3	0	0.7	0.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.11 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV

Eine Drogenabhängigkeit nach DSM-IV wurde bei 0.8 % der bundesweiten Stichprobe festgestellt (Männer: 1.2 %, Frauen: 0.4 %; Abbildung 5-11). Dabei lässt sich in den Bundesländern keine wesentlichen Abweichungen vom Bund feststellen. In Berlin zeigte die Gesamtprävalenz sowie der Frauen eine erhöhte Signifikanz (2.4 % und 1.4 %).

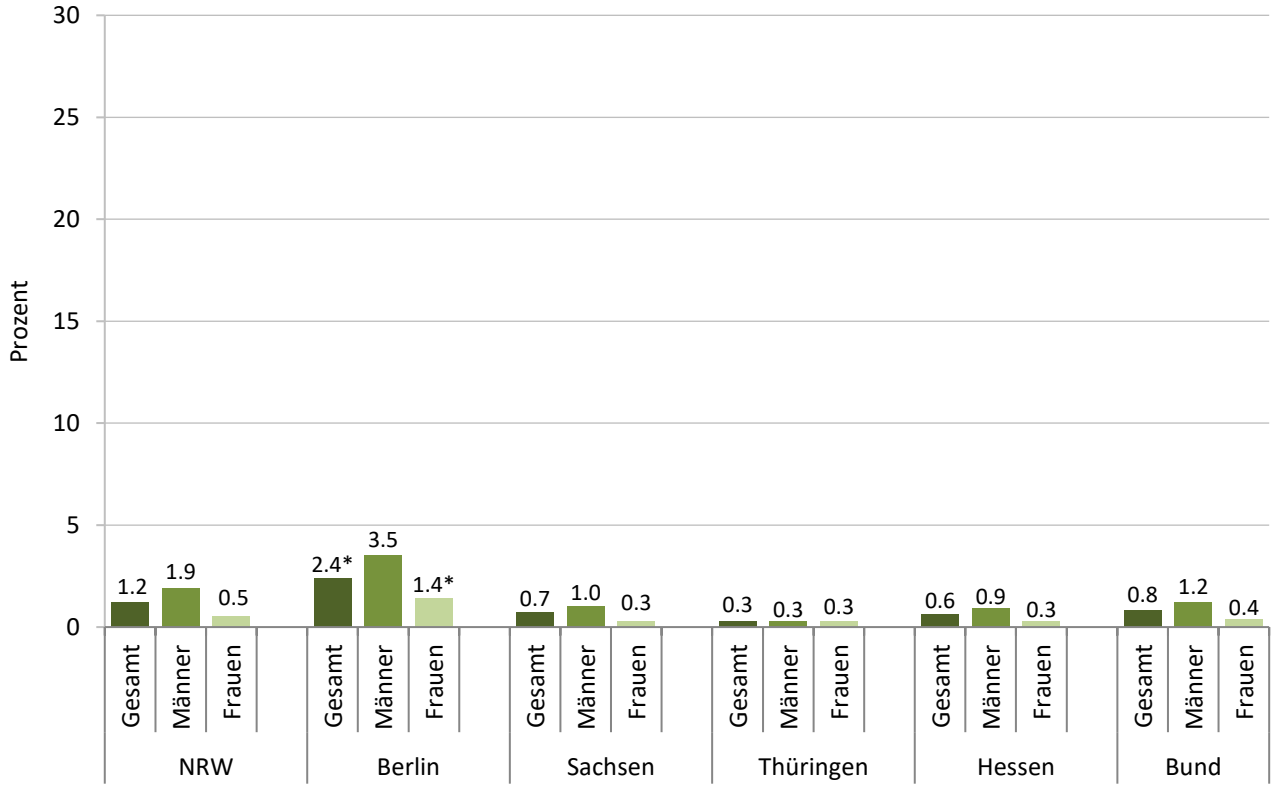

Abbildung 5-11: 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Eine Drogenabhängigkeit nach DSM-IV zeigte sich länderübergreifend vor allem bei 15- bis 17-Jährigen, 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 5-11). Eine relevante Signifikanz zum Bund zeigte sich bei den 25- bis 39-Jährigen in Berlin (3.5 %).

Tabelle 5-11: 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.5	2.2	3.0	-	-
18-24	2.9	7.2	0.9	0.4	2.5	2.8
25-39	0.7	3.5*	1.8	0.9	0.8	1.2
40-59	1.3	0.8	0.0	0.0	0.0	0.3
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0.	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.12 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV

In der untersuchten Bundesstichprobe wiesen 0.6 % der Personen einen Drogenmissbrauch nach DSM-IV auf (Abbildung 5-12). Signifikante Unterschiede zu den weiteren Bundesländern zeigten sich nur in Berlin. Dort erhielt man erhöhte Prävalenzen bei Gesamt, Männer und Frauen (2.4 % vs. 3.7 % vs. 1.1 %).

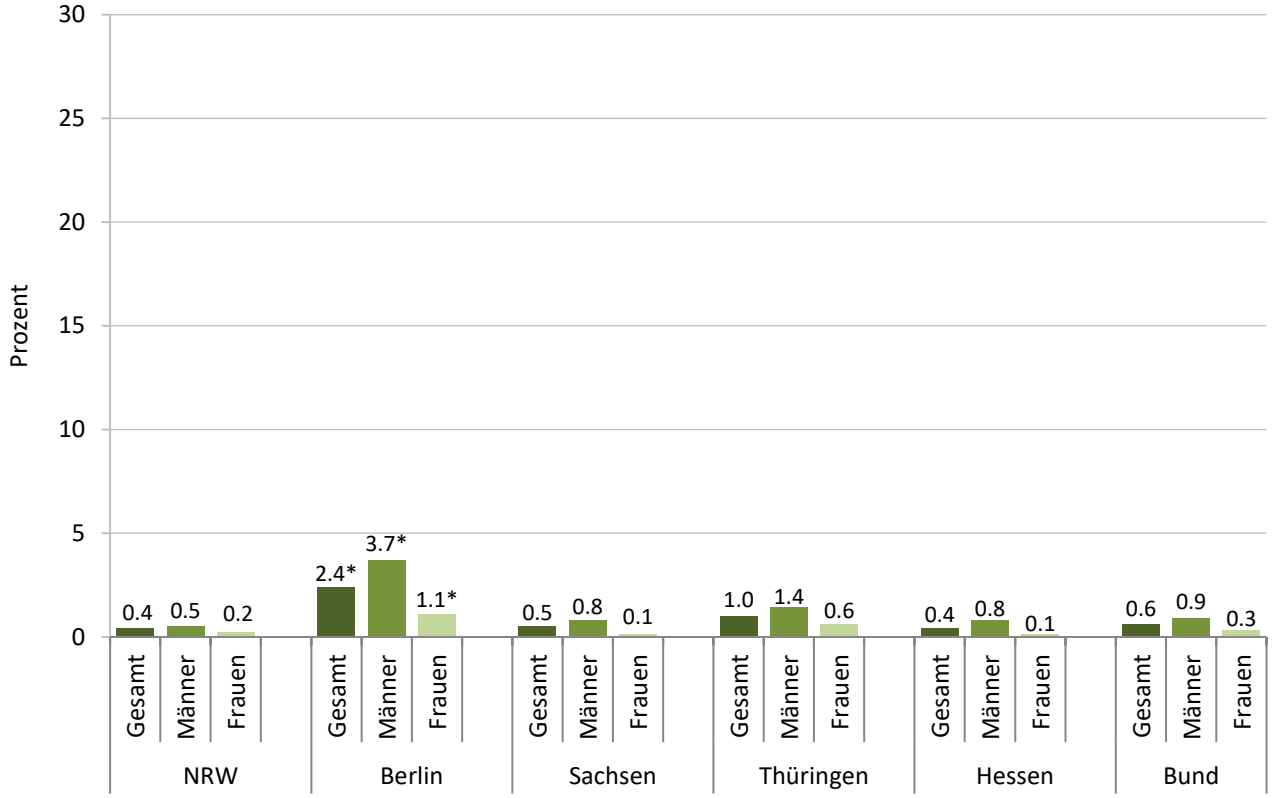

Abbildung 5-12: 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In der alters- und länderspezifischen Unterscheidung zeigten sich gegenüber dem Bund keine sonderlich signifikanten Abweichungen (Tabelle 5-12). Die höchsten Prävalenzen stellten die Altersgruppen 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen dar. Eine erhöhte Prävalenz zeigte sich in der Altersgruppe 40- bis 59-Jährige in Berlin (3.4 %).

Tabelle 5-12: 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.4	0.9	1.4	2.9	-	-
18-24	1.4	2.0	0.9	3.3	0.4	2.1
25-39	0.6	2.0	0.8	2.1	1.2	1.1
40-59	0.0	3.4	0.3	0.2	0.0	0.0
60-64	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.13 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten)

Eine Drogenabhängigkeit nach DSM-IV unter den Konsumenten wurde bundesweit bei 10.9 % der Personen festgestellt (Abbildung 5-13). In den einzelnen Bundesländern konnten keine deutlichen Unterschiede festgestellt werden. In Thüringen zeigte sich die geringste Drogenabhängigkeits-Prävalenz (4.9 %).

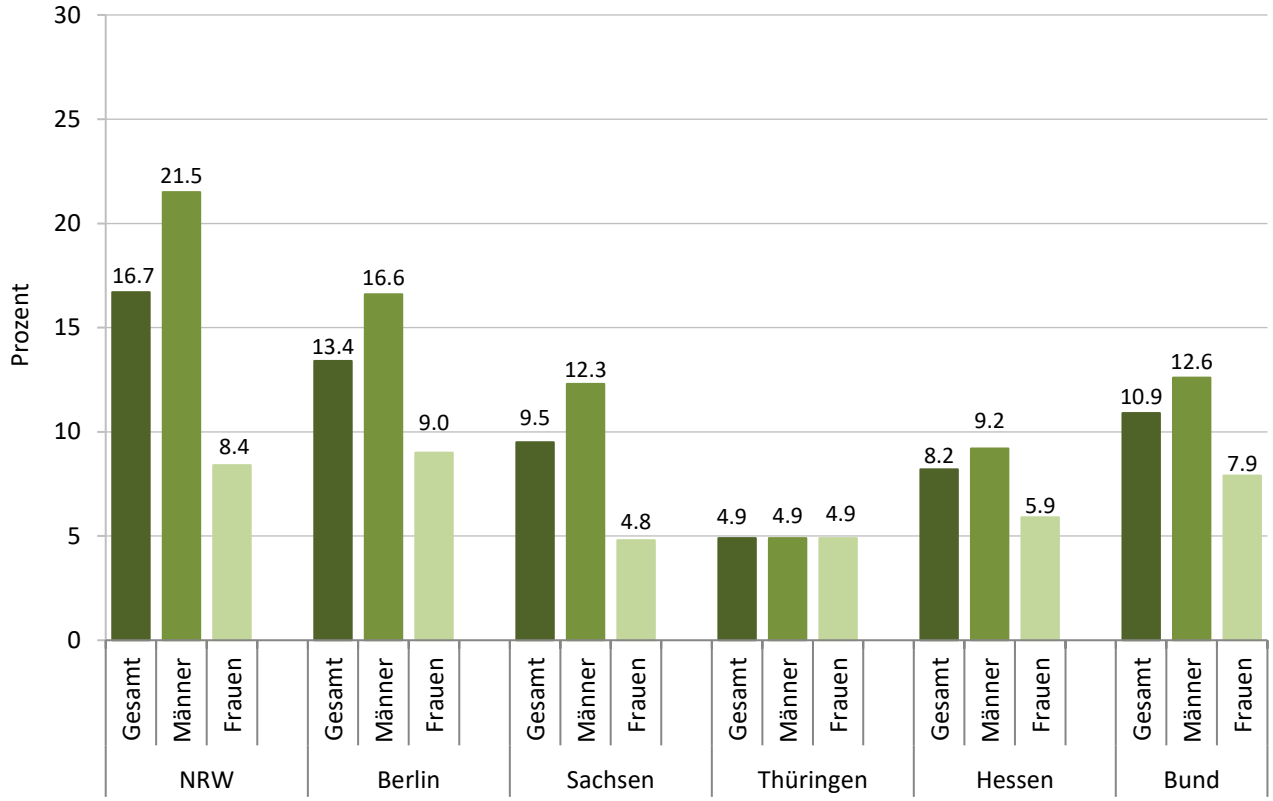

Abbildung 5-13: 12-Monats-Prävalenz von Drogenabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n < 30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

5.1.14 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV (Konsumenten)

In der bundesweiten Stichprobe zeigten 8.3 % der Konsumenten ein Drogenmissbrauch nach DSM-IV (Abbildung 5-14). Ähnliche Prävalenzen konnten in den Bundesländern Hessen, Sachsen und NRW festgestellt werden. Die Prävalenz bei den Männern in Berlin (18.1 %) war signifikant höher.

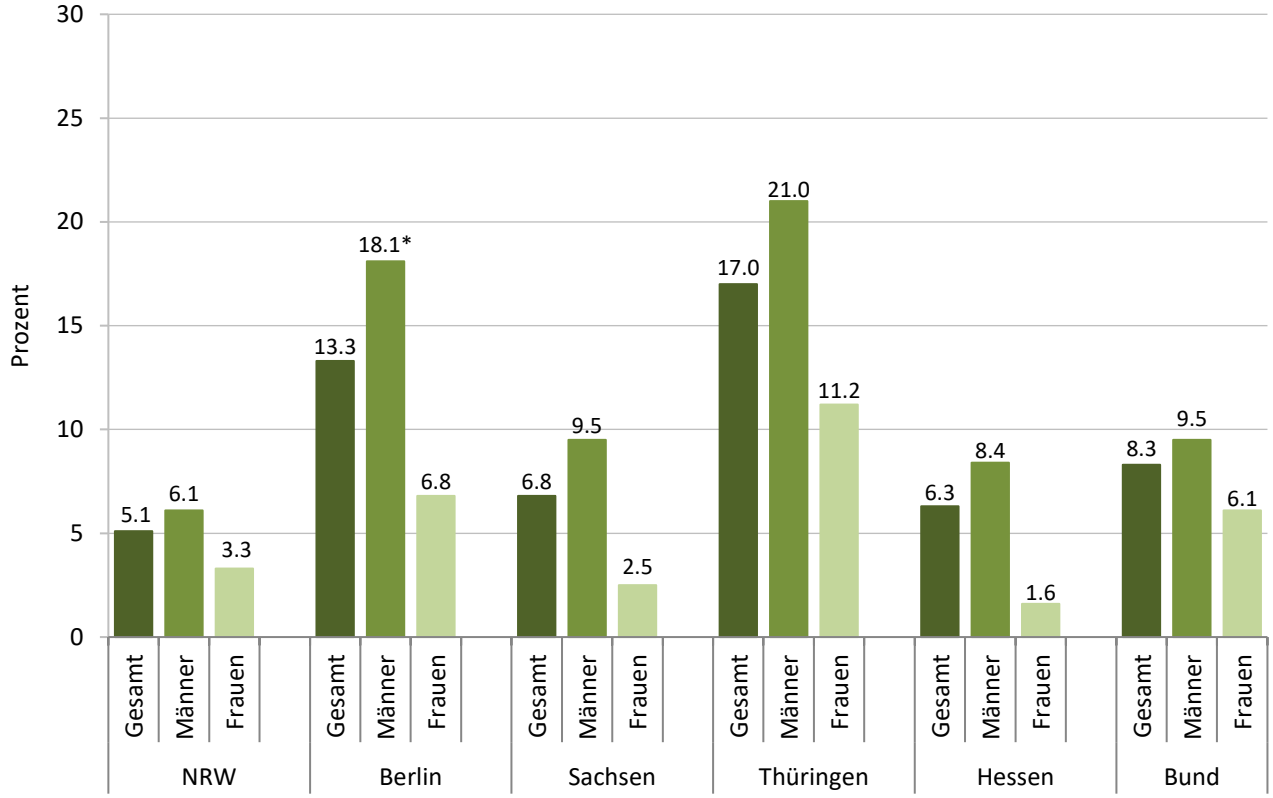

Abbildung 5-14: 12-Monats-Prävalenz von Drogenmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n <30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

5.1.15 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV

Den Kriterien des DSM-IV zufolge bestanden bei 0.6 % der bundesweiten Stichprobe Cannabisabhängigkeit (Abbildung 5-15). Signifikante Unterschiede zum Bund fanden sich bei Frauen (0.9 % vs. 0.3 %) in Berlin und bei Männern (0.1 % vs. 1.0 %) in Thüringen.

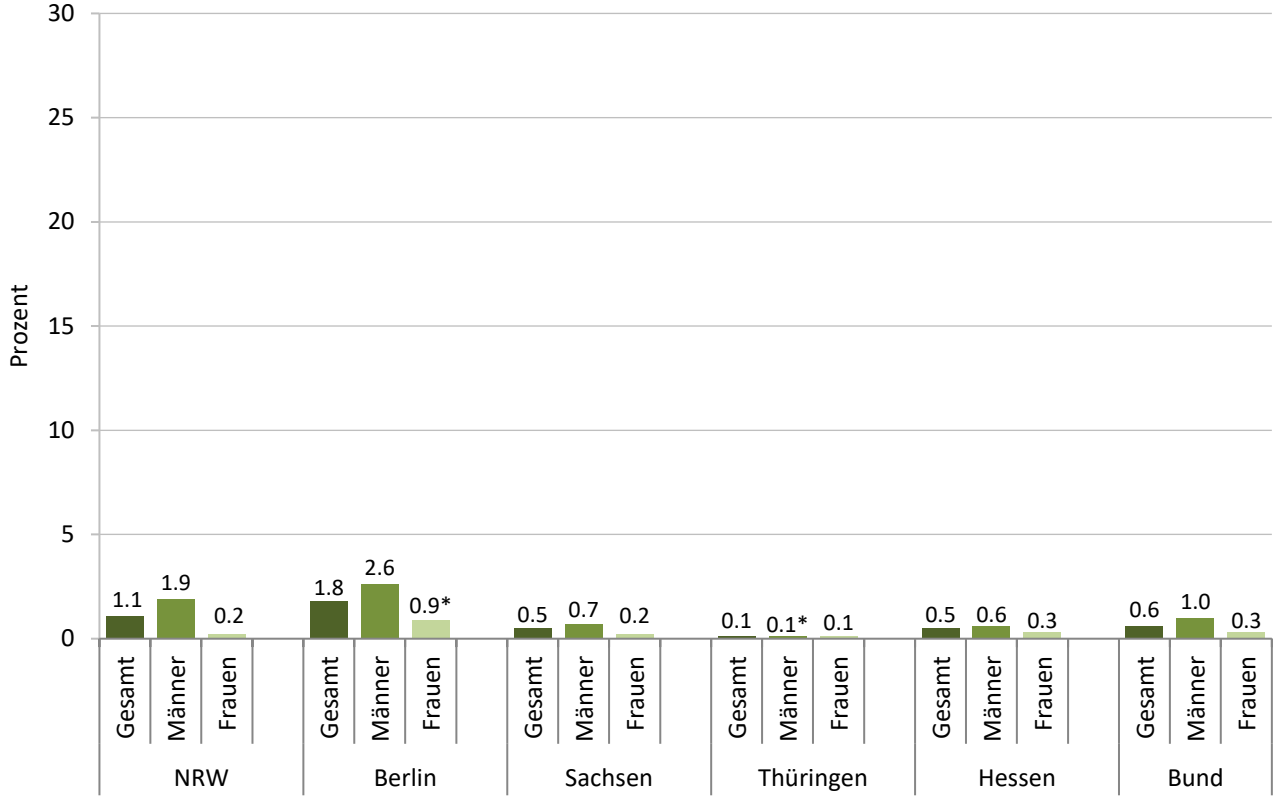

Abbildung 5-15: 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zum Bund (Tabelle 5-13).

Tabelle 5-13: 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.5	2.2	3.0	-	-
18-24	1.8	5.9	0.9	0.4	2.5	2.1
25-39	0.7	2.4	1.2	0.2	0.4	0.9
40-59	1.3	0.5	0.0	0.0	0.0	0.3
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.16 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV

Den Kriterien des DSM-IV zufolge bestanden bei 0.6 % der bundesweiten Stichprobe Cannabismissbrauch (Abbildung 5-16). Signifikante Unterschiede zum Bund fanden sich bei Männern und Frauen in Berlin (2.7 % vs. 0.7 % bzw. 0.9 % vs. 0.4 %).

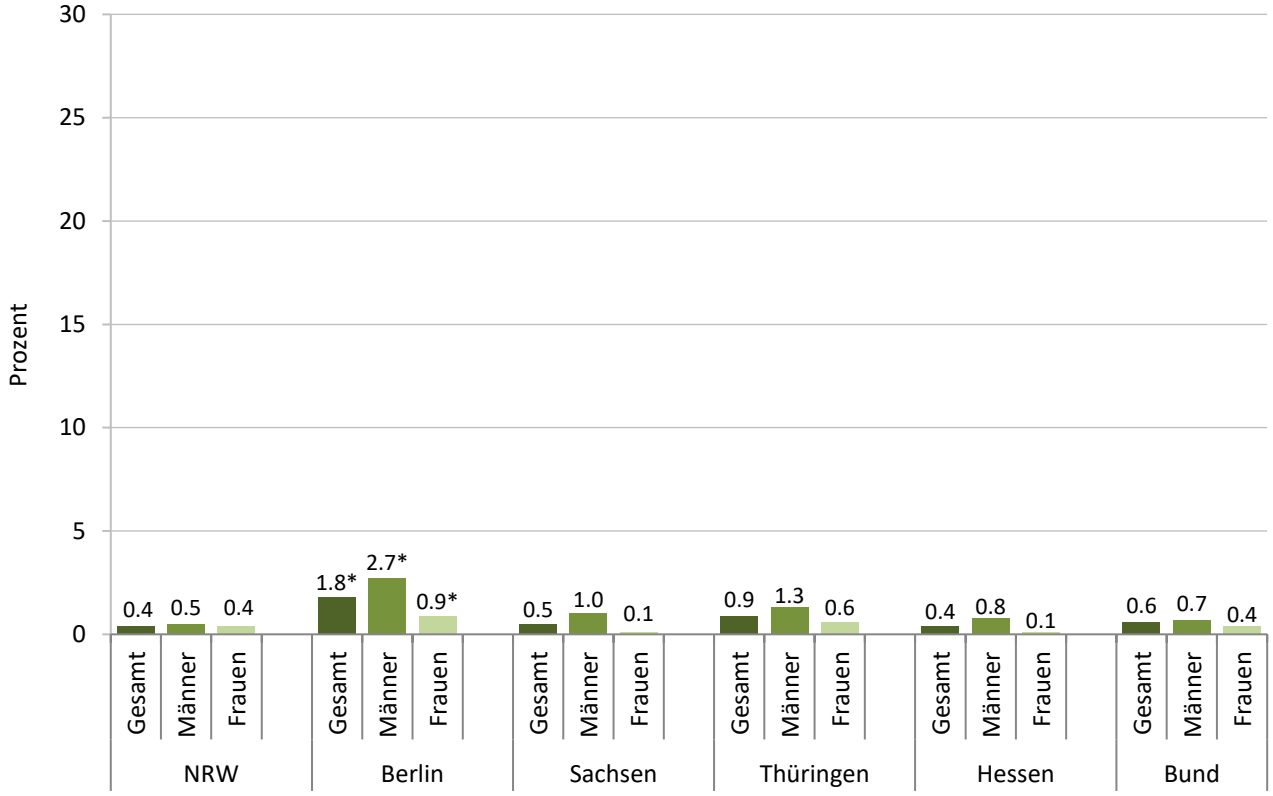

Abbildung 5-16: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen in Berlin bestand gegenüber Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe signifikant häufiger Cannabismissbrauch (2.0 % vs. 0.9 %; Tabelle 5-14).

Tabelle 5-14: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.4	0.9	1.4	2.9	-	-
18-24	2.1	2.0	0.9	3.3	0.4	2.1
25-39	0.5	2.0*	1.0	1.8	1.2	0.9
40-59	0.0	1.9	0.3	0.2	0.0	0.0
60-64	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.17 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV (Konsumenten)

Bei 11.1 % der Männer und 6.0 % der Frauen aller Cannabiskonsumenten wurden Kriterien für eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV erfüllt (Abbildung 5-17). Im Vergleich dazu war die Prävalenz bei Männern in Thüringen signifikant niedriger (1.0 %). In allen Bundesländern außer Thüringen wiesen Männer höhere Prävalenzen auf als Frauen.

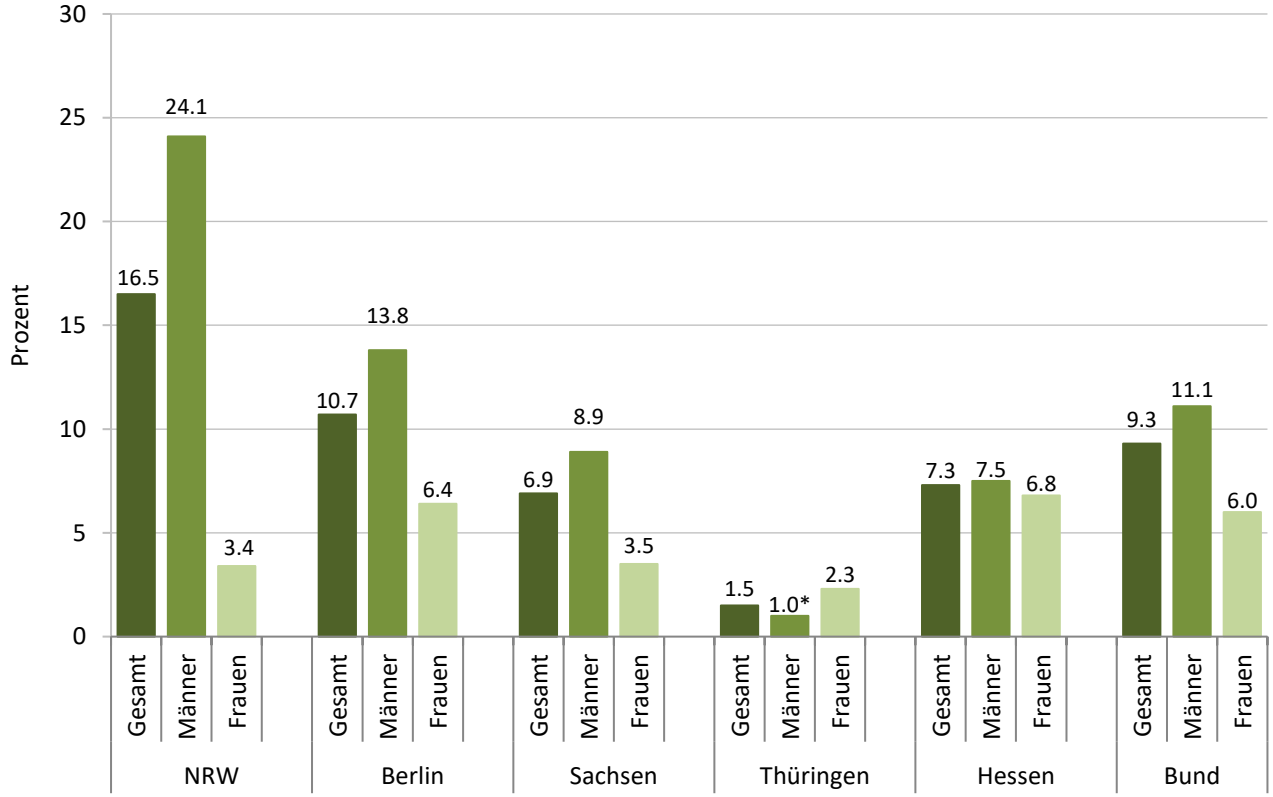

Abbildung 5-17: 12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n < 30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

5.1.18 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV (Konsumenten)

Bei 8.6 % der Männer und 7.0 % der Frauen aller Cannabiskonsumenten der letzten 30 Tage lagen erfüllte Kriterien für Cannabismissbrauch nach DSM-IV vor (Abbildung 5-18). In allen Bundesländern außer Nordrhein-Westfalen wiesen Männer höhere Prävalenzen auf als Frauen.

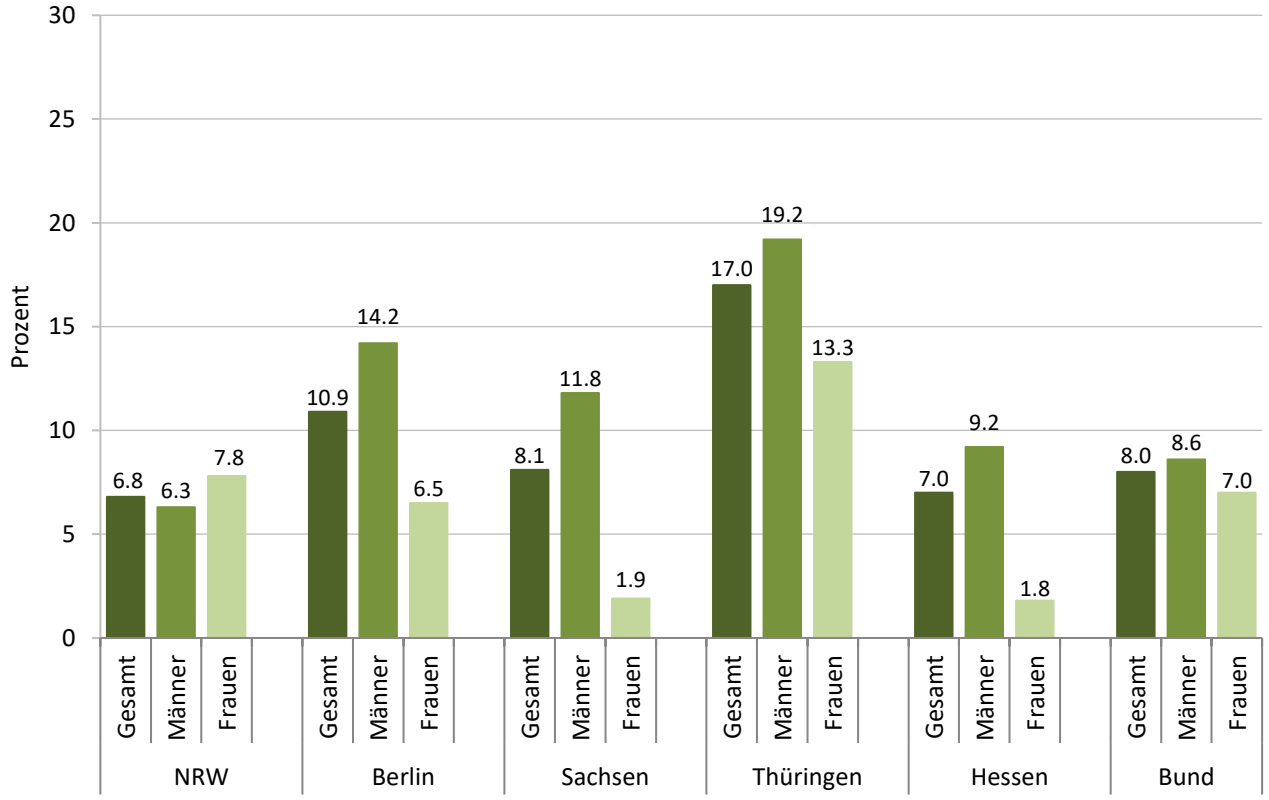

Abbildung 5-18: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Konsumenten

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n < 30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

5.1.19 12-Monats-Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV

Den Kriterien des DSM-IV zufolge bestanden bei 0.1 % der bundesweiten Stichprobe Kokainabhängigkeit (Abbildung 5-19). Signifikante Unterschiede zum Bund fanden sich bei Männern und Frauen in Berlin (0.9 % vs. 0.1 % bzw. 0.4 % vs. 0.0 %).

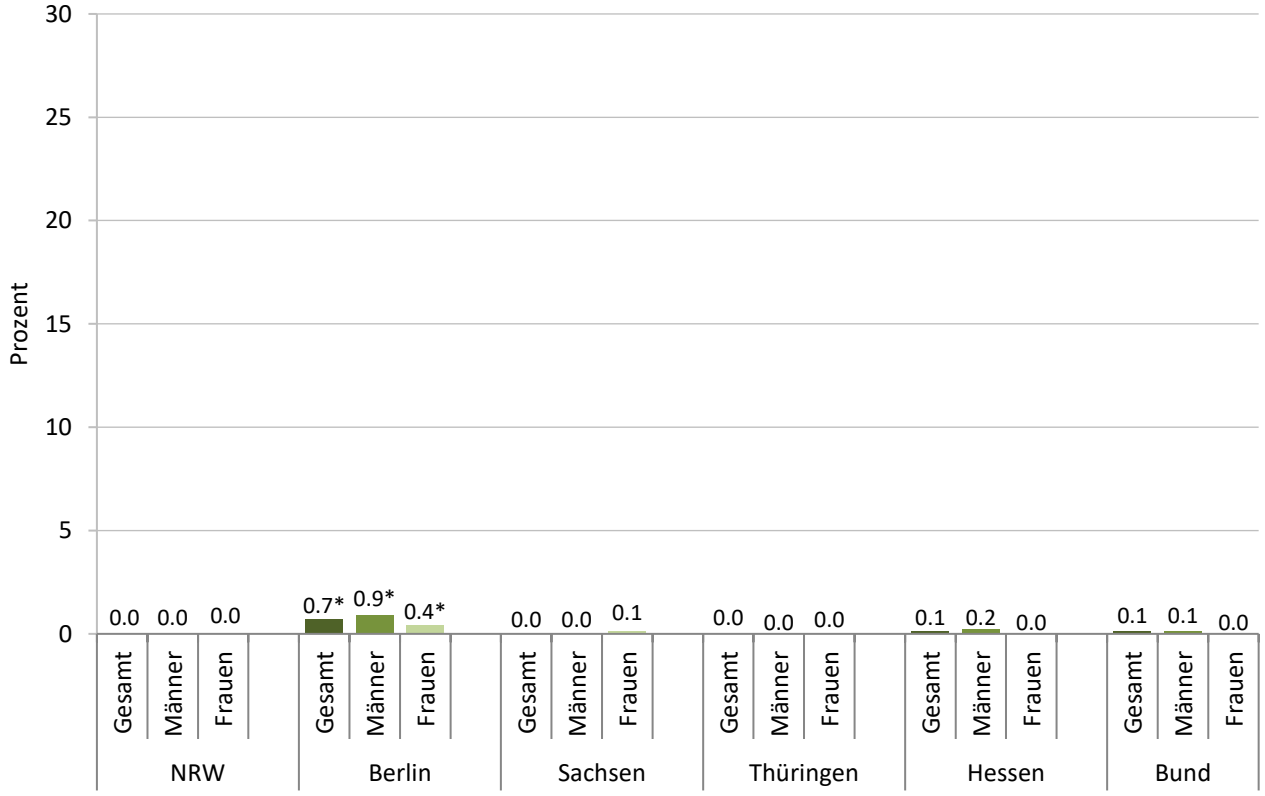

Abbildung 5-19: 12-Monats-Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV zwischen den Bundesländern und Altersgruppen wiesen keine bedeutsamen Unterschiede auf (Tabelle 5-15). Ausgenommen in Berlin in den Altersgruppen 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen, wo sich signifikant höhere Prävalenzen zum Bund (0.9 % vs. 0.1 % und 0.3 % vs. 0.0 %) ergaben.

Tabelle 5-15: 12-Monats-Prävalenz von Kokainabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-
18-24	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.3
25-39	0.0	0.9*	0.1	0.0	0.4	0.1
40-59	0.0	0.3*	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.20 12-Monats-Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV

Nach den Kriterien des DSM-IV lag bei 0.1 % der bundesweiten Stichprobe ein Kokainmissbrauch vor (Abbildung 5-20). Signifikante Unterschiede zum Bund wurden insgesamt und bei Männern in Berlin (0.7 % vs. 0.1 % und 1.3 % vs. 0.2 %) festgestellt

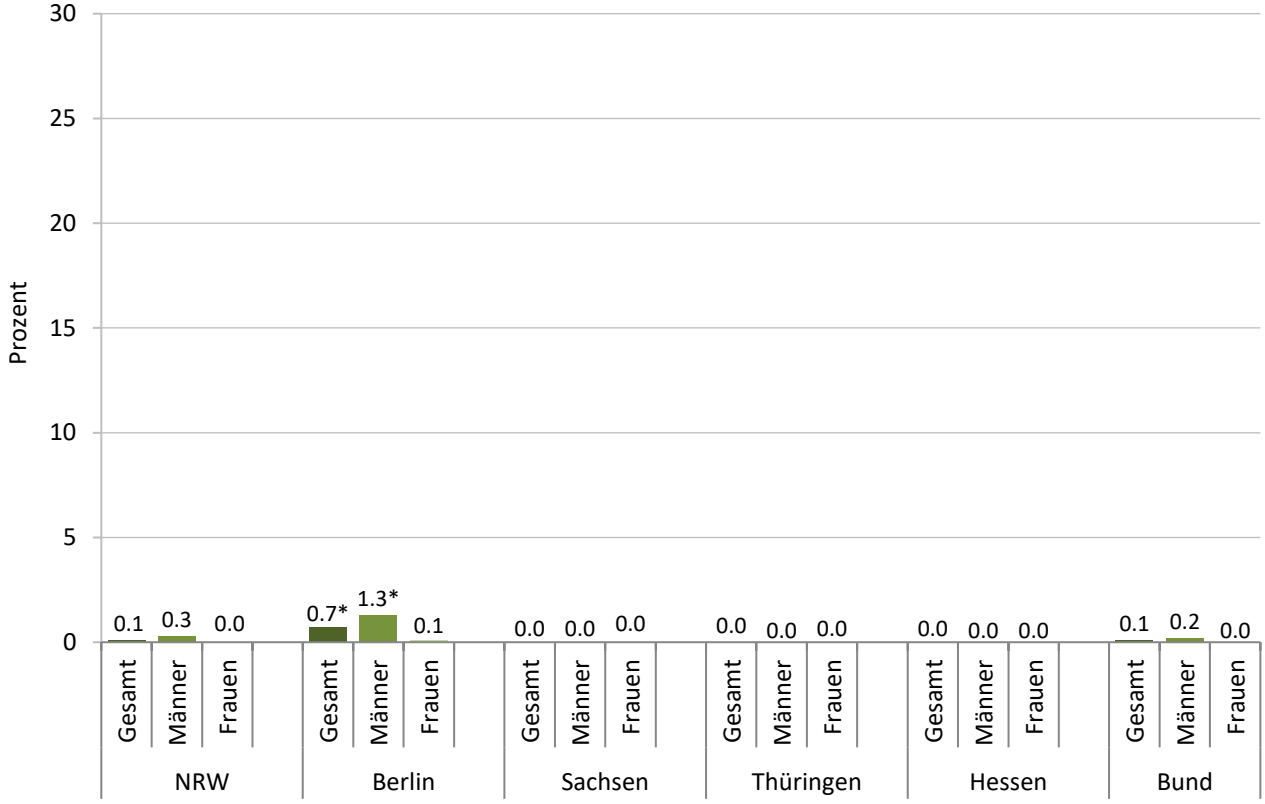

Abbildung 5-20: 12-Monats-Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV zwischen den Bundesländern und Altersgruppen wiesen keine auffälligen Unterschiede auf (Tabelle 5-16). Dennoch zeigte sich in Berlin in der Altersgruppe 40- bis 59-Jährigen eine signifikante Prävalenz (1.3 %).

Tabelle 5-16: 12-Monats-Prävalenz von Kokainmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
18-24	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
25-39	0.5	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3
40-59	0.0	1.3*	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.21 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminabhängigkeit nach DSM-IV

Den Kriterien des DSM-IV zufolge bestanden bei 0.2 % der bundesweiten Stichprobe Amphetamin-/Methamphetaminabhängigkeit (Abbildung 5-21). Signifikante Unterschiede zum Bund fanden sich keine.

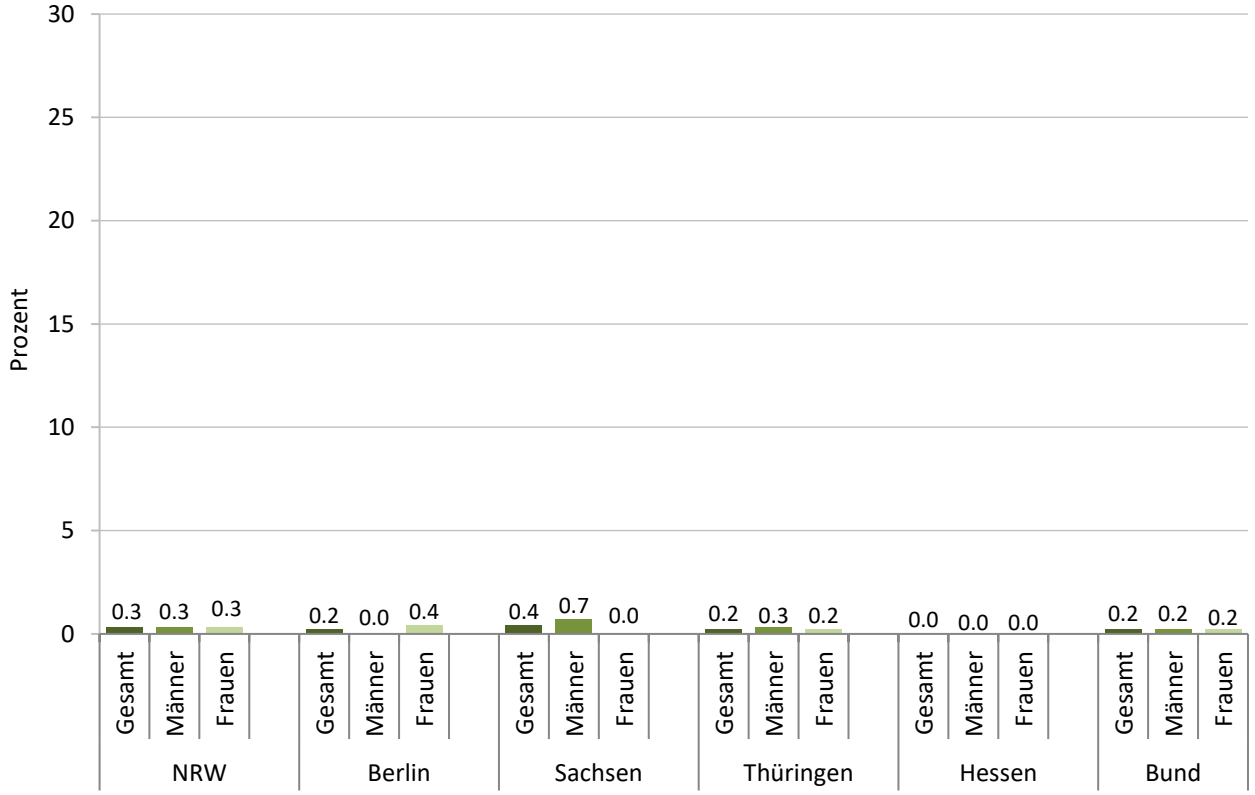

Abbildung 5-21: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Metamphetaminabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 5-17).

Tabelle 5-17: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-
18-24	1.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.7
25-39	0.4	0.3	1.1	0.7	0.0	0.4
40-59	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.22 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminmissbrauch nach DSM-IV

Den Kriterien des DSM-IV zufolge bestanden bei 0.1 % der bundesweiten Stichprobe Amphetamin-/Methamphetaminmissbrauch (Abbildung 5-22). Signifikante Unterschiede zum Bund fanden sich insgesamt und bei Männern (0.9 % vs. 0.1 % und 1.4 % vs. 0.1 %) in Berlin.

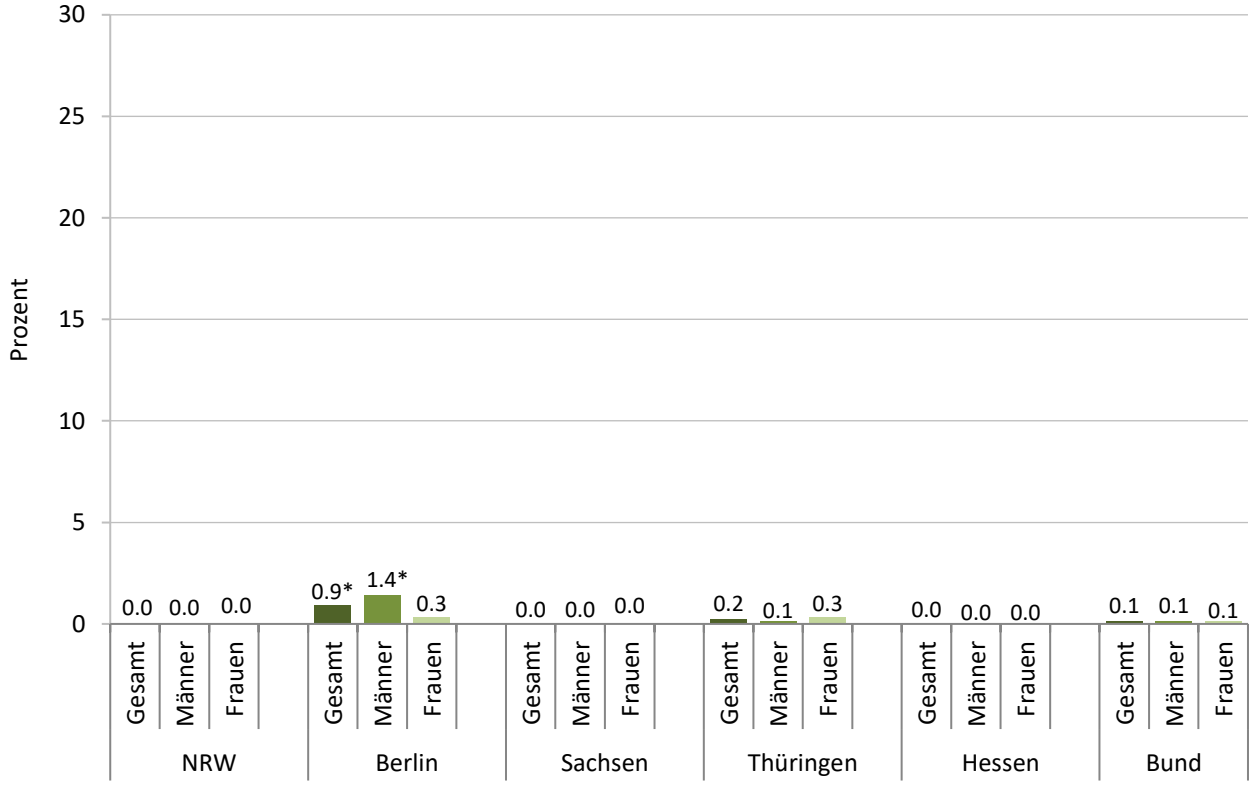

Abbildung 5-22: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Metamphetaminmissbrauch nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 5-18).

Tabelle 5-18: 12-Monats-Prävalenz von Amphetamin-/Methamphetaminmissbrauch nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.5	0.0	0.0	-	-
18-24	0.2	2.9	0.0	0.0	0.0	0.7
25-39	0.1	0.4	0.0	0.8	0.0	0.1
40-59	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.2 Trends 1990 bis 2018

5.2.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis

In den meisten Bundesländern verlief die Prävalenz des Cannabiskonsums mit starken Schwankungen mit einem Anstieg zwischen den 1990er Jahren und dem Jahr 2018 (Abbildung 5-23). Mit Ausnahme der Frauen in Hessen ist seit 2009 ein kontinuierlicher Anstieg im Cannabis Konsum zu beobachten.

In allen untersuchten Bundesländern war seit 1997 eine signifikante Zunahme des Cannabiskonsums bei den 18- bis 24-Jährigen und in Sachsen und Berlin auch bei den 25- bis 39-Jährigen zu beobachten (Tabelle 5-19).

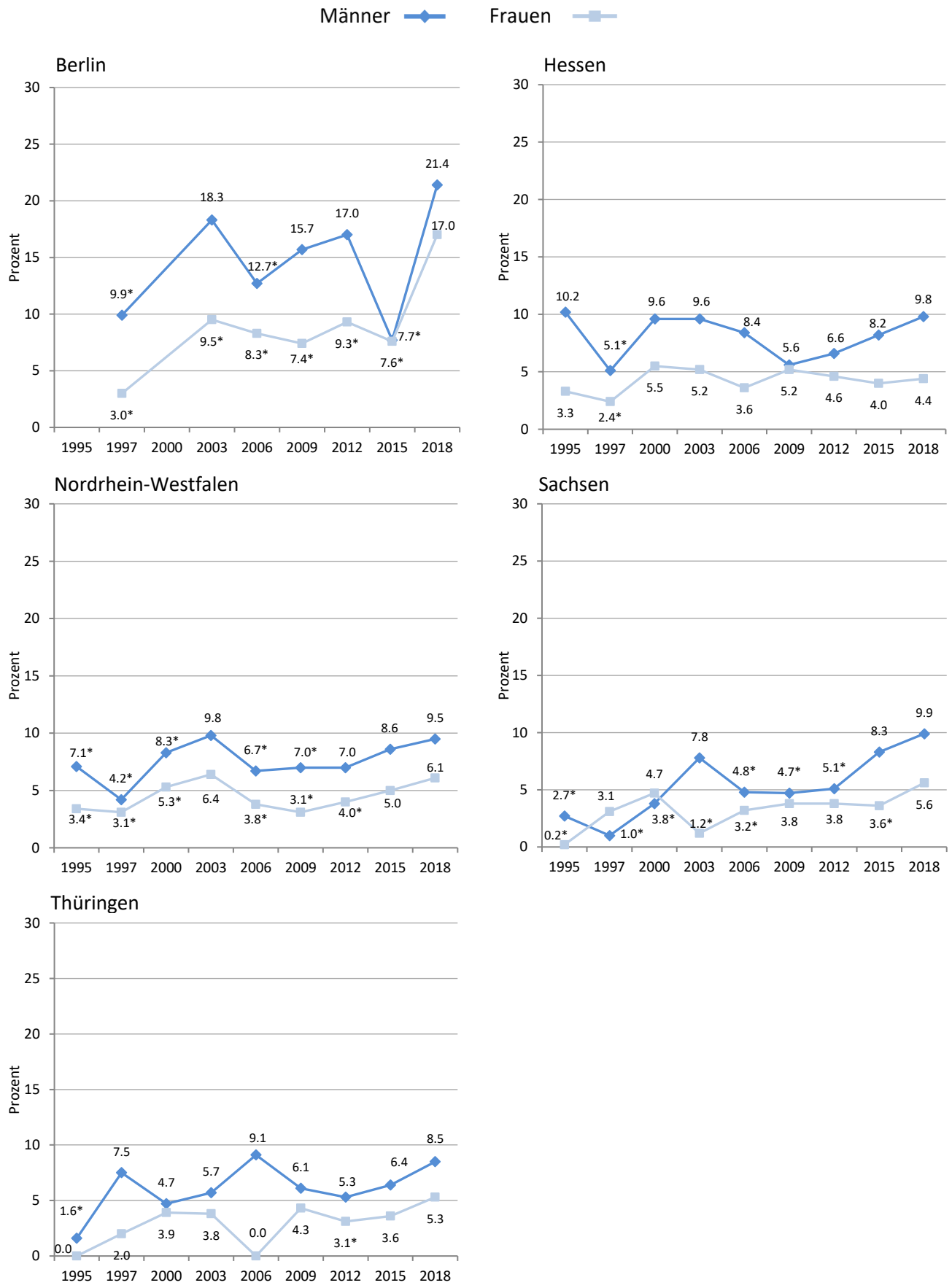

Abbildung 5-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 5-19: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	10.8	8.3	22.5	25.8	38.0	26.1	25.3	27.2	23.7	30.1
25-39	6.3	7.4	6.4*	15.9	23.9	14.1*	15.5	20.5	10.9*	25.3
40-59	4.9	1.6	2.3*	6.3	7.9*	5.1*	7.0	9.0*	4.4*	13.8
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2
Hessen										
18-24	8.7	26.1	8.5*	21.5	19.3	21.2	16.3	13.4*	22.6	22.5
25-39	3.3	7.6	5.0*	10.2	10.2	7.9	8.1	9.8	7.0	8.8
40-59	-	0.3*	1.2	2.0	2.9	1.2	0.9	1.3	1.3	2.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	1.1	0.0	0.7
NRW										
18-24	8.7	17.4*	9.5*	20.4*	22.9	19.1	15.1*	13.5*	20.3	23.7
25-39	2.8*	6.4*	5.0*	2.8*	10.3	6.9*	5.8*	8.9	6.3	9.4
40-59	-	0.6*	0.7*	0.5*	2.6	1.0*	1.8	1.7	3.6	2.5
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3
Sachsen										
18-24	2.6	5.2	6.1*	15.9	14.1	11.5*	12.2*	19.2	20.5	22.1
25-39	0.0	2.0*	3.0*	5.0*	5.9*	5.0*	6.6*	6.3	8.6	11.5
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.7	1.0	0.8	0.0	1.5	2.6
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.6	0.0	0.0	0.7
Thüringen										
18-24	1.9	2.1*	6.7	16.4	25.8	15.5	19.4	13.0	17.6	21.1
25-39	0.7	0.9*	10.3	4.4	2.2*	6.0	7.3	6.6	8.1	10.9
40-59	-	0.3	0.0	0.8	1.0	1.9	0.0	1.2	1.0	2.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.2.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen)

Mit Ausnahme von Berlin verlief die Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln in den Bundesländern im gesamten Zeitraum unter dem Niveau von 2.0 % (Abbildung 5-24). In Nordrhein-Westfalen und Berlin zeigten sich insbesondere in den Jahren 1997 und 2006 signifikante Änderungen.

Hinsichtlich der altersstratifizierten Trendverläufe waren in den meisten Bundesländern steigende Konsumwerte zu beobachten (Tabelle 5-20). Besondere Signifikanzen zeigten sich in den Jahren 1995, 1997 und 2006 in den Altersgruppen 18- bis 24-Jährigen, 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen in Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen.

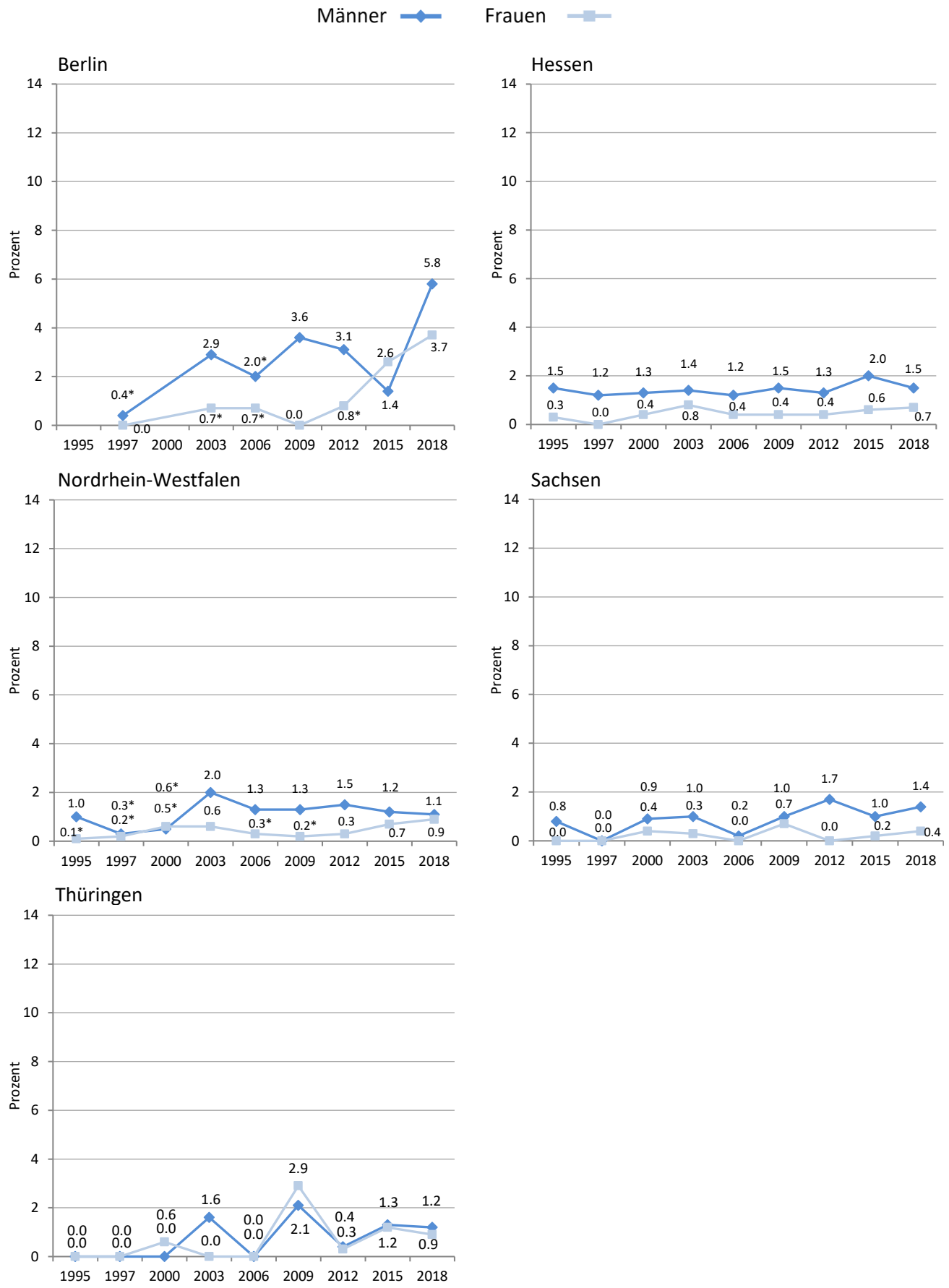

Abbildung 5-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 5-20: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	1.2	3.8	0.0	2.7	8.2	2.9	3.7	2.7	5.1	6.9
25-39	0.6	0.8	0.6*	2.0	2.3	2.2*	1.6	3.8	3.4	7.7
40-59	0.0	0.4	0.3*	0.7	0.7	0.2*	1.7	1.4	1.4	2.9
60-64	-	-	-	-	-	0.3	1.3	0.4	0.8	1.7
Hessen										
18-24	1.3	5.1	2.2	3.5	2.2	3.9	2.7	3.4	2.2	1.5
25-39	0.0	0.4*	0.7*	1.1	1.1	1.0	1.8	1.3	1.4	2.6
40-59	-	0.2*	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NRW										
18-24	0.9	2.8	0.3*	1.7	4.0	2.8	3.1	1.7	2.1	1.8
25-39	0.6	0.4	0.5*	0.2*	1.9	1.1	0.9	1.0	1.7	1.8
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.8	0.2	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen										
18-24	0.0	0.0	0.0	1.7	0.9	0.8	1.4	0.7	1.7	0.5
25-39	0.0	1.1	0.0	0.5	1.4	0.0	2.1	1.2	1.1	1.8
40-59	-	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.4
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen										
18-24	0.0	0.0	0.0	2.2	5.9	0.0	4.8	1.7	2.2	2.5
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	0.5	2.7	2.1
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.2.3 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy

In den meisten Bundesländern zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums einen relativ gleichmäßigen Verlauf (Abbildung 5-25). Für Thüringen konnte keine signifikante Veränderung der Werte von 1995 bis zum jetzigen Erhebungszeitpunkt festgestellt werden. Ansteigende Konsumtrends wurden seit 1997 bei Männern in Berlin, Hessen und Sachsen sowie seit 2000 bei Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen registriert.

In den einzelnen Altersgruppen verliefen die Trends des Ecstasykonsums unterschiedlich (Tabelle 5-21). Ein signifikanter Anstieg der Prävalenz zeigte sich bei 25- bis 39-Jährigen bundesweit sowie bei 18- bis 24-Jährigen in Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen.

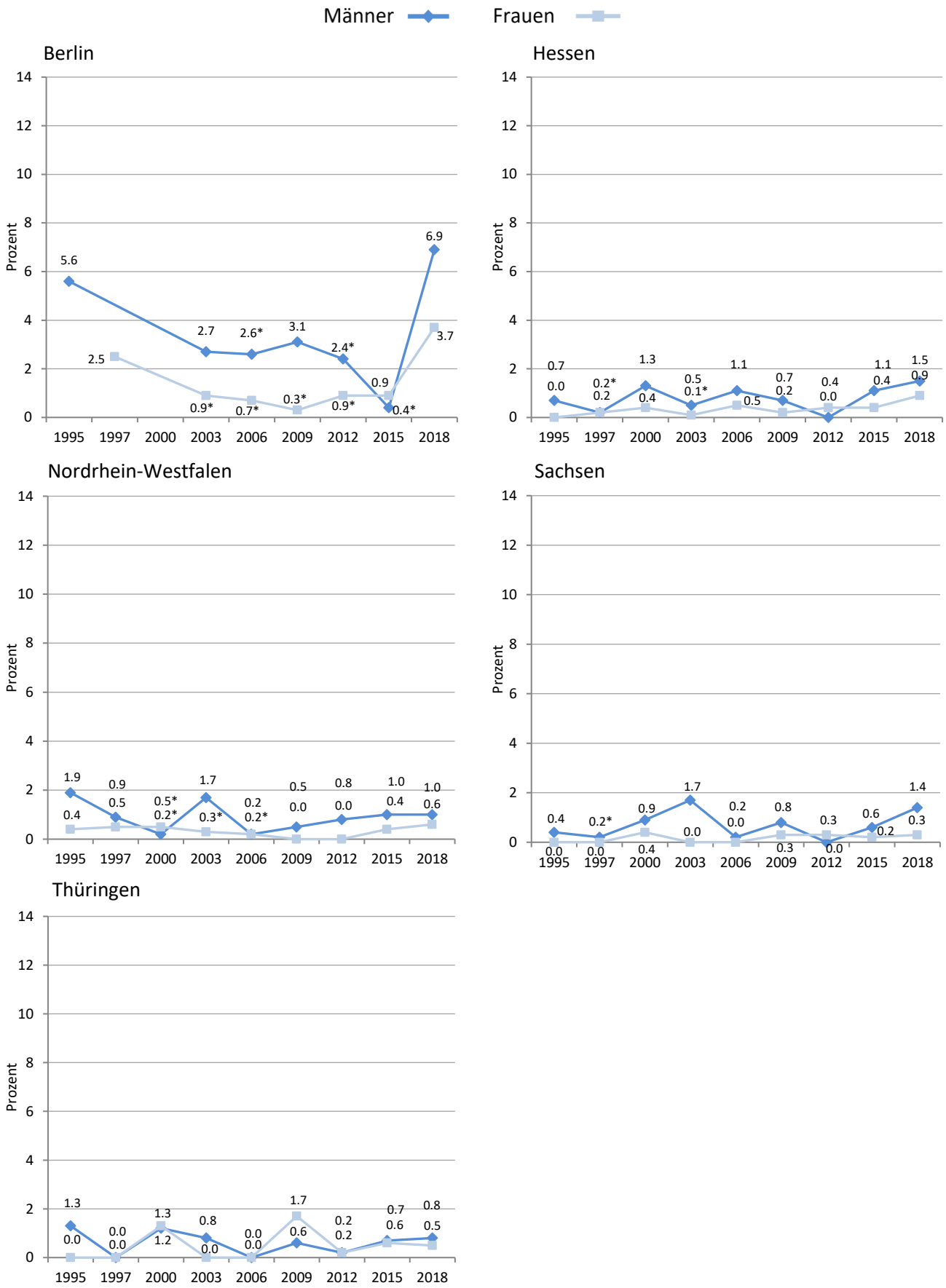

Abbildung 5-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 5-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	7.9	16.0	6.1	5.9	2.2*	2.8	2.0*	3.5	7.5
25-39	3.7	4.4	4.0	3.2	3.2*	1.7	3.0*	0.9	7.9
40-59	0.4	1.2*	1.5	1.4	0.8*	1.7	1.0*	0.4	3.5
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.3	0.6	0.0	2.5
Hessen									
18-24	2.1	0.0	3.5	0.4	6.2	2.1	1.2	1.7	3.2
25-39	0.0	0.5	1.1	0.0	0.0	0.5	0.0	0.3*	2.2
40-59	0.2*	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NRW									
18-24	5.4	1.1	1.1*	2.4	0.9*	1.3	0.7	2.4	2.4
25-39	1.0	1.4	0.1*	1.9	0.3	0.2	0.4	0.8	1.4
40-59	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.0
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen									
18-24	0.0	0.2	3.3*	0.0	0.8	1.1	1.1	1.9	0.2
25-39	0.5	0.2*	0.5	1.5	0.0	1.2	0.0	0.5	1.6
40-59	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	2.1	0.0	4.4	2.8	0.0	3.3	1.7	2.1	2.6
25-39	0.9	0.0*	1.6	0.0	0.0	2.0	0.0	1.2	1.2
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.2.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD

Die Trenddaten in allen Bundesländern wiesen auf eine konstant niedrige Konsumprävalenz von LSD in den letzten 12 Monaten hin (Abbildung 5-26). Unterschiede zu den Werten von 2018 waren in Thüringen und Berlin statistisch nicht signifikant, sowohl für die Verläufe männlicher als auch weiblicher Personen. Im Vergleich von Männern und Frauen in Nord-rhein-Westfalen im Jahr 2000 war die Prävalenz im Jahr 2018 signifikant niedriger.

Auch in den untersuchten Altersgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Konsum von LSD über die Zeit (Tabelle 5-22).

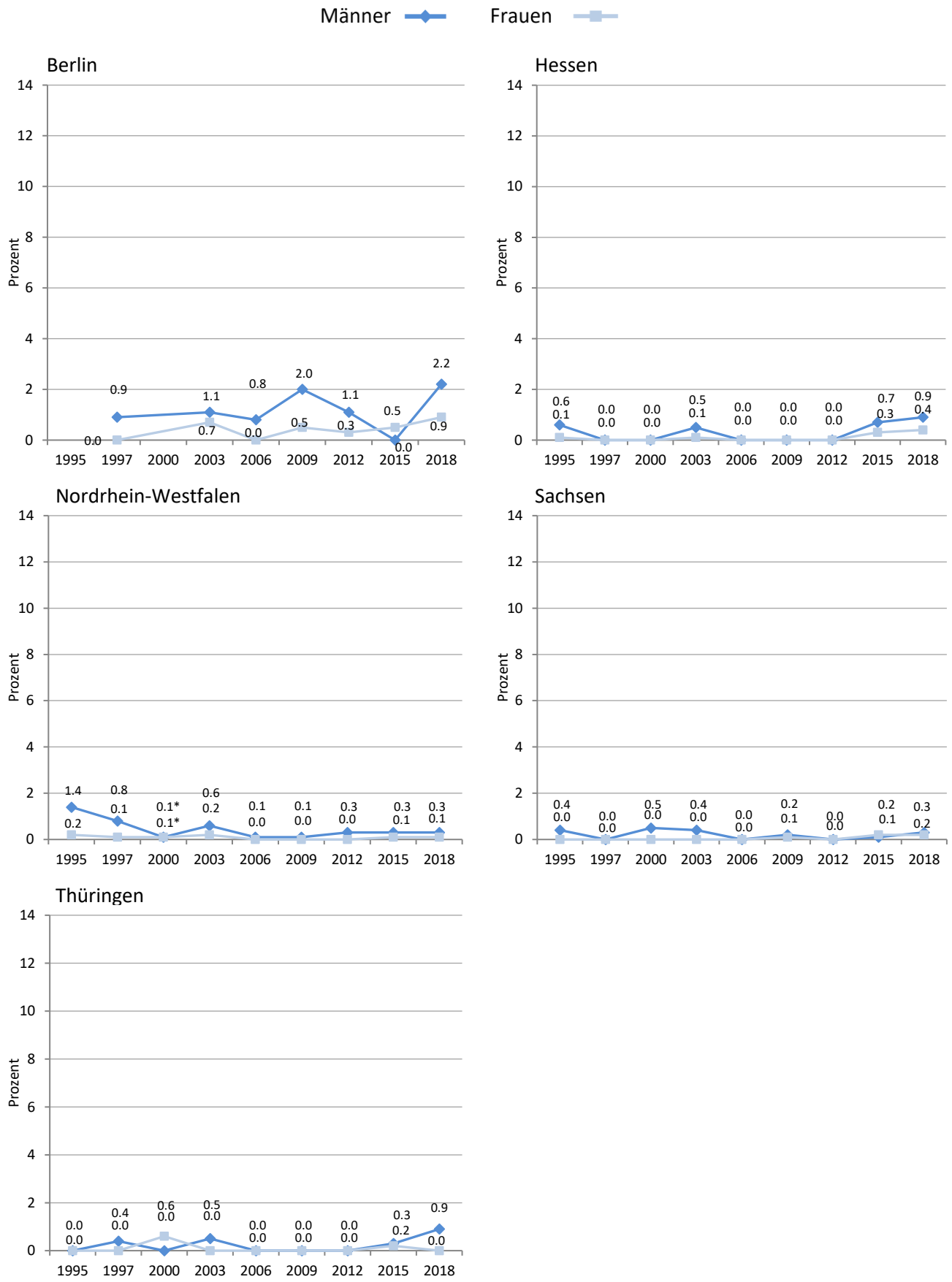

Abbildung 5-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Tabelle 5-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	0.2	2.6	0.0	2.6	0.0	0.9	1.6	1.1	0.0	1.7
25-39	0.0	1.0	1.2	0.5	2.6	0.4*	0.8	1.4	0.9	2.7
40-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	0.3	1.3	0.0	0.0	0.5
Hessen										
18-24	0.2	2.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	1.3	2.5
25-39	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.9
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NRW										
18-24	0.3	3.0	1.5	0.3	1.8	0.0	0.4	0.0	0.1	0.4
25-39	0.1	0.9	0.4	0.0	0.5	0.2	0.0	0.2	0.3	0.4
40-59	-	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
Sachsen										
18-24	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.2
25-39	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.1	0.6
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen										
18-24	0.0	0.0	1.3	2.2	1.8	0.0	0.0	0.0	1.1	1.3
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.1
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten

Prävalenzen für den Konsum von Heroin/anderen Opiaten in den letzten 12 Monaten lagen deutlich unter 1 %, außer für Männer in den Regionen Berlin und Hessen (Abbildung 5-27). Die geschlechterspezifischen Trenddaten unterschieden sich häufig nur marginal.

Höhere Prävalenzen zeigten sich vereinzelt in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 5-23).

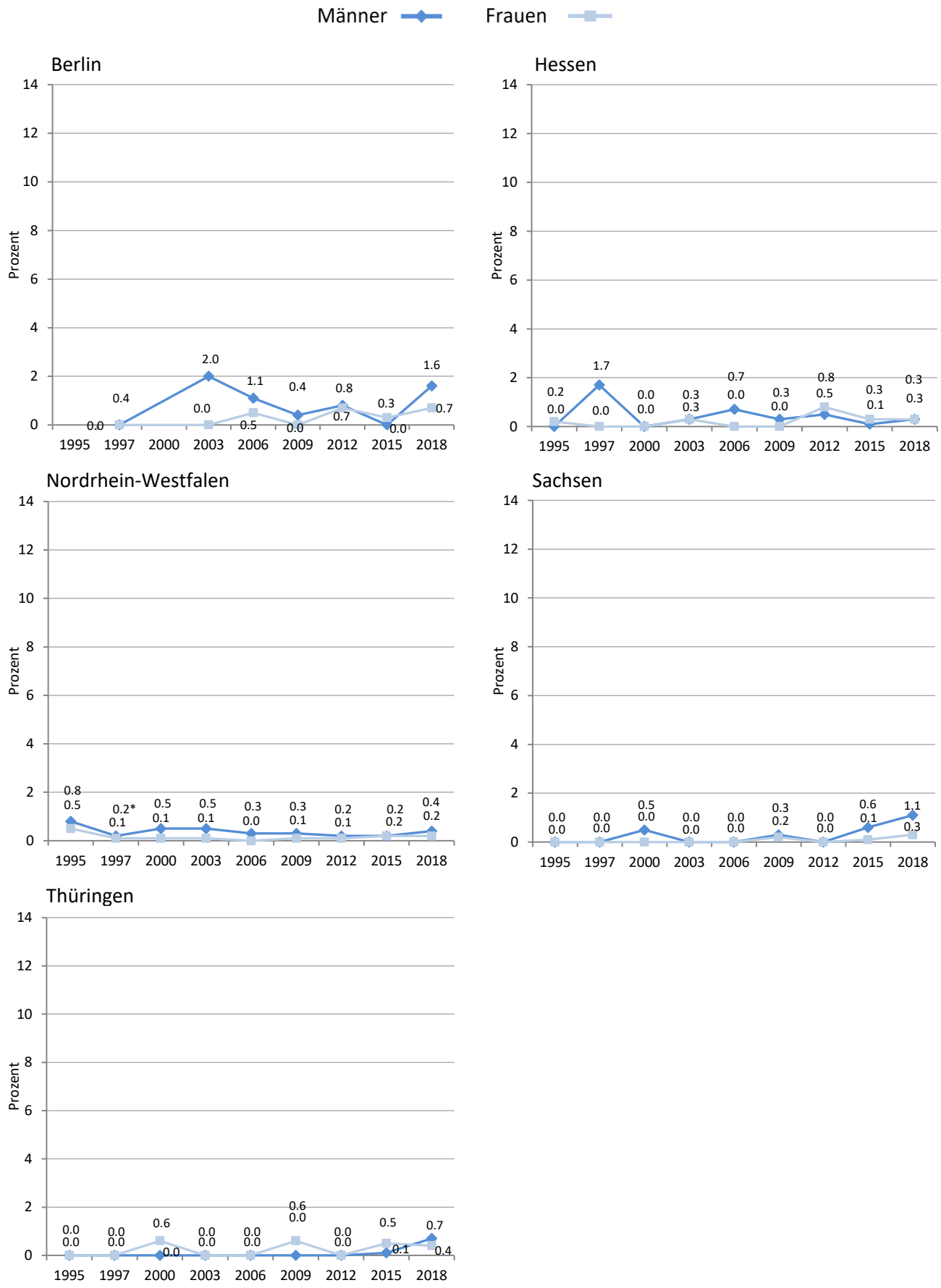

Abbildung 5-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 5-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	0.4	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.4	1.6	2.3
25-39	0.0	0.2	0.0	0.0	2.9	1.4	0.0	1.2	0.0	1.0
40-59	0.0	0.1	0.0	0.0	1.3	0.8	0.0	0.7	0.0	0.8
60-64	-	-	-	-	-	0.6	0.0	0.4	0.0	1.1
Hessen										
18-24	0.5	0.0	4.5	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.4	0.5
25-39	0.1	0.3	0.4	0.0	0.4	1.0	0.5	0.9	0.1	0.2
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.2	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
NRW										
18-24	0.3	2.5	0.0	0.8	0.4	0.0	0.5	0.0	0.1	0.8
25-39	0.2	0.7	0.3	0.2	0.5	0.4	0.3	0.2	0.5	0.3
40-59	-	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
Sachsen										
18-24	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.8
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.4	1.1
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4	0.4
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen										
18-24	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.8
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5	1.5
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.2.6 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack

In den letzten 20 Jahren zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack keine bedeutsamen Änderungen, mit der Ausnahme von Berlin (Abbildung 5-28). Der Konsum in Berlin ist signifikant angestiegen und erreichte im Jahr 2018 den bisher höchsten Wert.

Bei den jüngeren Altersgruppen der 18- bis 39-Jährigen in Berlin, Nordrhein-Westfalen und Thüringen sind vereinzelt einige signifikant erhöhte Prävalenzen im Vergleich zum Jahr 2018 erkennbar (Tabelle 5-24).

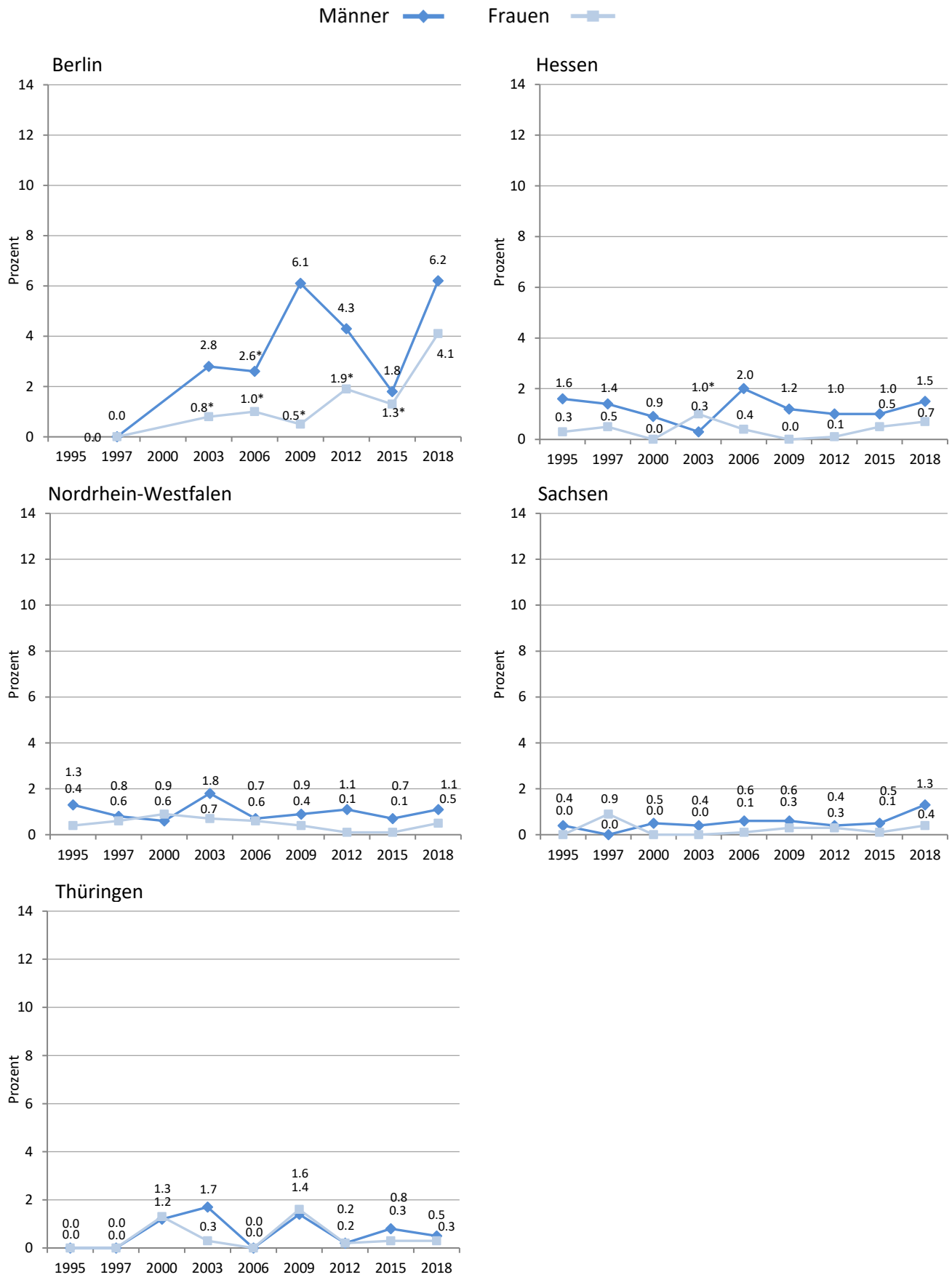

Abbildung 5-28: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018

Tabelle 5-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	2.5	1.4	0.0	7.7	3.6	2.0	7.5	2.6	5.3	5.0
25-39	1.4	0.9	0.0	3.1	3.9	3.3*	2.5	6.5	1.7	7.4
40-59	0.7	0.4	0.0	1.0	1.4	1.3	2.7	2.6	1.0	3.8
60-64	-	-	-	-	-	0.6	2.7	0.6	0.8	3.3
Hessen										
18-24	1.1	0.0	1.4	2.0	1.9	3.6	1.4	2.6	1.5	1.3
25-39	0.4	2.3	0.5	0.5	1.1	2.3	1.3	0.9	0.8	1.8
40-59	-	0.2*	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NRW										
18-24	0.5	2.9*	1.4	1.9	3.0*	1.4	2.2*	0.5	1.0	0.6
25-39	0.4	1.1	1.3	0.5	1.9	1.4	0.8	0.8	0.4	1.1
40-59	-	0.1*	0.1*	0.0	0.3	0.0	0.2	0.6	0.2	0.6
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	-
Sachsen										
18-24	0.0	0.0	2.4	1.7	0.0	2.4	0.2	2.4	0.5	0.0
25-39	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	1.4	0.0	0.7	1.4
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
Thüringen										
18-24	0.0	0.0	0.0	4.4	5.6*	0.0	4.5*	1.7	1.8	0.6
25-39	0.0	0.0	0.0	1.6	0.6	0.0	2.7	0.0	1.0	0.9
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.2.7 Trends der Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV

Im Jahr 2018 zeigten in Berlin signifikant mehr Männer eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV als in den Jahren zuvor auf (Abbildung 5-29). Geschlechterspezifische Unterschiede zeigten sich vor allem in Berlin und Nordrhein-Westfalen.

Eine Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV lag in den Altersgruppen 18- bis 24-Jährige, 25- bis 39-Jährige und 40- bis 59-Jährige vor, wie dies in den Prävalenzen aus Berlin und Nordrhein-Westfalen sichtbar wird (Tabelle 5-25).

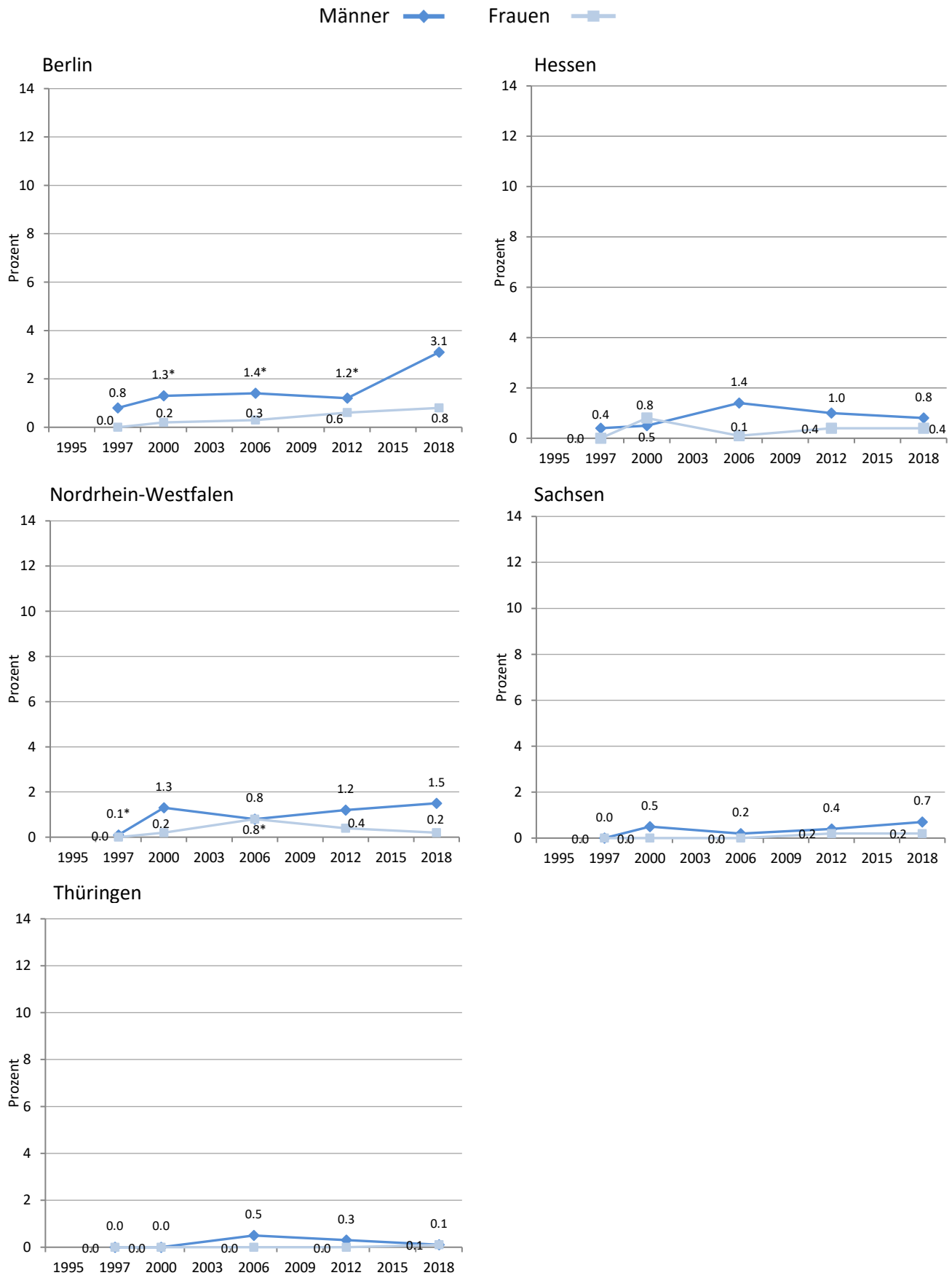

Abbildung 5-29: Trends der Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018

Tabelle 5-25: Trends der Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	-	2.7	1.8*	-	3.5	-	1.4*	-	4.6
25-39	-	-	0.0	0.7*	-	0.3*	-	1.2*	-	1.6
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.3	-	0.5
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.3	-	0.5
Hessen										
18-24	-	-	0.0	2.0	-	3.9	-	2.4	-	2.7
25-39	-	-	0.4	0.9	-	0.9	-	1.2	-	0.5
40-59	-	-	0.1	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
NRW										
18-24	-	-	0.0	4.5	-	2.8	-	1.4	-	1.9
25-39	-	-	0.2	0.5	-	1.1	-	1.4	-	0.6
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.2*	-	0.3	-	0.7
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Sachsen										
18-24	-	-	0.0	1.7	-	0.8	-	2.0	-	1.4
25-39	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.9
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Thüringen										
18-24	-	-	0.0	0.0	-	2.2	-	0.0	-	0.5
25-39	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.5	-	0.2
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.2.8 Trends des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV

In den Bundesländern zeigte sich – neben Schwankungen - ein konstanter zeitlicher Verlauf bis zum Jahr 2018. In den Bundesländern Berlin, Sachsen und Thüringen war eine Zunahme des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV erkennbar (Abbildung 5-30).

Ein Cannabismissbrauch nach DSM-IV ließ sich hauptsächlich in den jungen Altersgruppe 18- bis 24-Jährigen erkennen (Tabelle 5-26). Signifikant höhere Werte waren dabei in Berlin in den Jahren 2000, 2006 und 2012 zu finden.

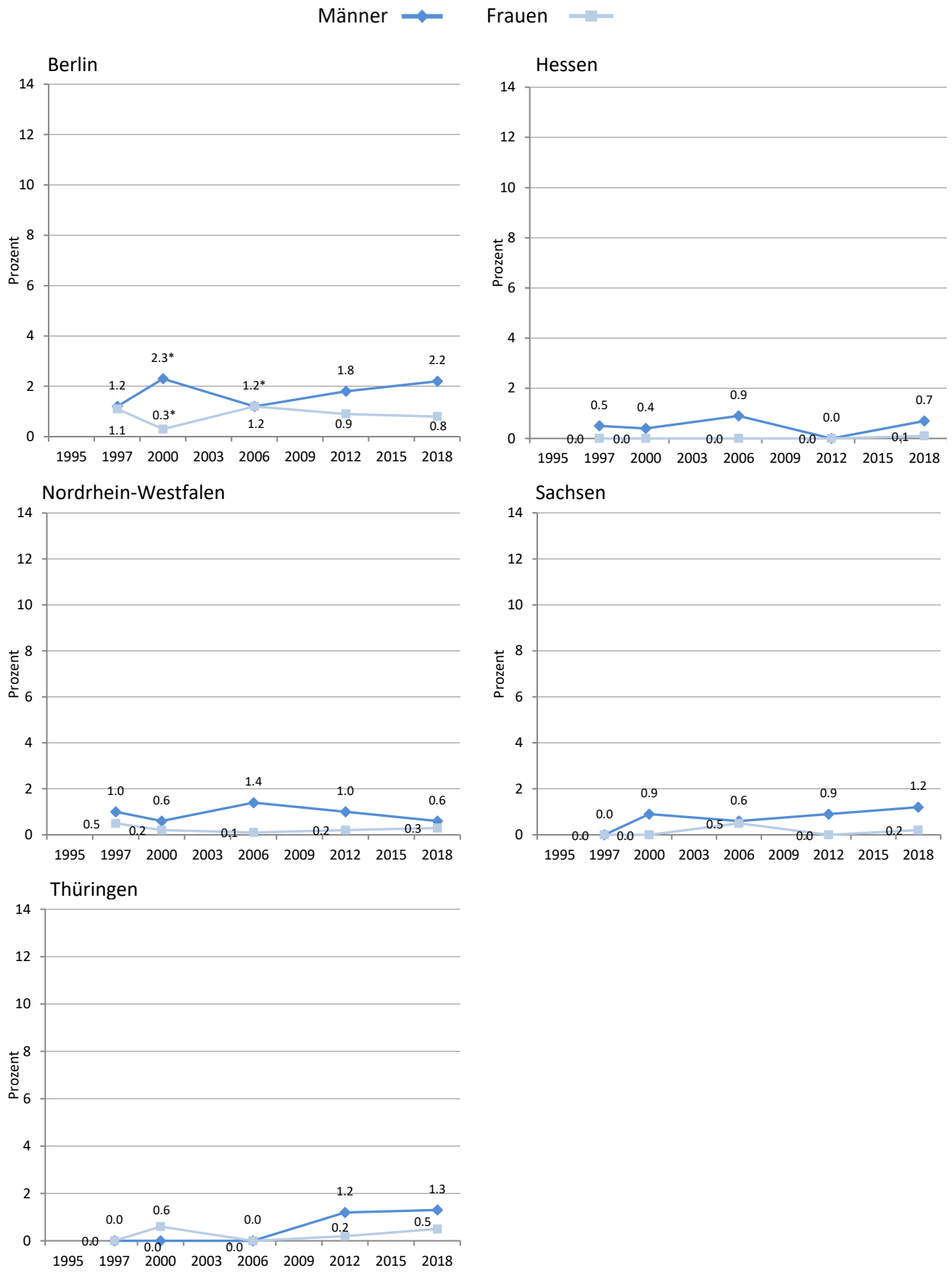

Abbildung 5-30: Trends des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018

Tabelle 5-26: Trends des Cannabismissbrauchs nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	-	7.8	4.6*	-	3.2*	-	4.7*	-	2.7
25-39	-	-	0.0	0.5	-	0.8	-	0.5*	-	1.7
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.6	-	0.4	-	0.0
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Hessen										
18-24	-	-	0.0	0.0	-	2.0	-	0.5	-	0.4
25-39	-	-	1.0	0.6	-	0.7	-	0.0	-	1.0
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.4	-	0.0
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
NRW										
18-24	-	-	2.4	2.8	-	3.3	-	1.5	-	1.6
25-39	-	-	0.9	0.2	-	0.7	-	0.8	-	0.7
40-59	-	-	0.0*	0.0	-	0.2	-	0.4	-	0.0
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Sachsen										
18-24	-	-	0.0	3.3	-	2.4	-	0.7	-	1.0
25-39	-	-	0.0	0.0	-	0.6	-	1.2	-	1.2
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.3
60-64	-	-	-	-	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Thüringen										
18-24	-	-	0.0	2.2	-	0.0	-	1.1	-	2.6
25-39	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	1.2	-	1.6
40-59	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.3	-	0.2
60-64	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

5.3 Sonderauswertung Methamphetamin

5.3.1 Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin

Bundesweit berichteten 0.8 % der Befragten (1.0 % der Männer und 0.6 % der Frauen) schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben (Abbildung 5-31). Bei Frauen in Sachsen (2.0 %) sowie bei Frauen in Thüringen (2.4 %) lag die Prävalenz signifikant darüber, ebenso wie der geschlechteraggregierte Wert in den beiden Bundesländern (2.3 bzw. 3.1 %).

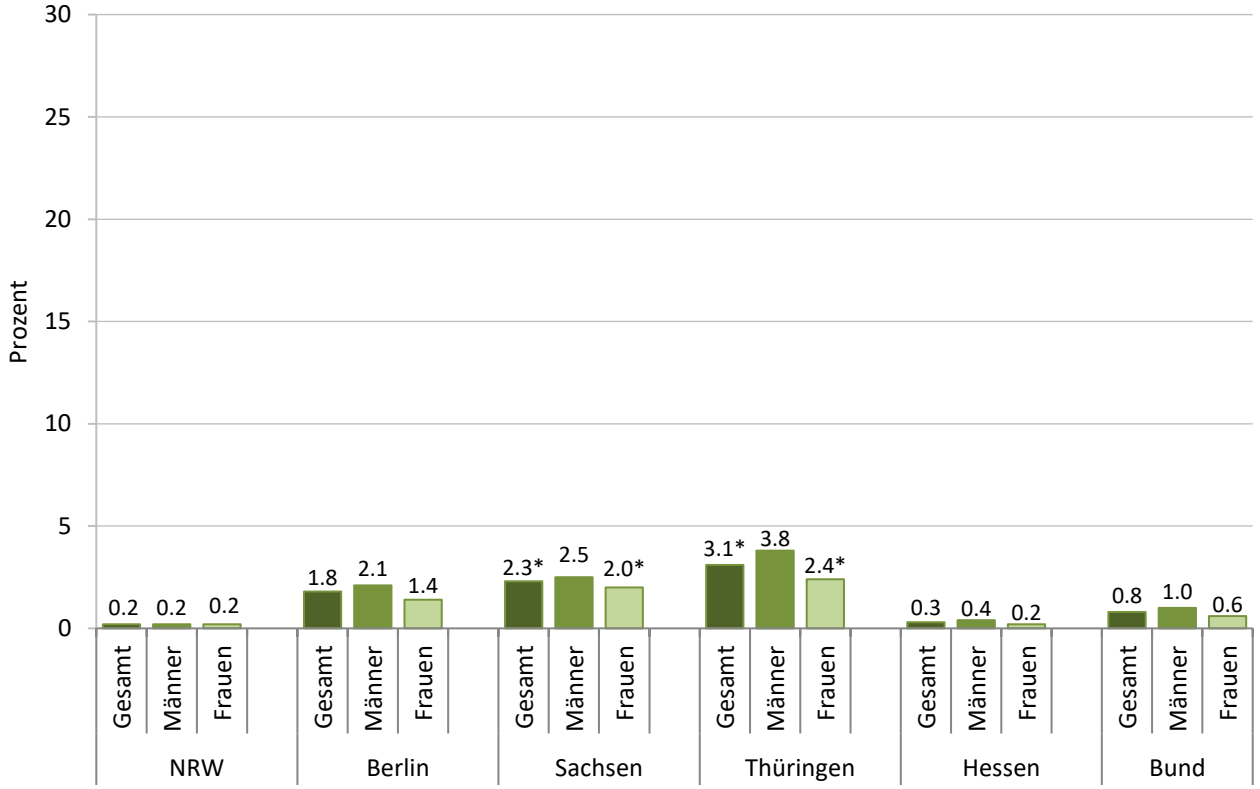

Abbildung 5-31: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei Betrachtung der Altersgruppen zeigten sich gegenüber dem Bund (0.8 %) signifikant erhöhte Werte unter 18- bis 24-Jährigen in Thüringen und unter den 25- bis 39-Jährigen in Sachsen und Thüringen (Tabelle 5-27). Von den 15- bis 17-Jährigen berichteten 0.1 % in Sachsen den Konsum von Methamphetamin.

Tabelle 5-27: Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.1	0.0		
18-24	0.0	2.4	0.4	5.2*	0.2	1.0
25-39	0.4	2.4	5.9*	8.6*	0.1	1.6
40-59	0.2	1.4	0.8	0.1	0.5	0.5
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.3.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin

Im Vergleich mit der Lebenszeit-Prävalenz lag die 12-Monats-Prävalenz des Methamphetaminkonsums deutlich niedriger (Abbildung 5-32). Bundesweit betrug sie für Männer 0.3 % und Frauen 0.1 %. Von den Befragten aus Hessen und NRW sowie von den weiblichen Befragten in Berlin hatte in diesem Zeitraum keine Person Methamphetamin konsumiert.

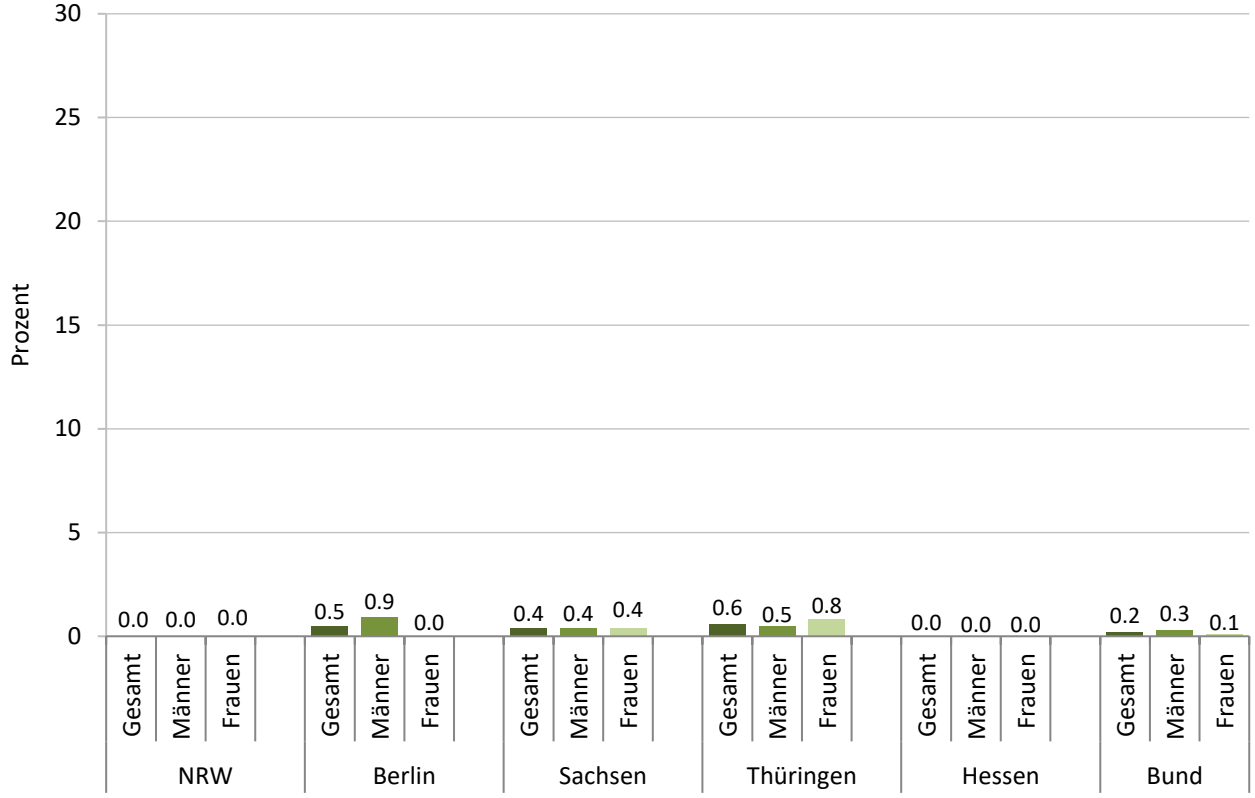

Abbildung 5-32: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Innerhalb der Altersgruppen lag die bundesweite 12-Monats-Prävalenz zwischen 0.0 % für 60- bis 64-Jährige und 2.1 % für 18- bis 24-Jährige (Tabelle 5-28). Bei den 25- bis 39-Jährige in Thüringen lag die Prävalenz signifikant über der des Bundes.

Tabelle 5-28: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.0	0.0		
18-24	0.0	2.1	0.0	1.1	0.0	0.3
25-39	0.0	0.5	1.3	1.8*	0.0	0.3
40-59	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.4 Sonderauswertung neue psychoaktive Substanzen

5.4.1 Lebenszeit-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen

Je nach Bundesland berichteten zwischen 1.4 % (Nordrhein-Westfalen) und 6.9 % (Berlin) der Männer sowie zwischen 2.1 % (Sachsen) und 2.9 % (Hessen) der Frauen, bereits Erfahrungen mit dem Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) gemacht zu haben (Abbildung 5-33). Die Prävalenzen in Berlin waren bei den Männern und insgesamt signifikant höher als im Bund. Im Vergleich zum Bund war der Konsum der Männer in NRW signifikant geringer (3.1 % vs. 1.4 %).

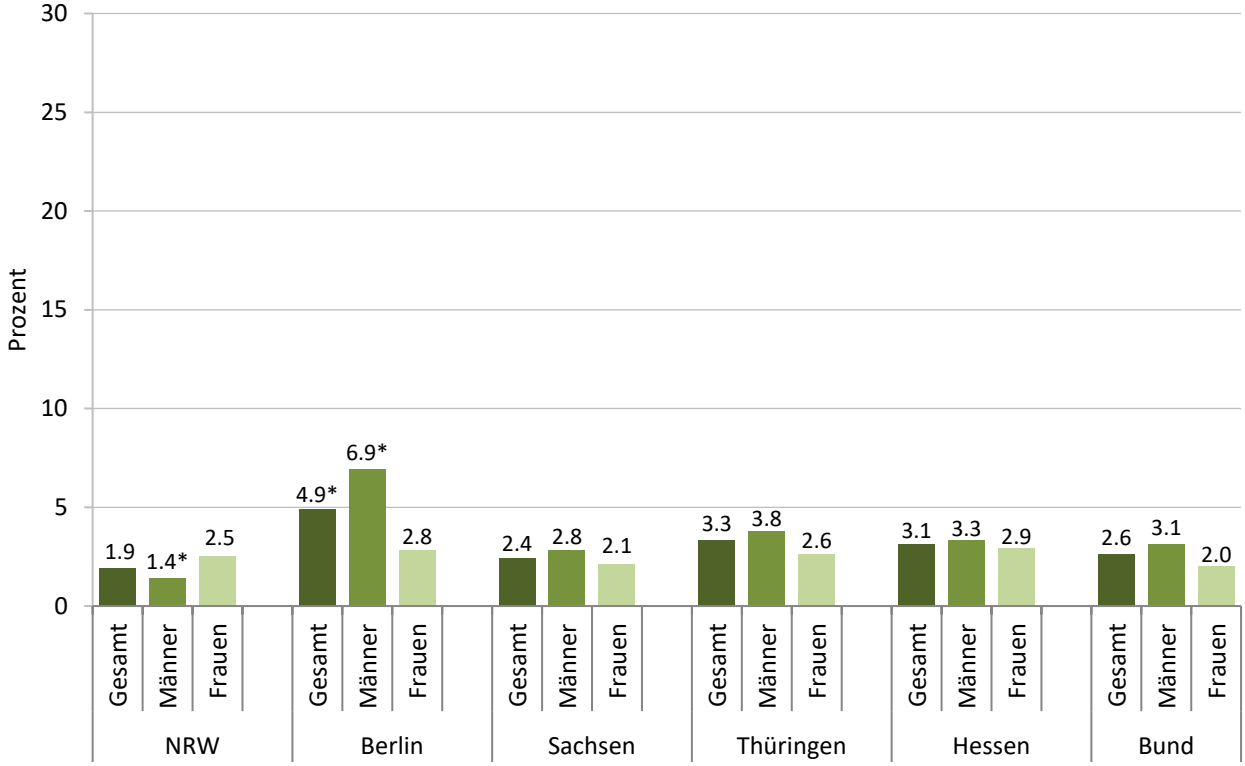

Abbildung 5-33: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die Lebenszeit-Prävalenz innerhalb der Altersgruppen war mit 8.1 % für 25- bis 39-Jährige in Thüringen am höchsten (Tabelle 5-29). Im Vergleich zum Bund wiesen 25- bis 39-Jährige in Thüringen und 40- bis 59-Jährige in Berlin eine signifikant höhere Prävalenz auf.

Tabelle 5-29: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.3	2.2	4.7	1.5	-	-
18-24	4.6	5.1	3.3	5.7	5.7	5.1
25-39	3.1	5.4	4.7	8.1*	3.0	3.8
40-59	0.6	5.0*	1.0	0.7	3.0	1.5
60-64	1.4	1.8	1.3	0	0.7	0.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten. Bei Nullzellen keine Signifikanztestung möglich.

5.4.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen

Insgesamt gaben 0.9 % der Gesamtstichprobe den Konsum von NPS in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung an (Abbildung 5-34). Die geschlechterspezifische Verteilung im Bund lag bei den Männern bei 1.1 % und bei den Frauen bei 0.8 %. Unterschiede der Konsumprävalenzen in den Bundesländern zu den Bundesdaten waren nicht signifikant.

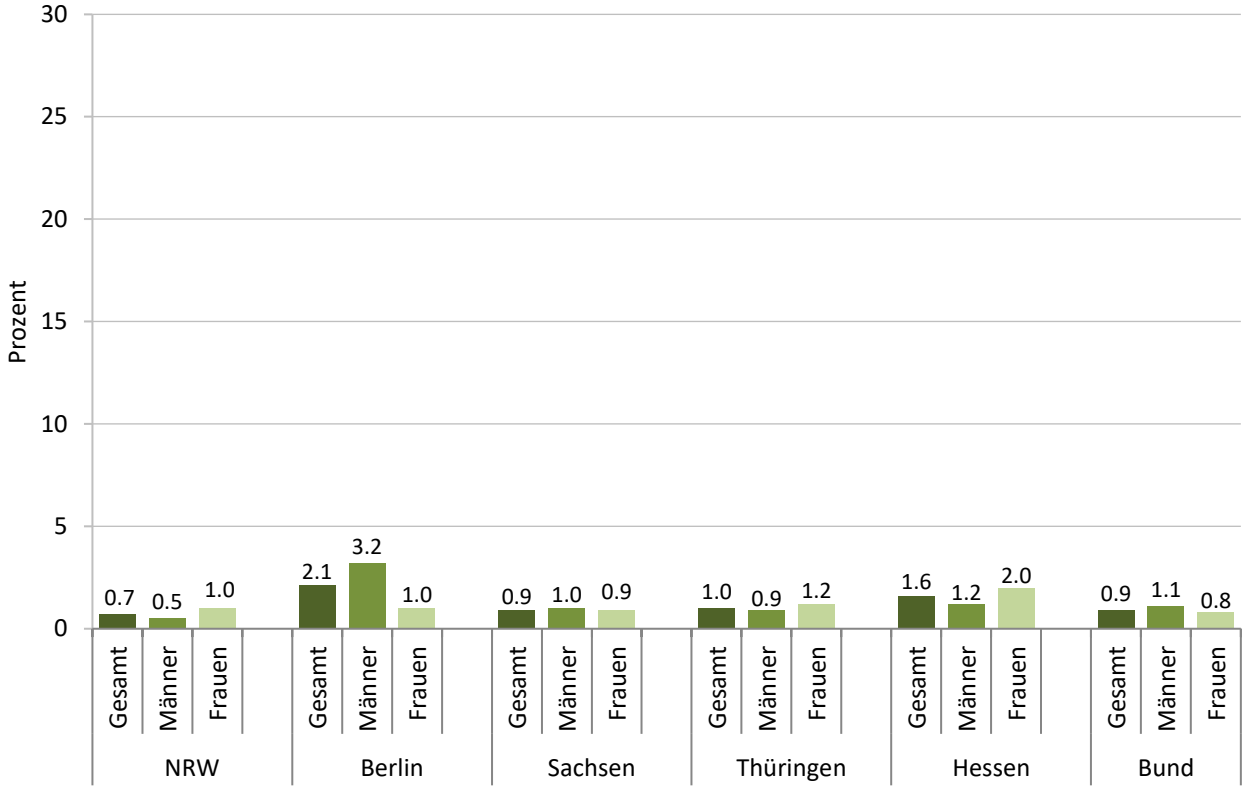

Abbildung 5-34: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland

Die Konsumwerte der verschiedenen Altersgruppen wiesen ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zu den Konsumprävalenzen im Bund auf (Tabelle 5-30). Unter den 15- bis 17-Jährigen hatten in NRW 1.1 %, in Berlin 1.8 %, in Sachen 4.2 %, und in Thüringen 1.5 % in den letzten 12 Monaten NPS konsumiert.

Tabelle 5-30: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.1	1.8	4.2	1.5	-	-
18-24	2.6	2.5	1.7	3.9	2.4	2.2
25-39	0.5	2.3	1.7	2.1	1.5	1.0
40-59	0.3	2.2	0.2	0.2	1.7	0.6
60-64	1.0	0.7	1.3	0.0	0.7	0.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6 Medikamente

6.1 Die Situation im Jahr 2018

6.1.1 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

Bundesweit haben 76.2 % der Frauen und 61.3 % der Männer in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel eingenommen (Abbildung 6-1). Vergleichbare Zahlen fanden sich in Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen. In Sachsen hatten mit 69.8 % signifikant weniger Frauen und mit 52.7 % signifikant weniger Männer Schmerzmittel eingenommen als im Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus war in Sachsen und Thüringen die Gesamtprävalenz niedriger als im Bund.

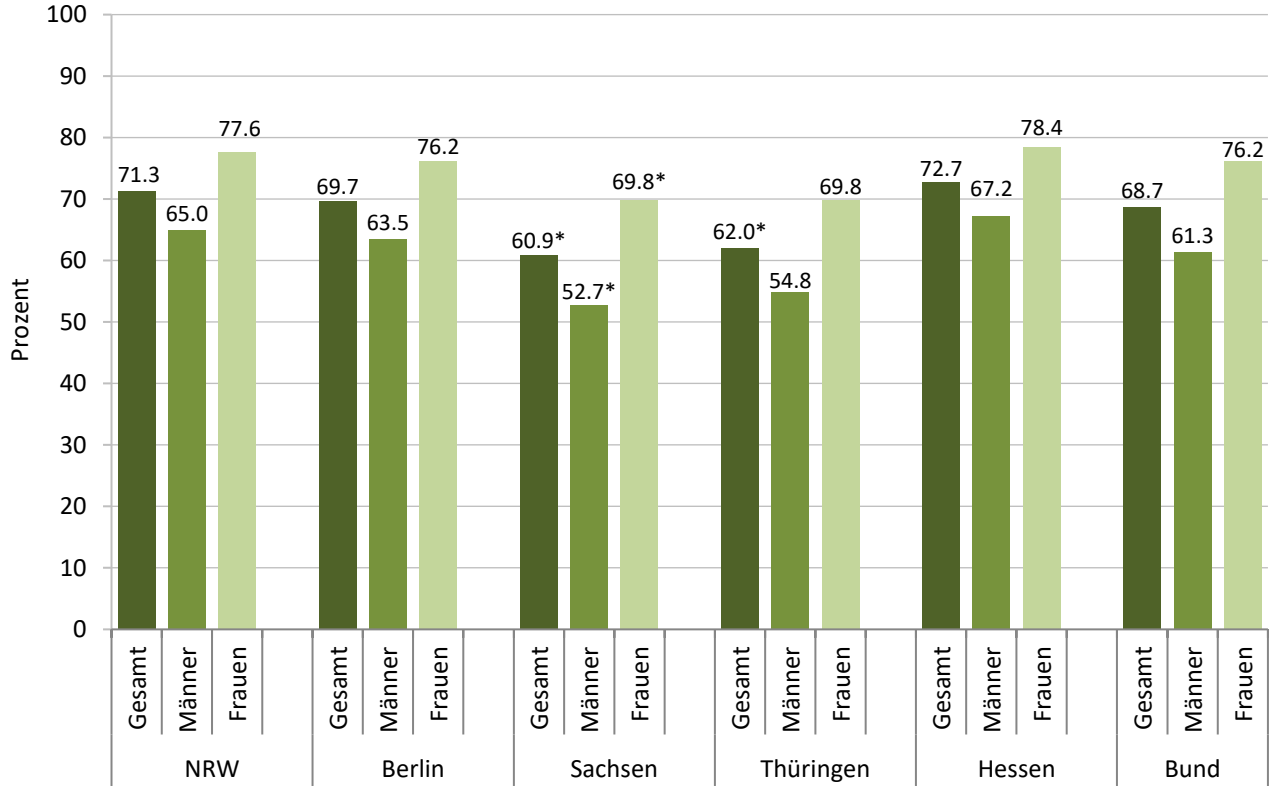

Abbildung 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Nordrhein-Westfalen, Berlin und Hessen war die Prävalenz in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen am höchsten (Tabelle 6-1). Unterschiede im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt ergaben sich für 25- bis 39-Jährige und 40- bis 59-Jährige in Sachsen.

Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	54.5	45.8	48.5	54.7	-	-
18-24	70.0	68.6	64.3	59.9	64.9	68.8
25-39	74.1	73.8	63.4*	65.8	73.4	71.8
40-59	73.0	68.8	61.5*	61.7	77.4	69.9
60-64	56.1	57.5	50.1	55.8	58.0	53.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

Schlaf- oder Beruhigungsmittel wurden durchschnittlich von 7.9 % der deutschen Frauen und 6.4 % der Männer im Verlauf des letzten Jahres eingenommen (Abbildung 6-2). Männer in Nordrhein-Westfalen (3.5 %) zeigten im Vergleich dazu einen signifikant niedrigeren Wert. In Berlin und Thüringen war die Gesamtprävalenz des Gebrauchs höher als im Bund.

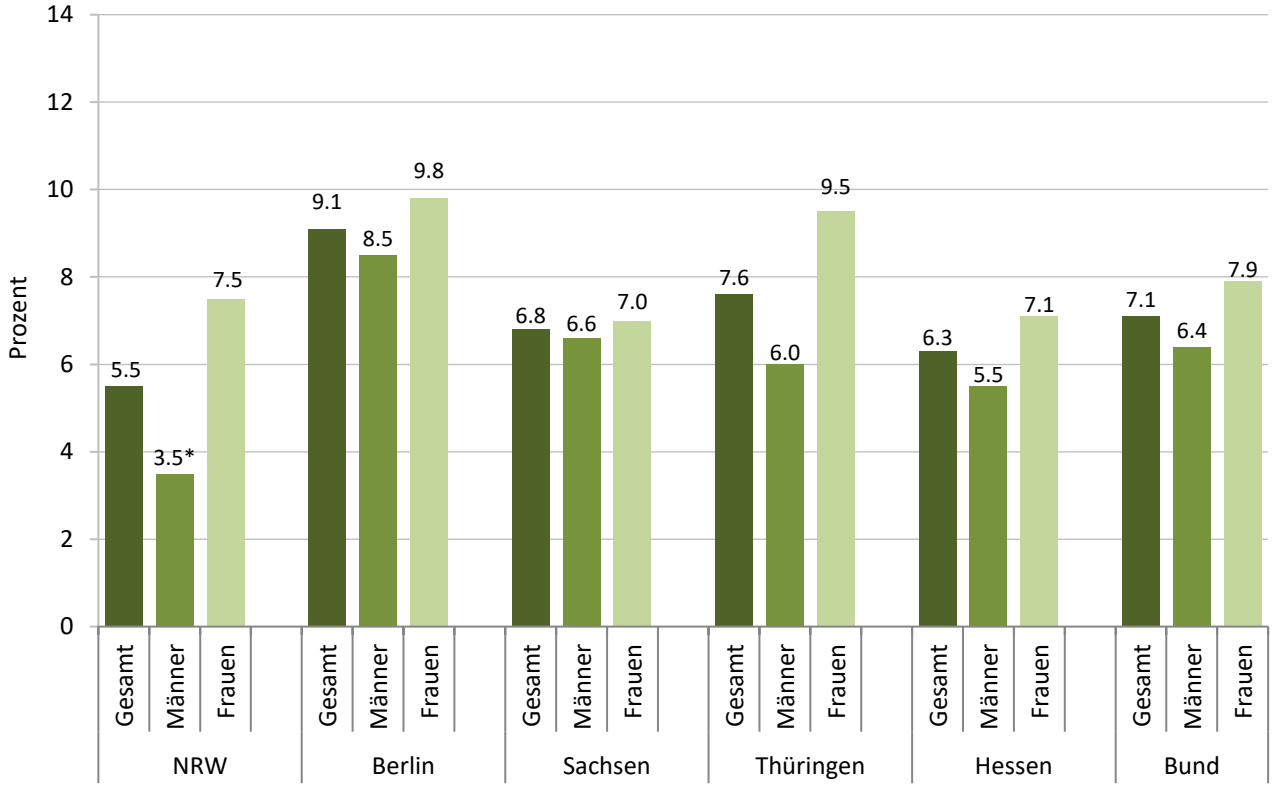

Abbildung 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die höchsten Prävalenzen des Schlaf- oder Beruhigungsmittelgebrauchs zeigten die 60- bis 64-Jährigen und die 18- bis 24-Jährigen (Tabelle 6-2).

Tabelle 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	2.9	3.6	2.9	3.9	-	-
18-24	6.2	10.1	5.8	10.0	5.7	7.8
25-39	6.4	8.0	6.2	9.9	5.2	6.7
40-59	4.5	9.7	5.9	5.6	5.5	6.6
60-64	6.9	9.5	12.4	8.5	14.6	10.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.3 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

Im bundesweiten Durchschnitt sowie in den fünf Bundesländern variiert der Anteil der Bevölkerung, der in den letzten 12 Monaten Anregungsmittel eingenommen zwischen 0.5 % und 2.4 % (Abbildung 6-3). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem bundesweiten Durchschnitt.

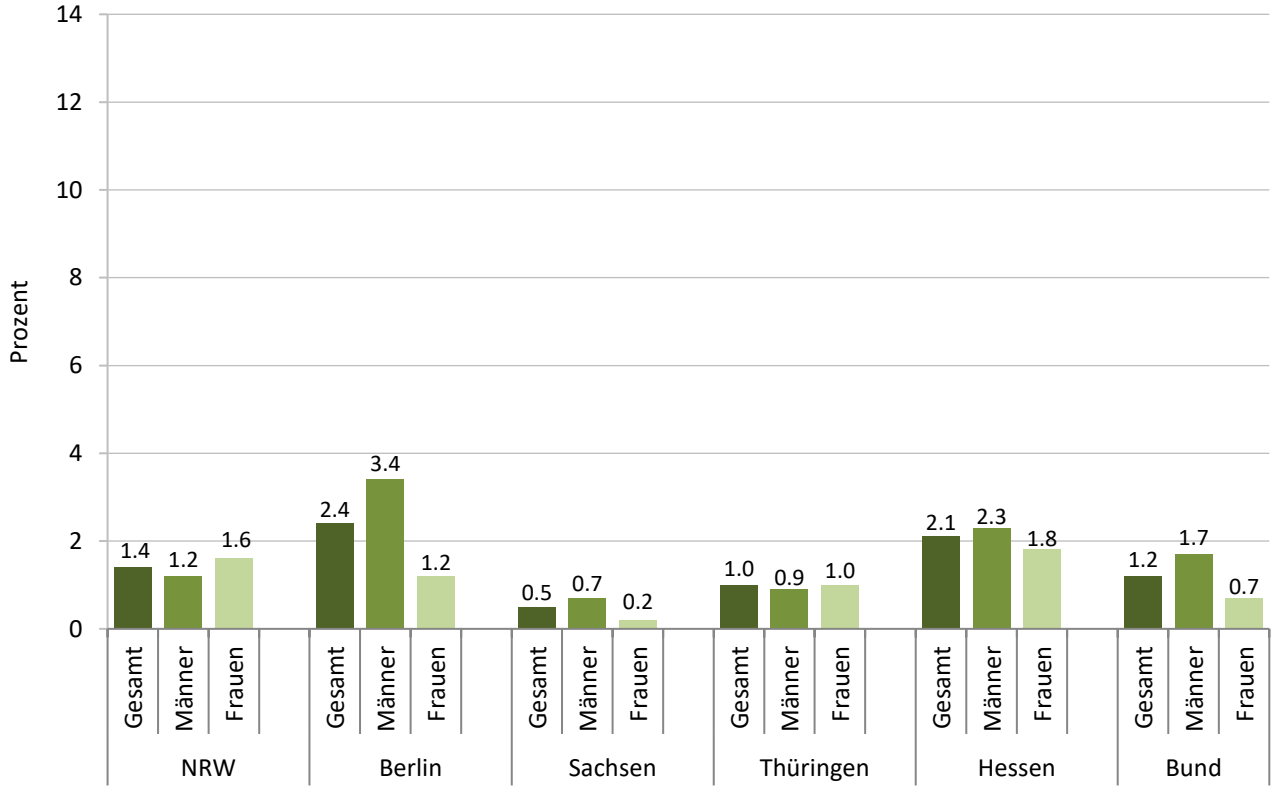

Abbildung 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 24 Jahren wiesen mit einer Prävalenz von 3.4 % die höchste Wahrscheinlichkeit des Gebrauchs von Anregungsmitteln auf (Tabelle 6-3). Die älteste Altersgruppe in Berlin fiel durch signifikant höhere Prävalenzwerte (3.0 %) im Vergleich zu den Gleichaltrigen im Bundesdurchschnitt (0.5 %) auf.

Tabelle 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.5	1.7	5.6	3.4	-	-
18-24	4.7	6.1	0.8	1.5	3.8	3.4
25-39	1.0	1.3	1.0	2.0	2.3	1.2
40-59	0.9	2.2	0.2	0.3	1.4	0.8
60-64	0.2	3.0*	0.0	0.6	2.5	0.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.4 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Appetitzügler wurden von 0.1 % der Männer und 0.3 % der Frauen in Deutschland im Verlauf der letzten 12 Monate eingenommen (Abbildung 6-4). Signifikante Unterschiede zeigten sich in keinem der beteiligten Bundesländer.

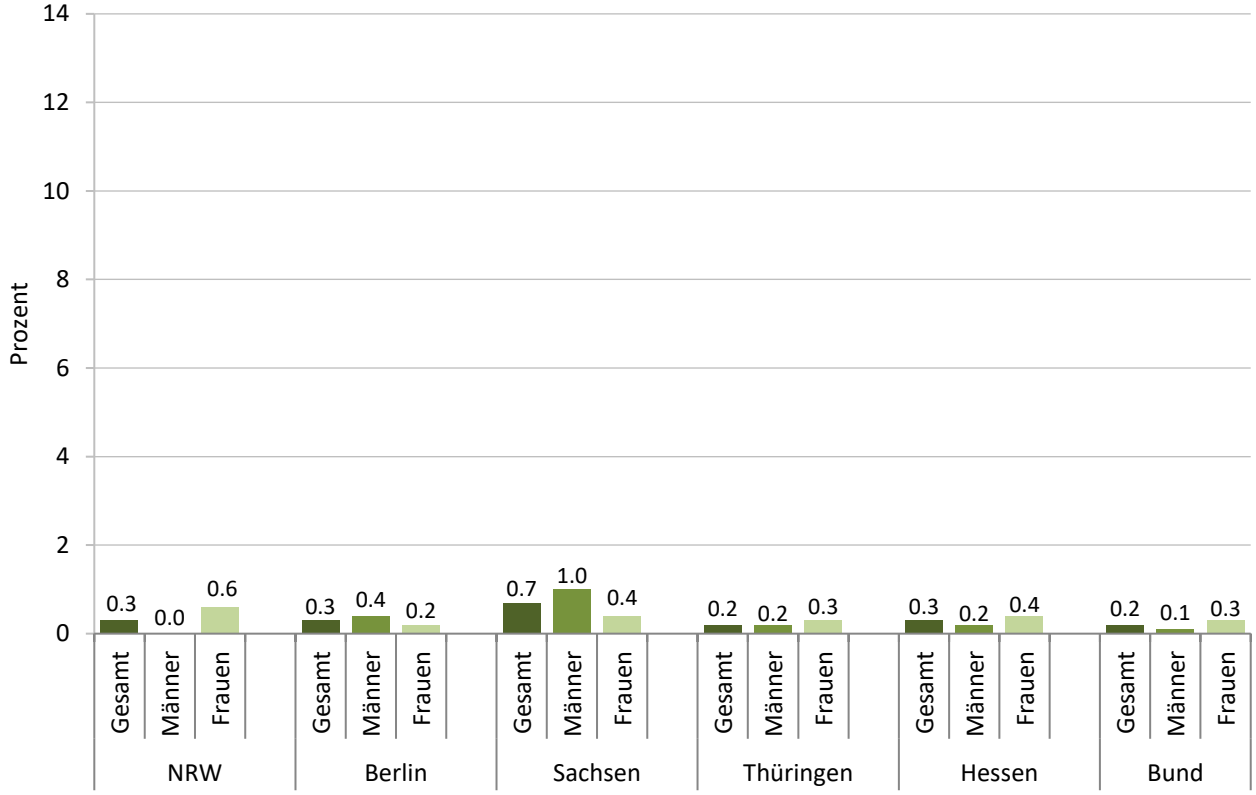

Abbildung 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland

Die nach Altersgruppen aufgeteilte Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern variierte zwischen den Bundesländern (Tabelle 6-4). Im Bundesdurchschnitt sowie in Hessen, Sachsen und Nordrhein-Westfalen wies die jüngste Altersgruppe von 18 bis 24 Jahre die höchste Prävalenz auf, wohingegen in Sachsen, Berlin und Thüringen die 60- bis 64-Jährigen die höchsten Werte zeigten.

Tabelle 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.3	0.0	0.3	0.0	-	-
18-24	1.7	0.0	1.4	0.0	1.4	0.9
25-39	0.3	0.5	0.1	0.4	0.4	0.3
40-59	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
60-64	0.0	0.6	4.4*	0.6	0.0	0.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.5 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

In den letzten 12 Monaten haben 4.1 % der Männer und 6.1 % der Frauen in Deutschland Antidepressiva eingenommen (Abbildung 6-5). Diese Werte lagen in den Bundesländern Thüringen und Hessen auf vergleichbarem Niveau. Lediglich bei den Männern in Nordrhein-Westfalen zeigt sich ein signifikant niedrigerer Wert. Bundesländerübergreifend zeigten sich bei Frauen höhere Werte als bei Männern.

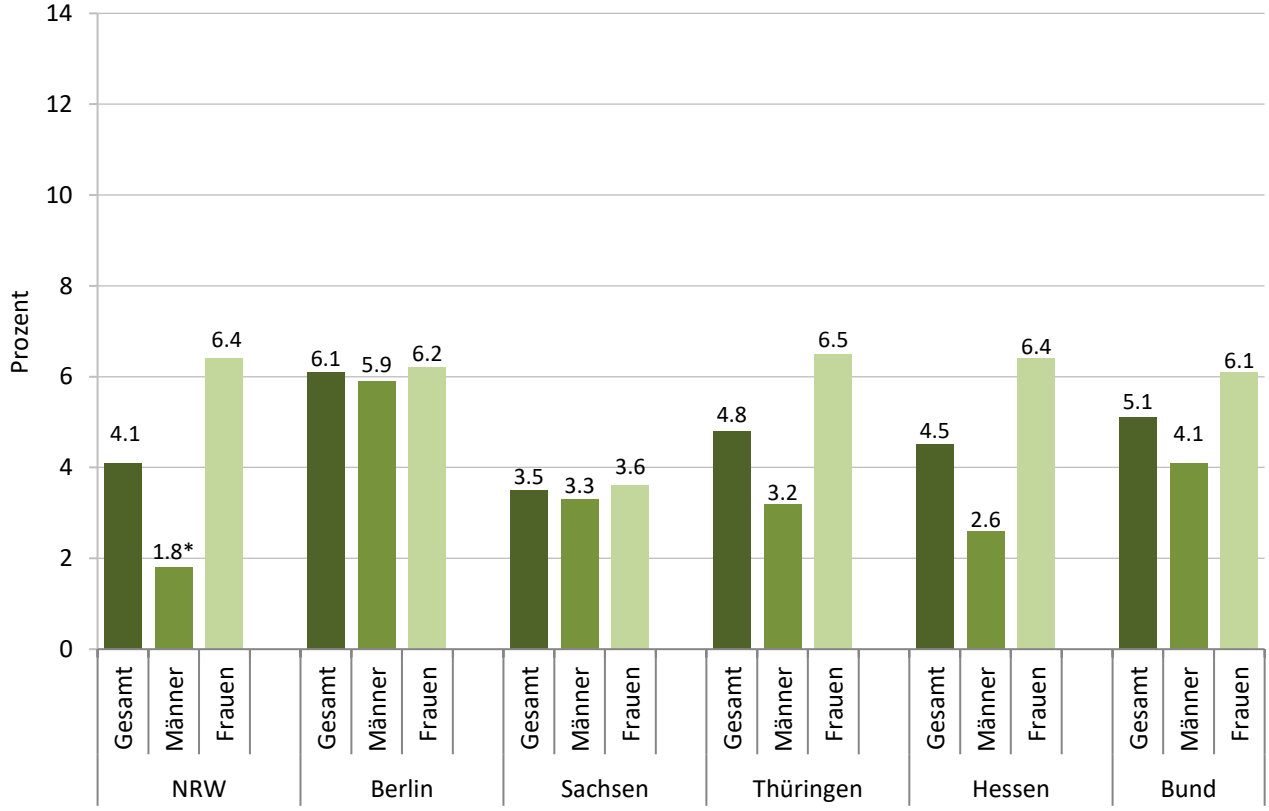

Abbildung 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Der Gebrauch von Antidepressiva war in den beiden ältesten Altersgruppen am weitesten verbreitet (Tabelle 6-5). Abweichend von diesem Muster war in Sachsen die Prävalenz bei den 18- bis 24-Jährigen und in Thüringen die Prävalenz bei den 25- bis 39-Jährigen am höchsten. In keiner der Altersgruppen fanden sich bundeslandspezifische Unterschiede im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt.

Tabelle 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.3	2.4	1.1	0.7	-	-
18-24	3.5	5.4	4.5	1.9	2.5	3.1
25-39	3.8	4.6	3.0	7.1	2.5	4.2
40-59	4.2	7.3	3.4	3.4	6.6	5.8
60-64	4.9	7.2	4.0	6.7	3.1	6.9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.6 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Die Gebrauchsprävalenz von Neuroleptika lag in Deutschland bei 1.6 % und zeigte keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abbildung 6-6). Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt ergaben sich für keines der fünf beteiligten Bundesländer.

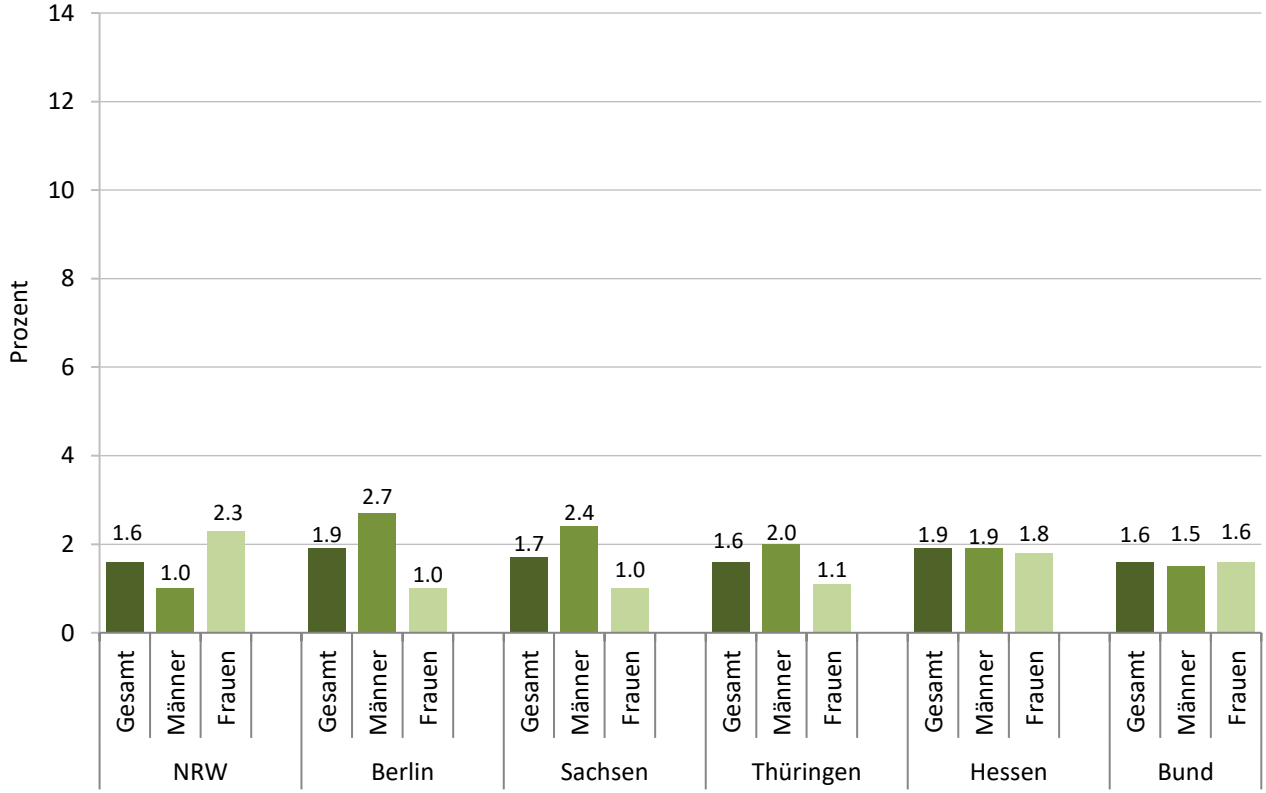

Abbildung 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland

Die Altersverteilung der Gebrauchsprävalenz von Neuroleptika zeigte einige regionale Unterschiede (Tabelle 6-6). Im Bund wies sowohl die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen als auch die der 40- bis 59-Jährigen den höchsten Wert auf. In Berlin waren abweichend davon nur die 40- bis 59-Jährigen, in Nordrhein-Westfalen die 25- bis 39-Jährigen und in Sachsen, Thüringen und Hessen die 60- bis 64-Jährigen am stärksten betroffen. In Sachsen war die Prävalenz der 18- bis 24-Jährigen erhöht.

Tabelle 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.5	0.4	0.2	2.0	-	-
18-24	1.6	0.1	3.0	0.0	0.0	1.1
25-39	2.8	0.9	0.8	2.4	0.7	1.7
40-59	1.3	3.3	1.6	1.1	2.8	1.7
60-64	0.0	1.0	3.8	2.5	3.2	1.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.7 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika

Den Gebrauch von Anabolika in den letzten 12 Monaten gaben bundesweit 0.7 % der Befragten an (Abbildung 6-7). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern.

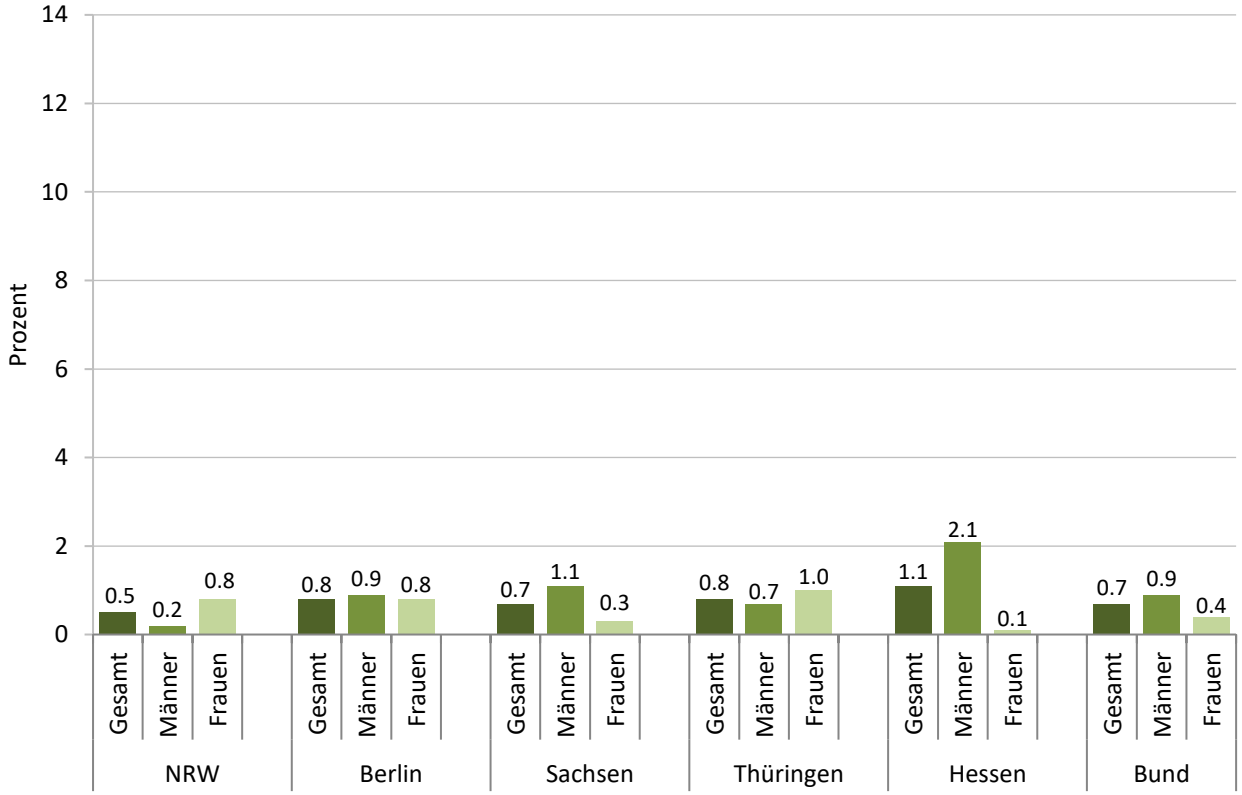

Abbildung 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland

Im Bundesdurchschnitt, sowie in Hessen und Thüringen zeigte die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen die höchste Prävalenz von Anabolika (Tabelle 6-7). In Nordrhein-Westfalen waren die 25- bis 39-Jährigen am stärksten betroffen, in Berlin und Sachsen waren es die 40- bis 59-Jährigen.

Tabelle 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.1	0.0	0.7	0.6	-	-
18-24	0.7	1.0	0.3	1.2	4.6	1.2
25-39	1.4	0.6	0.7	1.0	0.6	0.6
40-59	0.0	1.1	0.9	0.6	0.7	0.7
60-64	0.1	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben

6.1.8 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten

Etwa 71 % der deutschen Bevölkerung hatten in den letzten 12 Monaten psychoaktive Medikamente konsumiert (Abbildung 6-8). Im Bund als auch in den einzelnen Bundesländern waren Frauen vermehrt vertreten. In Sachsen zeigten sich bei beiden Geschlechtern sowie beim geschlechteraggregierten Wert signifikante Unterschiede zum Bund.

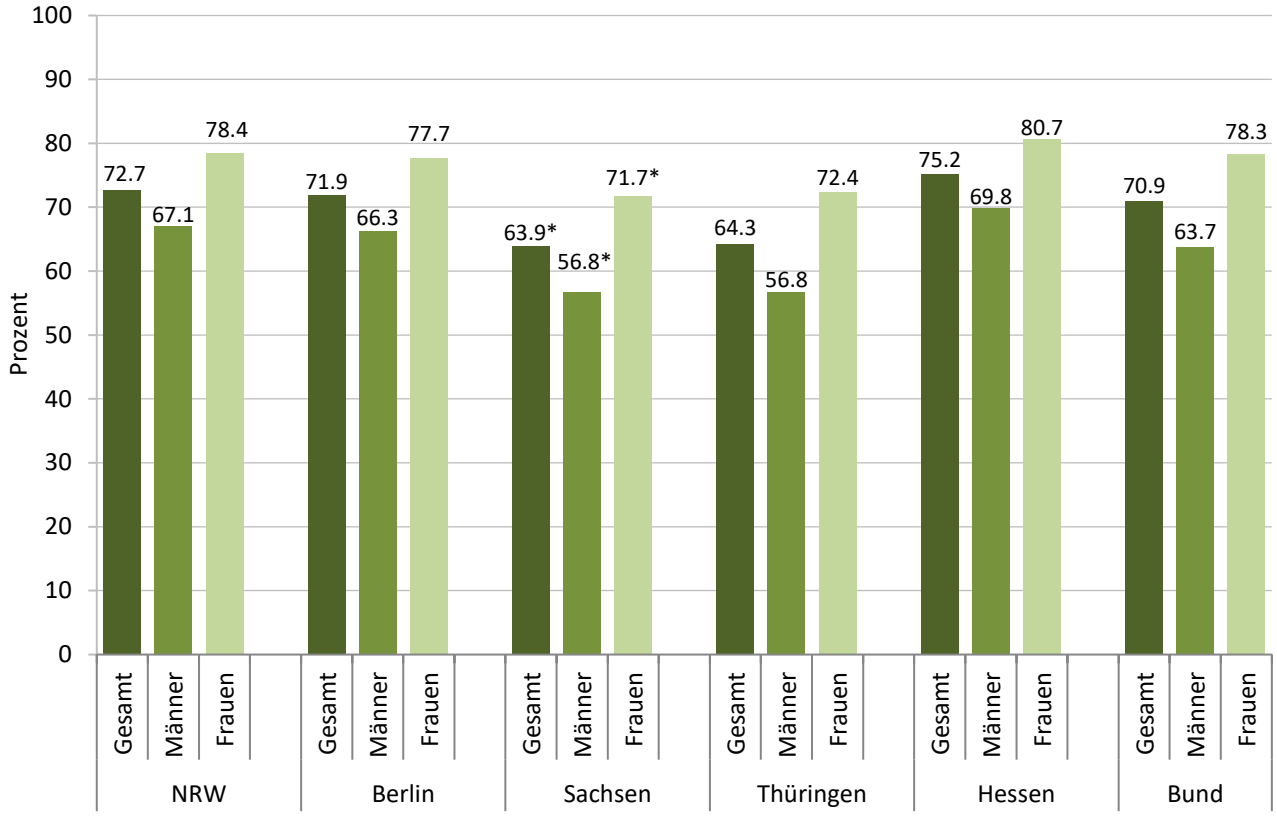

Abbildung 6-8: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die höchsten Prävalenzen beim Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten zeigten die Altersgruppen 25-39-Jährigen und 40-59-Jährigen in den Bundesländern (Tabelle 6-8). Dabei wiesen die Altersgruppen der 25-39-Jährigen in Sachsen mit 64.6 % sowie der 40- bis 59-Jährigen in Hessen mit 80.1 % signifikante Unterschiede zum Bund auf.

Tabelle 6-8: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	56.1	50.1	53.7	56.1	-	-
18-24	72.0	69.9	66.3	62.2	65.8	70.9
25-39	75.7	74.7	64.6*	67.8	74.5	73.1
40-59	74.3	72.1	65.4	63.9	80.1*	72.2
60-64	57.4	61.1	55.1	59.6	65.8	58.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.9 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments

Etwas mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung (53.0 %) hat in den letzten 30 Tagen mindestens ein Medikament (ausgenommen Anabolika) eingenommen (Abbildung 6-9). Die Prävalenz war bei Frauen deutlich höher als bei Männern (61.1 % vs. 45.1 %). In den meisten Bundesländern zeigten sich vergleichbare Prävalenzwerte. Nur in Sachsen war die Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments bei Frauen mit 54.5 % und insgesamt mit 47.2 % niedriger als im bundesweiten Durchschnitt.

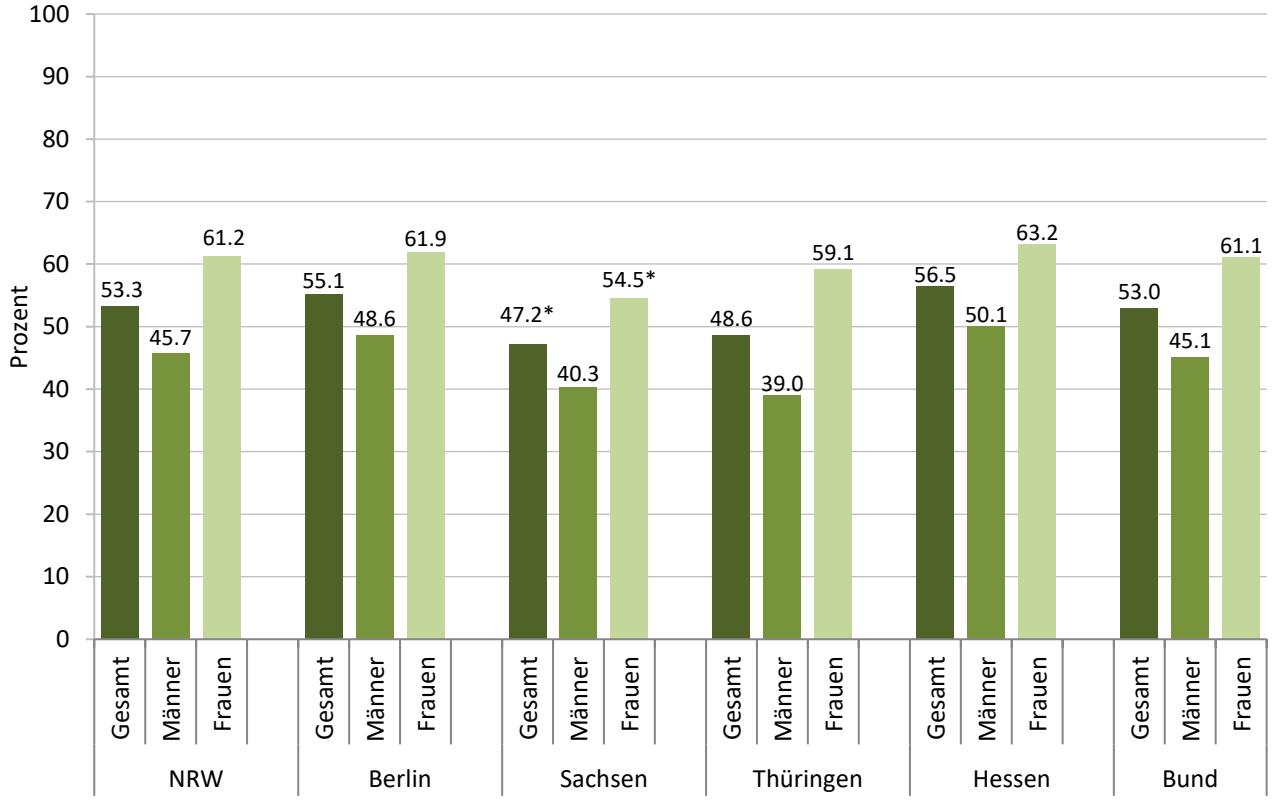

Abbildung 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In allen Bundesländern zeigten die Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen und der 40- bis 59-Jährigen die höchsten Prävalenzen des Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Tabelle 6-9). Allerdings waren die Prävalenz in allen Altersgruppen und Bundesländern nicht signifikant vom Bundesdurchschnitt verschieden.

Tabelle 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	36.0	34.2	39.9	44.6	-	-
18-24	44.5	49.1	47.4	43.3	50.1	50.1
25-39	56.5	56.5	47.7	53.6	56.0	54.7
40-59	57.6	56.5	48.1	47.4	62.1	54.2
60-64	44.8	50.4	42.1	45.5	39.8	45.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.10 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

In Deutschland haben 50.4 % der Befragten in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen, wobei dies bei Frauen deutlich häufiger vorkam als bei Männern (58.5 % vs. 42.6 %; Abbildung 6-10). In den meisten Bundesländern fanden sich vergleichbare Prävalenzwerte, nur in Sachsen gaben signifikant weniger Frauen und Personen insgesamt einen niedrigeren Schmerzmittelgebrauch im letzten Monat an.

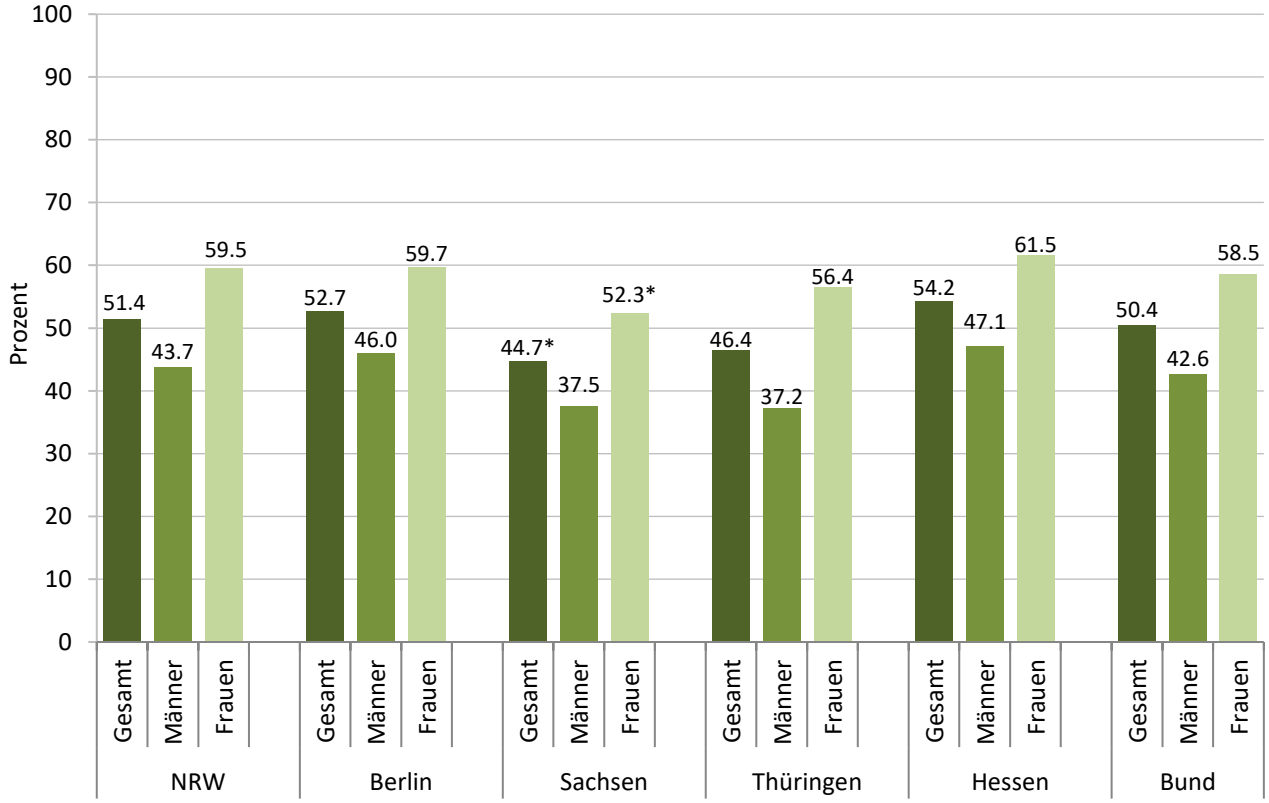

Abbildung 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Alter zwischen 25 und 39 Jahren gaben die meisten Personen an, in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen zu haben, wohingegen die Prävalenz bei den 60- bis 64-Jährigen am niedrigsten war (Tabelle 6-10).

Tabelle 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	34.2	30.4	35.0	41.8	-	-
18-24	42.2	46.7	45.4	41.0	49.1	47.9
25-39	54.3	54.7	46.3	51.3	55.4	52.8
40-59	56.0	54.2	44.4	45.5	58.6	51.8
60-64	43.0	44.9	40.7	42.0	35.2	40.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.11 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

Etwa 4.5 % der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren haben in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen (Abbildung 6-11). Bei Frauen lag die Prävalenz mit 4.8 % etwas höher als bei Männern mit 4.2 %.

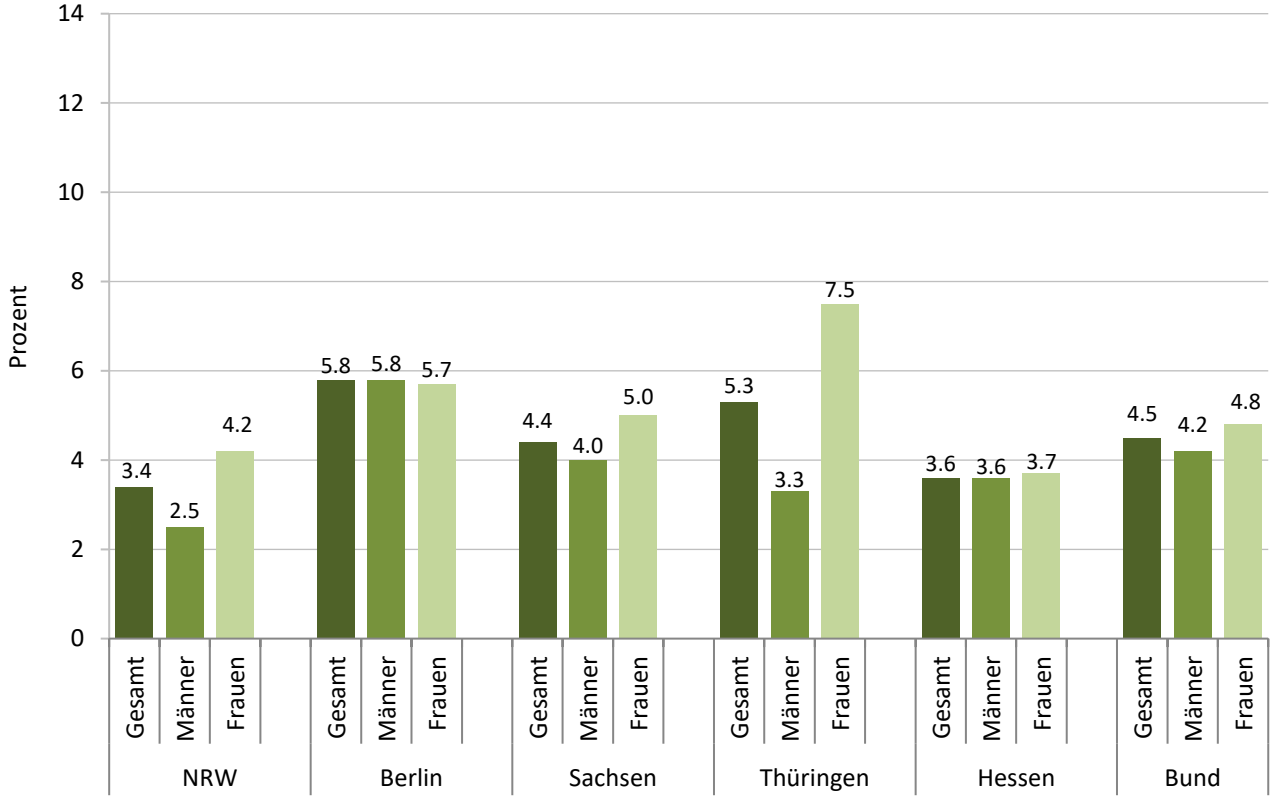

Abbildung 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Ein aktueller Gebrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln war bei den 60- bis 64-Jährigen (Berlin, Sachsen, Hessen, Bund) am weitesten verbreitet (Tabelle 6-11). Abweichend davon waren in Nordrhein-Westfalen und Thüringen die 18- bis 24- Jährigen am häufigsten betroffen. Signifikante Unterschiede zum Bund zeigten sich in keiner Altersgruppe und keinem Bundesland.

Tabelle 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.7	3.1	1.5	1.4	-	-
18-24	4.4	6.5	3.7	7.3	3.8	4.4
25-39	4.0	4.3	4.1	5.8	2.3	3.9
40-59	2.9	6.2	4.0	4.2	4.2	4.3
60-64	3.3	8.8	7.6	6.9	5.1	7.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.12 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

Den Konsum von Anregungsmitteln in den letzten 30 Tagen gaben 1.2 % der deutschen Männer und 0.6 % der deutschen Frauen an (Abbildung 6-12). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern.

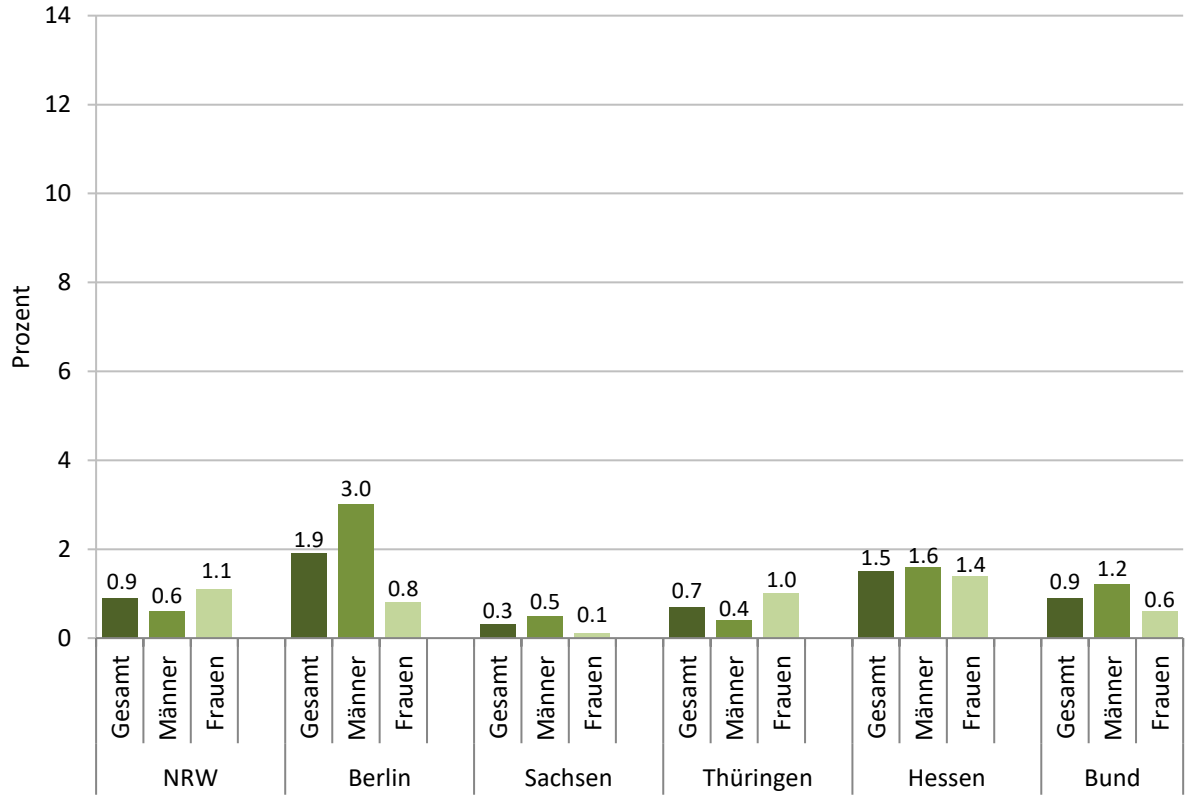

Abbildung 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

In Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen und der Bunderhebung wiesen die 18- bis 24-Jährigen die höchste Prävalenz des aktuellen Gebrauchs von Anregungsmitteln auf (Tabelle 6-12). Besonders hoch fielen die Werte bei den 15- bis 17-Jährigen in Sachsen und Thüringen aus (5.4 % und 2.7 %).

Tabelle 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland

Alter	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	1.3	1.1	5.4	2.7	-	-
18-24	2.5	5.0	0.2	1.5	3.0	2.4
25-39	0.3	1.0	0.7	1.3	1.5	0.7
40-59	0.9	2.0	0.2	0.3	1.1	0.8
60-64	0.3	1.8	0.0	0.0	1.5	0.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.13 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Etwa 0.2 % der Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen Appetitzügler eingenommen (Abbildung 6-13). Bei Frauen lag die Prävalenz fast überall höher als bei Männern, auch wenn die Unterschiede teilweise sehr gering ausfielen. Nur in Berlin zeigte sich bei den Frauen ein deutlicher Unterschied.

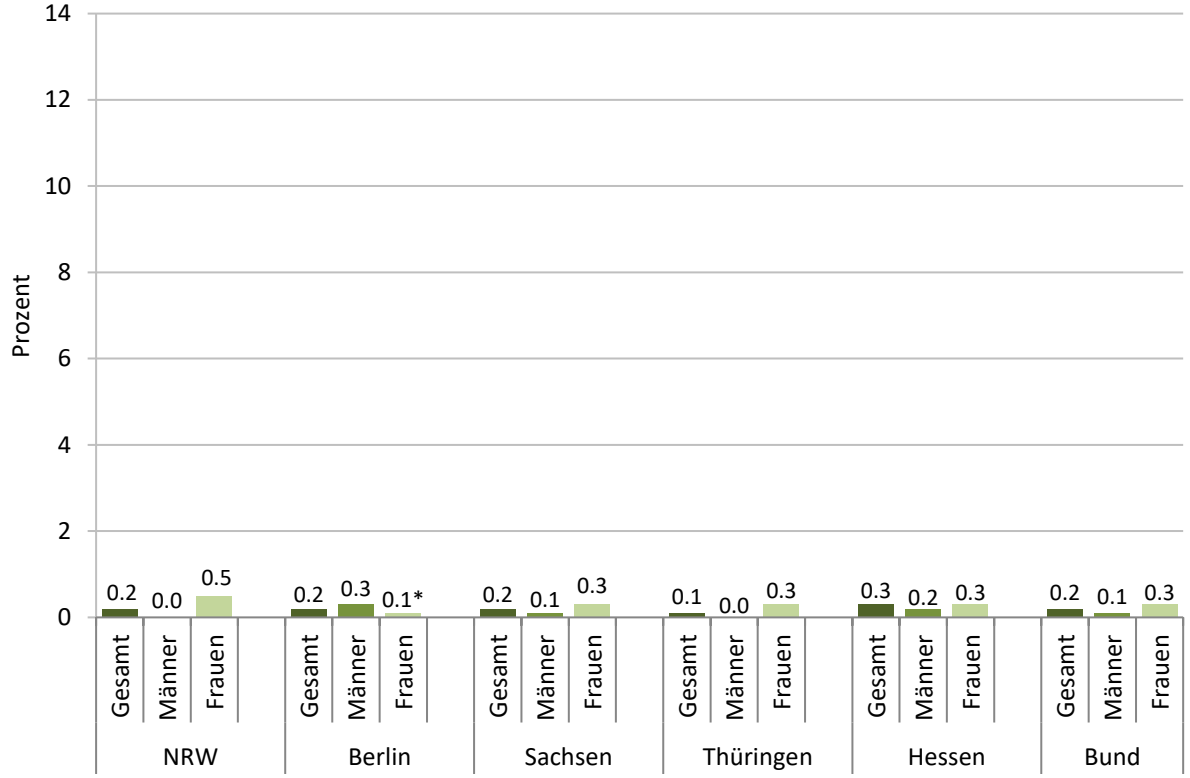

Abbildung 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und der Bunderhebung wiesen die 18- bis 24-Jährigen die höchste Gebrauchsprävalenz auf (Tabelle 6-13). In Thüringen und Berlin zeigten sich die höchsten Werte bei den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen. Signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem bundesweiten Durchschnitt gab es nicht.

Tabelle 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.3	0.0	0.3	0.0	-	-
18-24	1.5	0.0	1.4	0.0	1.2	0.8
25-39	0.1	0.4	0.0	0.4	0.4	0.2
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	0.0	0.5	0.4	0.0	0.0	0.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.14 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

Insgesamt 4.2 % der Erwachsenen in Deutschland haben im Verlauf des letzten Monats Antidepressiva eingenommen (Abbildung 6-14). Vergleichbare Werte waren in allen sechs Bundesländern zu beobachten. In den meisten Fällen wiesen Frauen höhere Werte auf als Männer. Nur in Nordrhein-Westfalen und Hessen war der Anteil der Männer signifikant niedriger als im Bundesdurchschnitt.

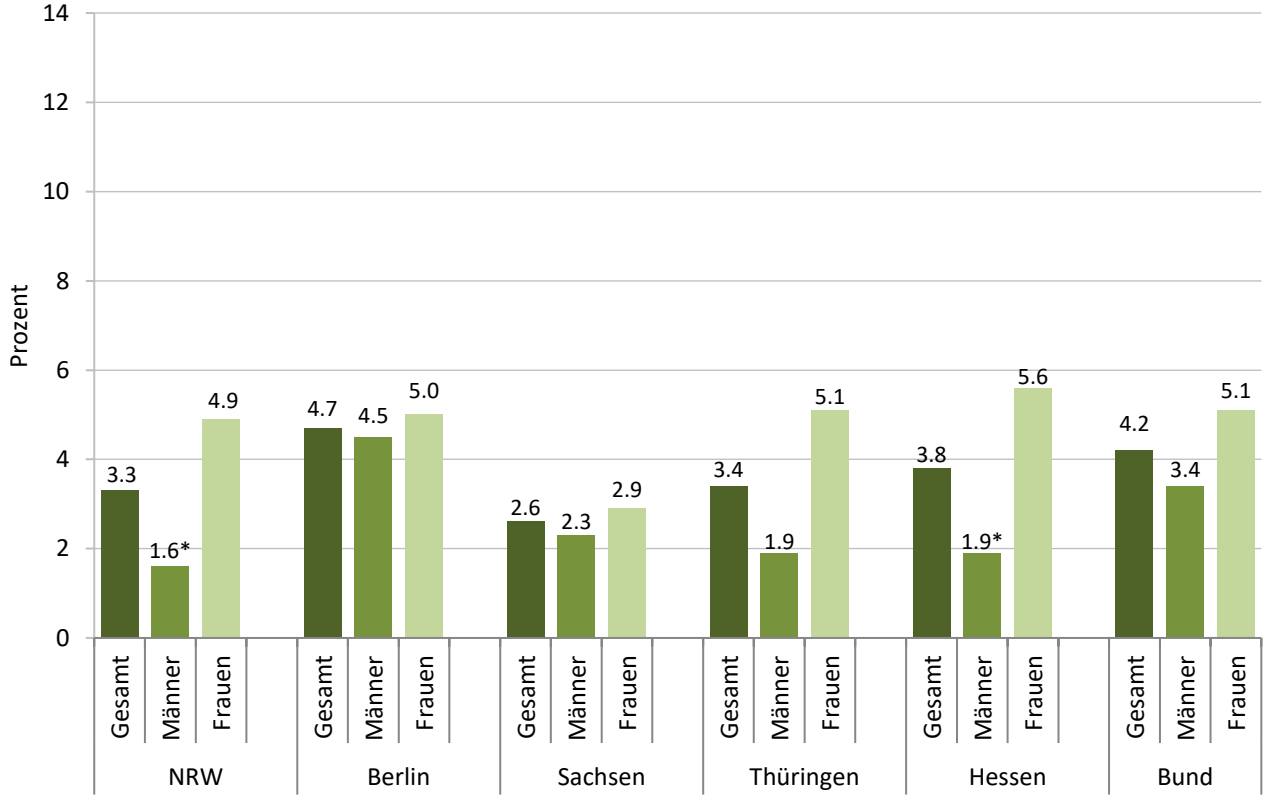

Abbildung 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Mit der Ausnahme von Hessen und Sachsen zeigten in allen Bundesländern und im Bund die 60- bis 64-Jährigen die höchste Wahrscheinlichkeit, aktuell Antidepressiva einzunehmen (Tabelle 6-14). In den anderen beiden Bundesländern wiesen die 40- bis 59-Jährigen die höchste Prävalenz auf. Signifikante Prävalenzunterschiede zum Bundesdurchschnitt gab es in keinem Bundesland.

Tabelle 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	2.4	1.1	0.3	-	-
18-24	2.5	4.4	2.4	1.4	1.4	2.1
25-39	3.5	3.4	2.2	4.3	2.1	3.4
40-59	3.3	5.7	3.0	2.7	5.8	4.9
60-64	4.8	6.6	2.3	5.5	2.1	6.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.15 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Neuroleptika wurden von 1.0 % der Männer und 1.1 % der Frauen in der Bunderhebung im Zeitraum der letzten 30 Tage eingenommen (Abbildung 6-15). Deutlich niedrigere Werte von 0.4 % wiesen Männer in Nordrhein-Westfalen auf. Höhere Prävalenzwerte von Männern im Vergleich zu Frauen fanden sich in Berlin und Sachsen.

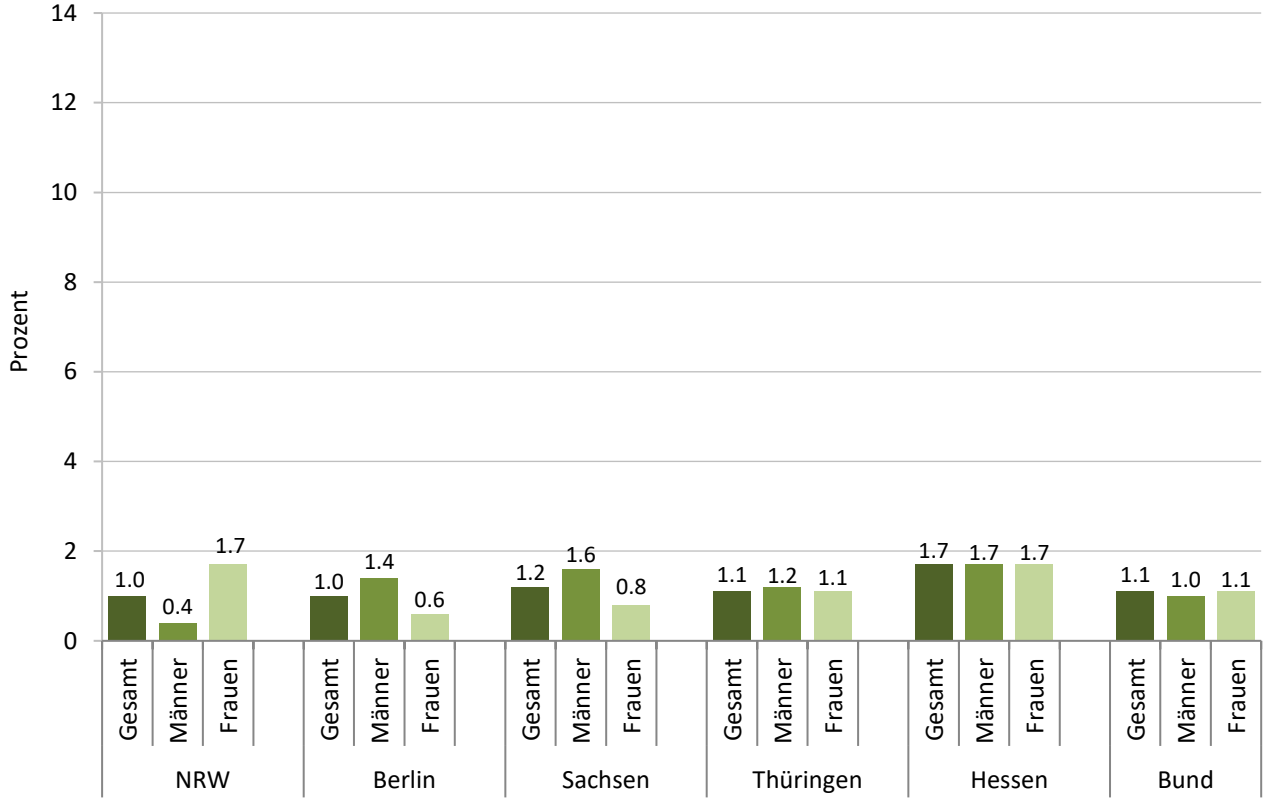

Abbildung 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland

Die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen zeigte in Berlin, Sachsen, Hessen und der Bunderhebung die höchste Prävalenz des aktuellen Gebrauchs von Neuroleptika (Tabelle 6-15). In Nordrhein-Westfalen war der Gebrauch unter 25- bis 39-Jährigen am weitesten verbreitet. In Thüringen waren die 60- bis 64-Jährigen am häufigsten betroffen.

Tabelle 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.5	0.0	0.2	2.0	-	-
18-24	0.6	0.0	3.0	0.0	0.0	0.6
25-39	1.6	0.5	0.5	1.4	0.7	0.9
40-59	1.1	1.8	1.5	0.8	2.7	1.4
60-64	0.0	1.0	0.8	2.5	2.2	0.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.16 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika

Die aktuelle Gebrauchsprävalenz von Anabolika lag nur bei 0.2 %, wobei mehr Männer als Frauen betroffen waren (0.3 % und 0.2 %) (Abbildung 6-16). Lediglich in Hessen war die Prävalenz bei Männern mit 1.2 % signifikant höher als im Bundesdurchschnitt.

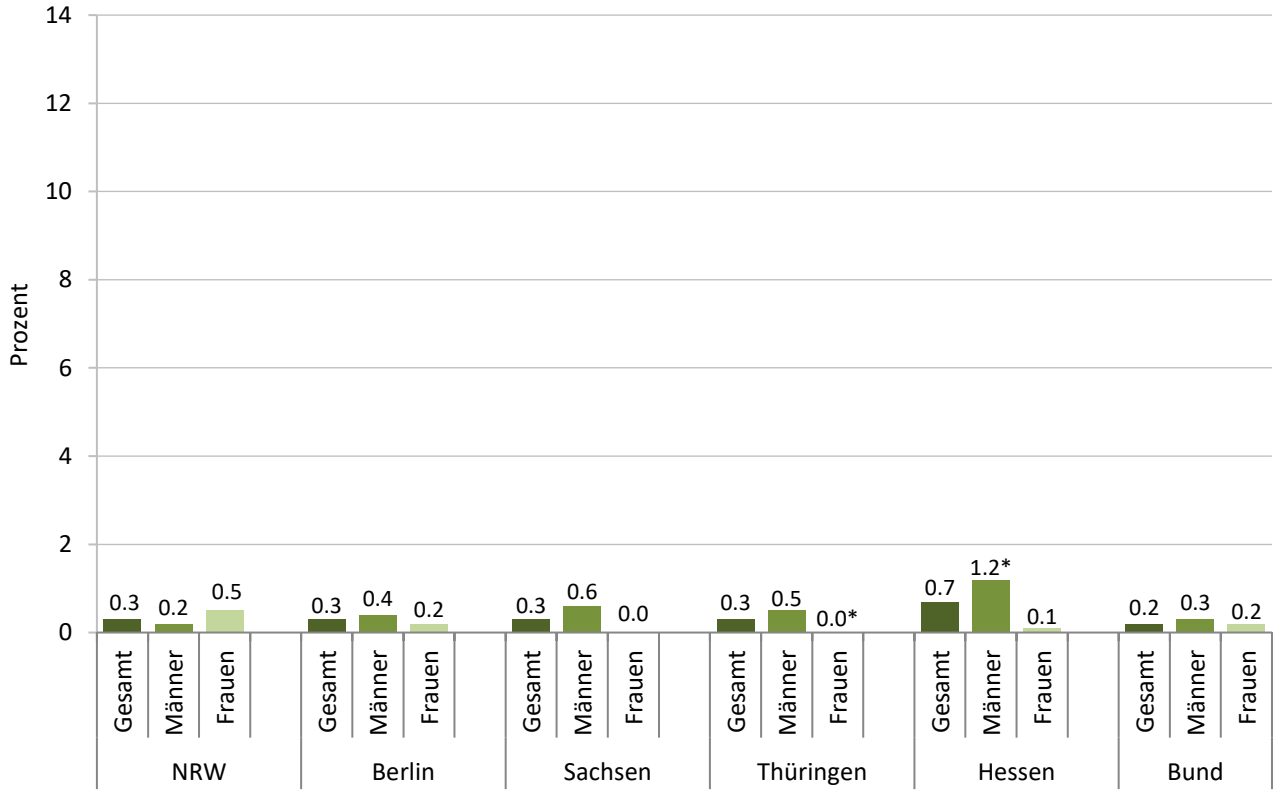

Abbildung 6-16: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Auch im Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen fiel Hessen mit erhöhten Prävalenzwerten in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen auf (Tabelle 6-16). Dennoch wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Tabelle 6-16: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland

	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.0	0.0	0.3	-	-
18-24	0.1	0.2	0.0	0.0	2.5	0.3
25-39	1.2	0.5	0.1	0.9	0.0	0.3
40-59	0.0	0.3	0.6	0.0	0.7	0.2
60-64	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.17 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Konsumenten)

Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten (ausgenommen Anabolika) haben 33.3 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen (Abbildung 6-17). Dabei ergaben sich für Frauen in den meisten Bundesländern höhere Prävalenzen als bei Männern. Die Prävalenz der Bundesländer war mit der des Bundes vergleichbar.

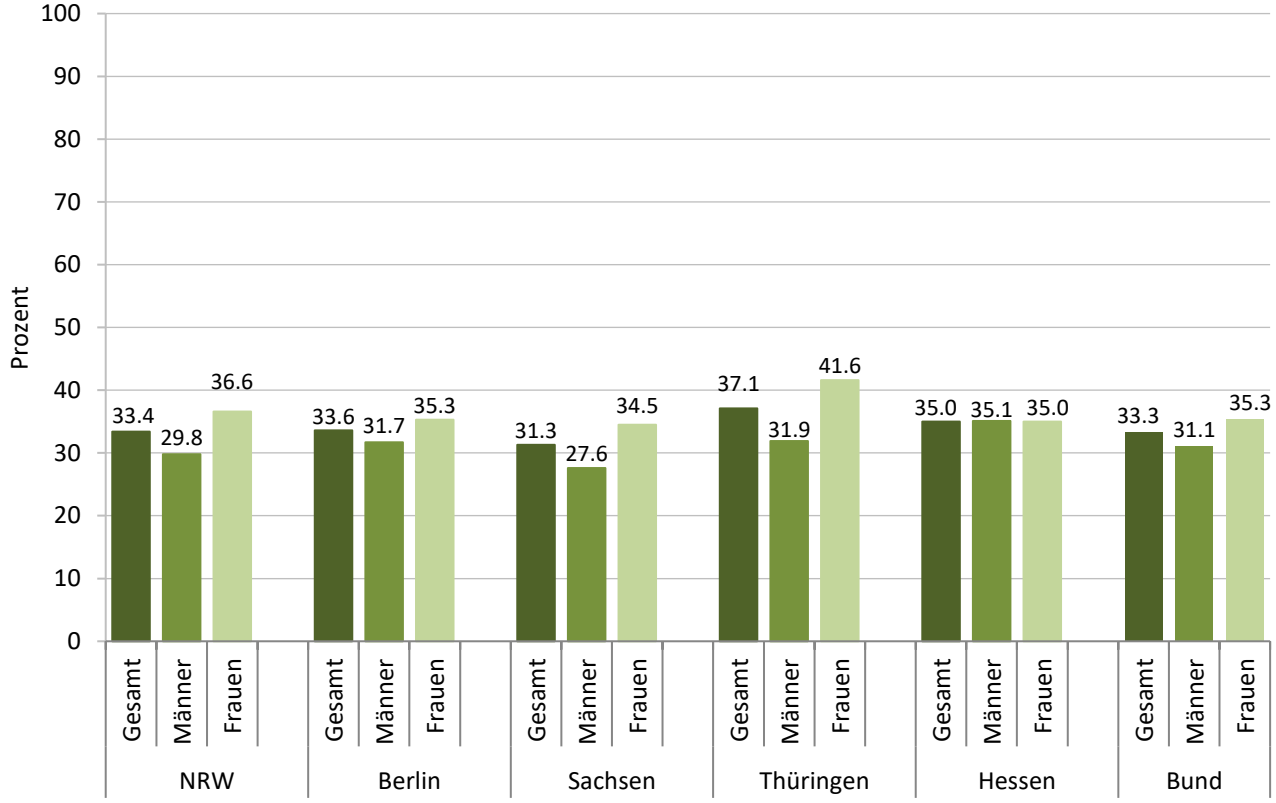

Abbildung 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n < 30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

6.1.18 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten)

Insgesamt 28.9 % der Personen, die in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen hatten, gaben an, dies mindestens wöchentlich getan zu haben (Abbildung 6-18). Bei Frauen war dieser Anteil mit 30.4 % etwas höher als bei Männern mit 27.2 %. Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt gab es in den Bundesländern nicht.

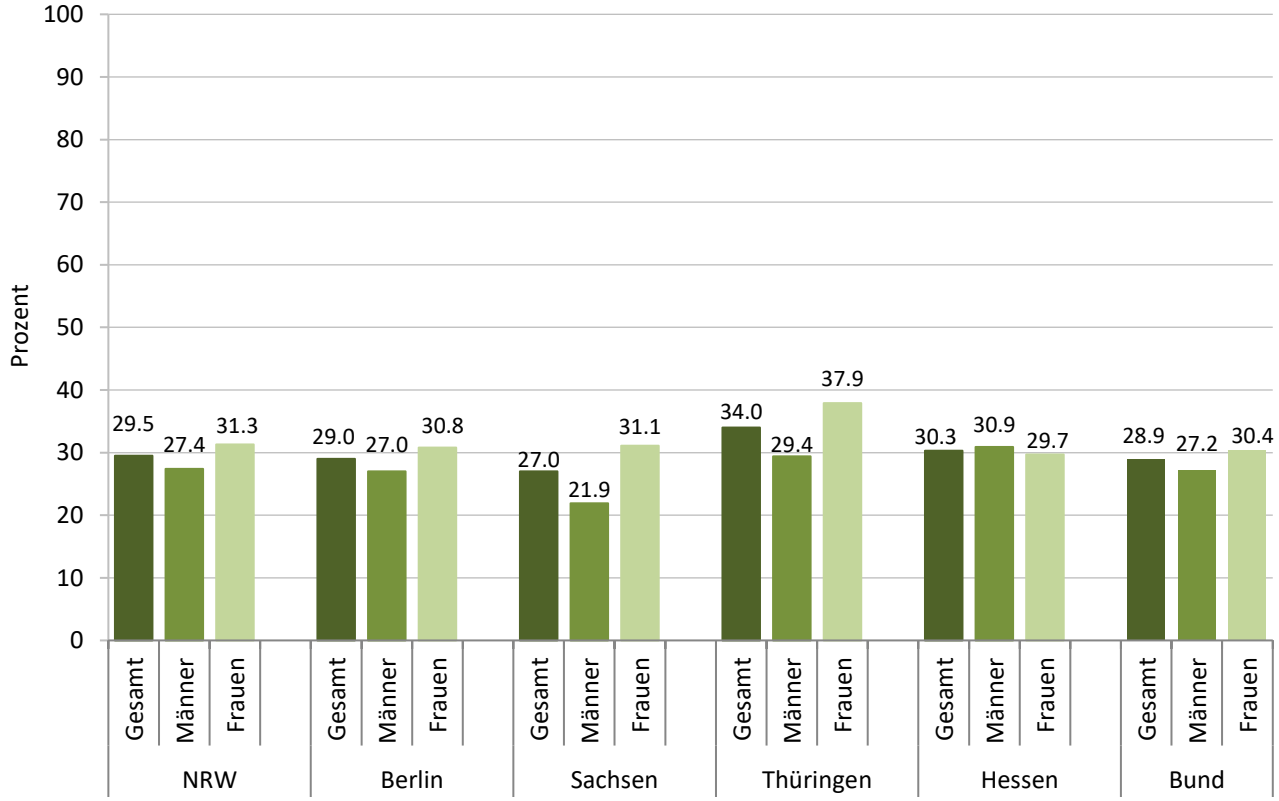

Abbildung 6-18: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n < 30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

6.1.19 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumenten)

Von den aktuellen Konsumenten von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln hatten 43.9 % der Männer und 34.5 % der Frauen diese Substanzen wöchentlich eingenommen (Abbildung 6-19). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede auf Ebene der teilnehmenden Bundesländer. Es ist jedoch zu beachten, dass die Aussagekraft aufgrund teilweise zu geringer Fallzahlen eingeschränkt ist.

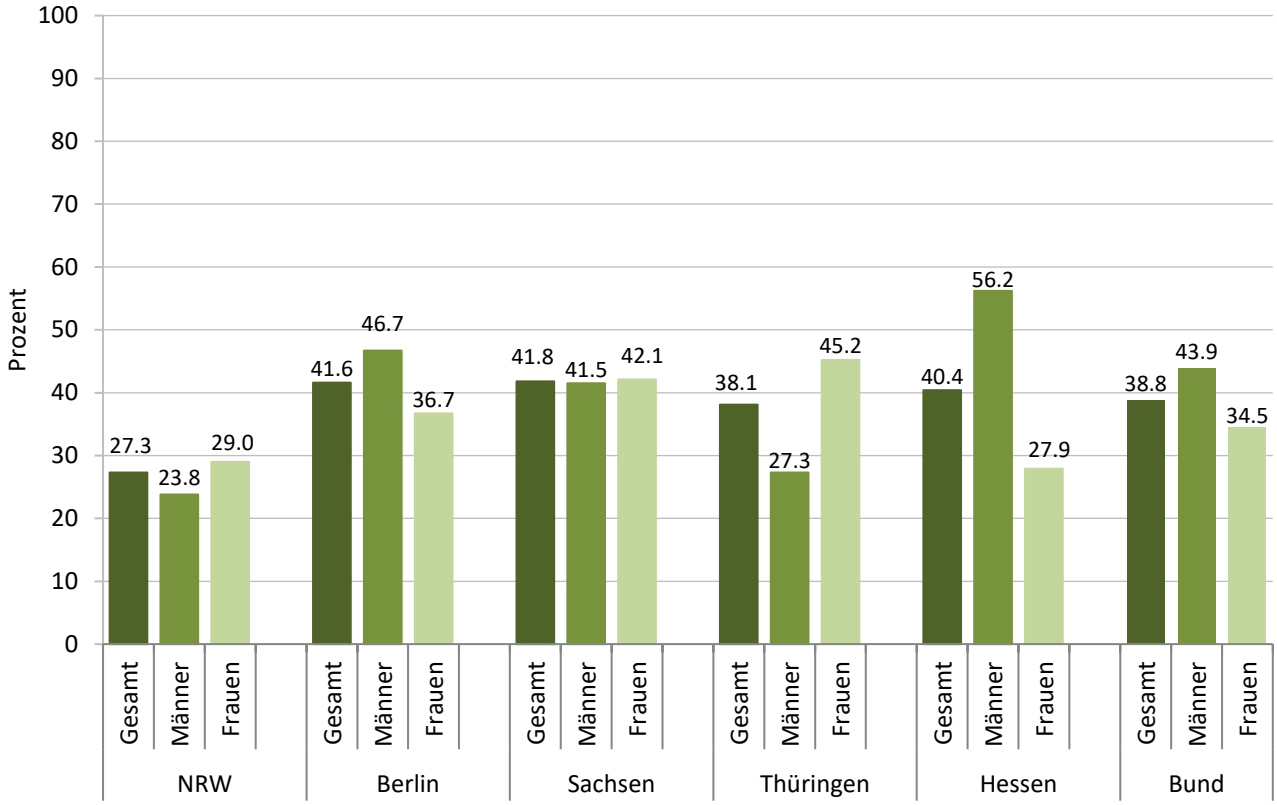

Abbildung 6-19: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Aufgrund zu kleiner Stichproben (n < 30 Personen) werden für diesen Indikator keine Schätzungen nach Altersgruppen dargestellt.

6.1.20 Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten

Eine Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV wurde bei 3.2 % der bundesweiten Gesamtstichprobe festgestellt (Abbildung 6-20). Dies spiegelte sich in den einzelnen Bundesländern wider. Signifikante Unterschiede zum Bund gab es bei den Frauen in Berlin.

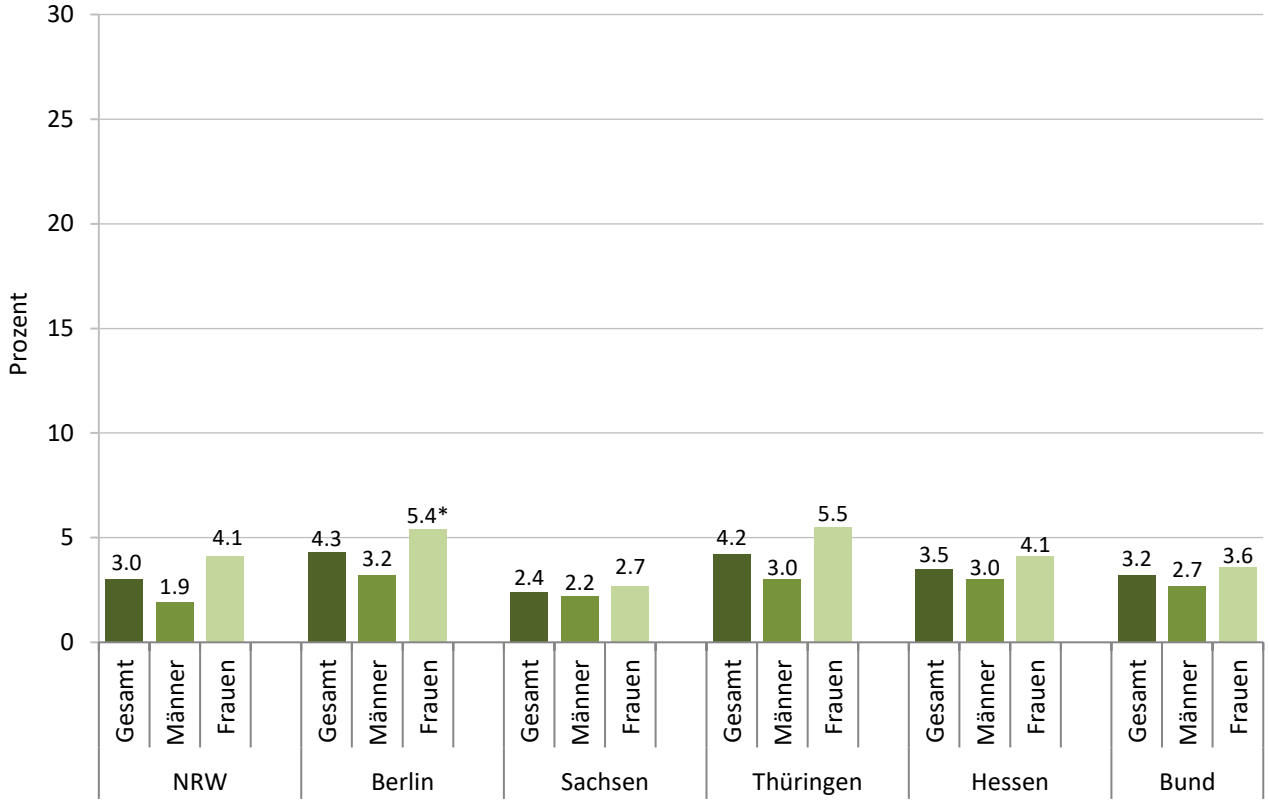

Abbildung 6-20: Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 6-17). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für eine Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV in den Altersgruppen der 40- bis 64-Jährigen am höchsten.

Tabelle 6-17: Abhängigkeit von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland

Alter	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	2.1	1.8	3.4	1.6	-	-
18-24	1.8	3.1	0.9	3.6	3.4	2.5
25-39	1.5	2.8	2.5	3.8	3.4	3.0
40-59	3.8	5.7	2.5	4.4	3.7	3.3
60-64	4.8	5.5	3.0	5.0	3.2	3.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.22 Missbrauch von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten

Nach den Kriterien des DSM-IV lagen bei 7.9 % der Männer und 7.2 % der Frauen, die in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel konsumierten, ein Missbrauch von Schmerzmitteln vor (Abbildung 6-21). In allen Bundesländern außer Sachsen und Thüringen wiesen Männer höhere Prävalenzwerte auf als Frauen.

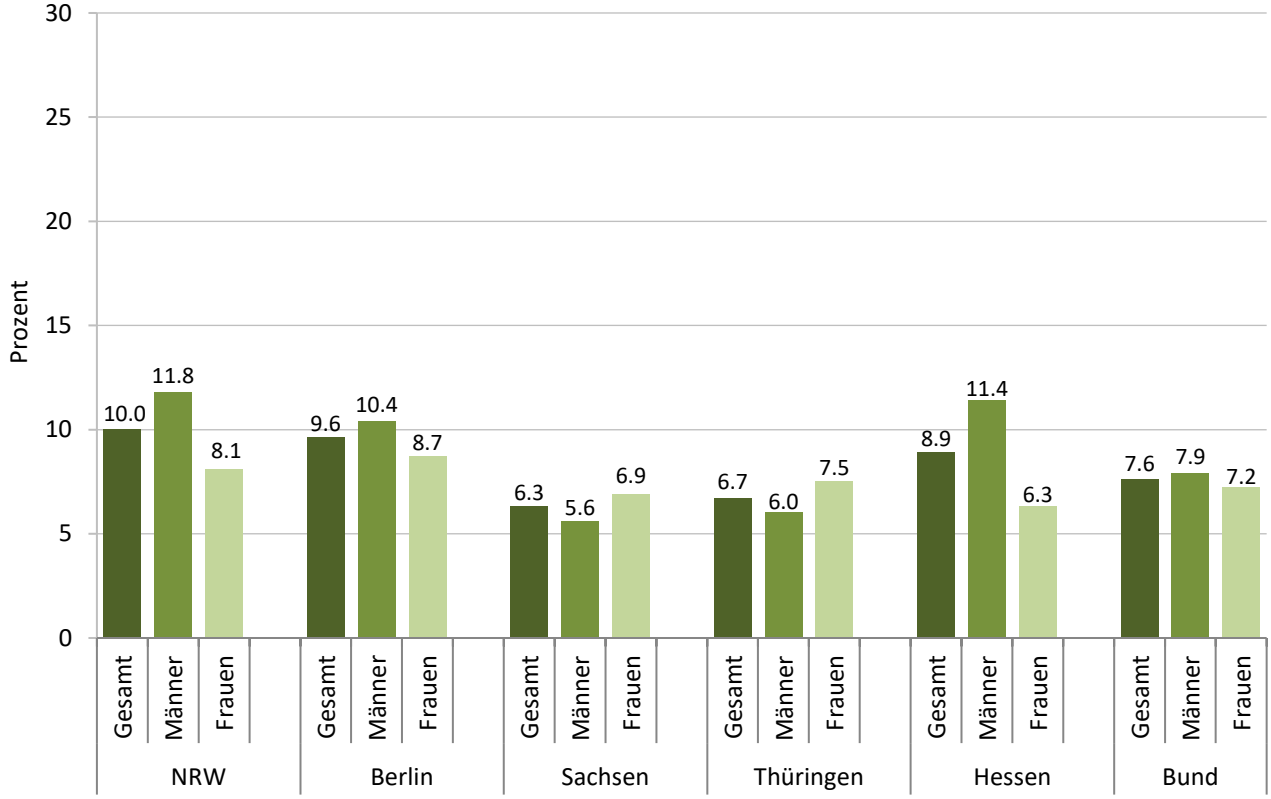

Abbildung 6-21: Missbrauch von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland

Zwischen den Altersgruppen wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt (Tabelle 6-18). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für Schmerzmittelmissbrauch nach DSM-IV im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

Tabelle 6-18: Missbrauch von Schmerzmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland

Alter	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	3.2	3.9	3.9	4.8	-	-
18-24	9.5	9.8	6.5	6.9	9.5	8.4
25-39	11.1	9.5	8.2	10.4	10.8	9.0
40-59	10.0	9.5	5.2	4.6	9.1	7.1
60-64	7.3	10.0	5.1	6.0	1.8	4.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.23 Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten

Bei 0.9 % der Männer und 0.6 % der Frauen bundesweit lagen erfüllte Kriterien für eine Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV vor (Abbildung 6-22). Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der Geschlechter in den Bundesländern gefunden.

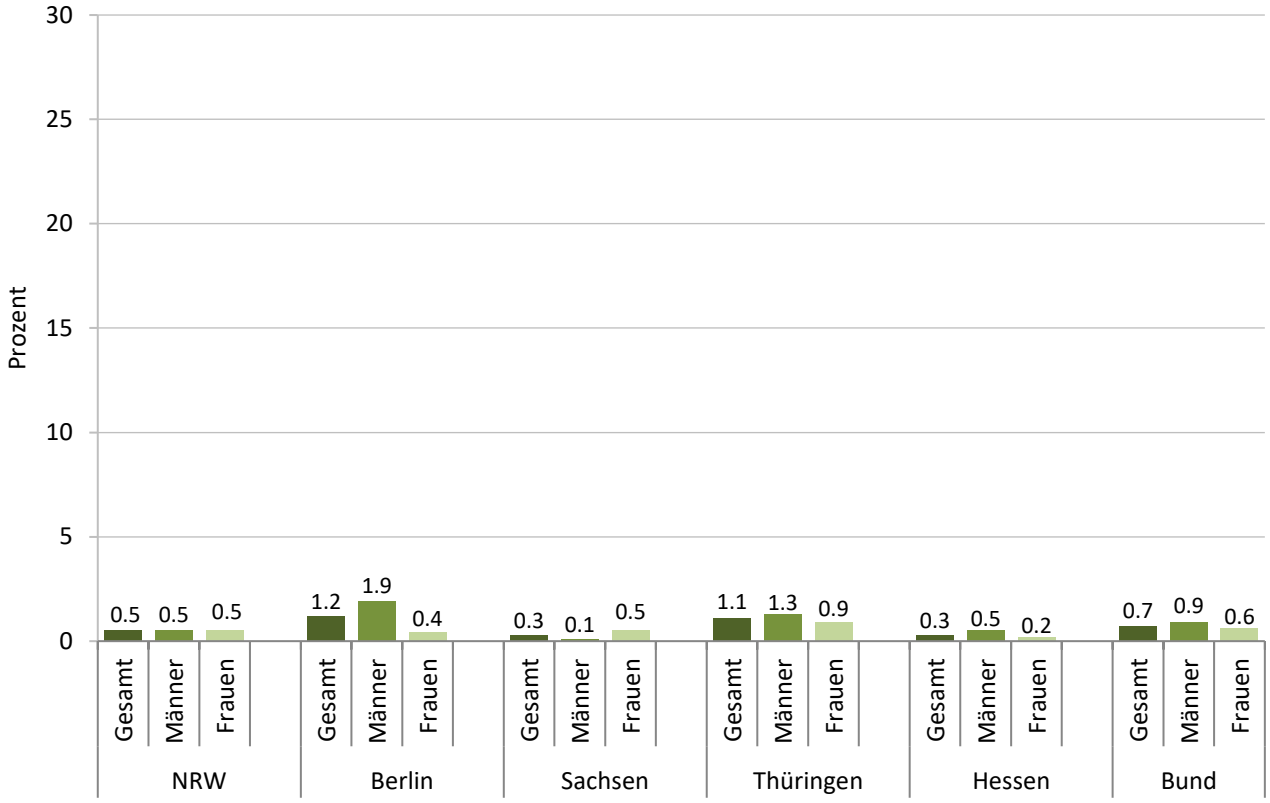

Abbildung 6-22: Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland

Im Vergleich der Altersgruppen der Bundesländer zum Bund ergaben sich in Tabelle 6-19 keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 6-19: Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland

Alter	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.0	0.4	0.4	0.0	-	-
18-24	0.4	3.5	0.8	0.6	1.3	1.3
25-39	0.3	0.7	0.0	1.5	0.1	0.6
40-59	0.4	1.3	0.4	0.9	0.1	0.6
60-64	1.8	0.0	0.7	1.2	0.9	0.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.24 Missbrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten

Bundesweit lagen bei 0.8 % der Männer und 0.5 % der Frauen, die in den letzten 12 Monate Schlaf- oder Beruhigungsmitteln konsumierten, Kriterien für einen Missbrauch dieser Mittel vor (Abbildung 6-23). Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Bundesländern waren nicht statistisch signifikant.

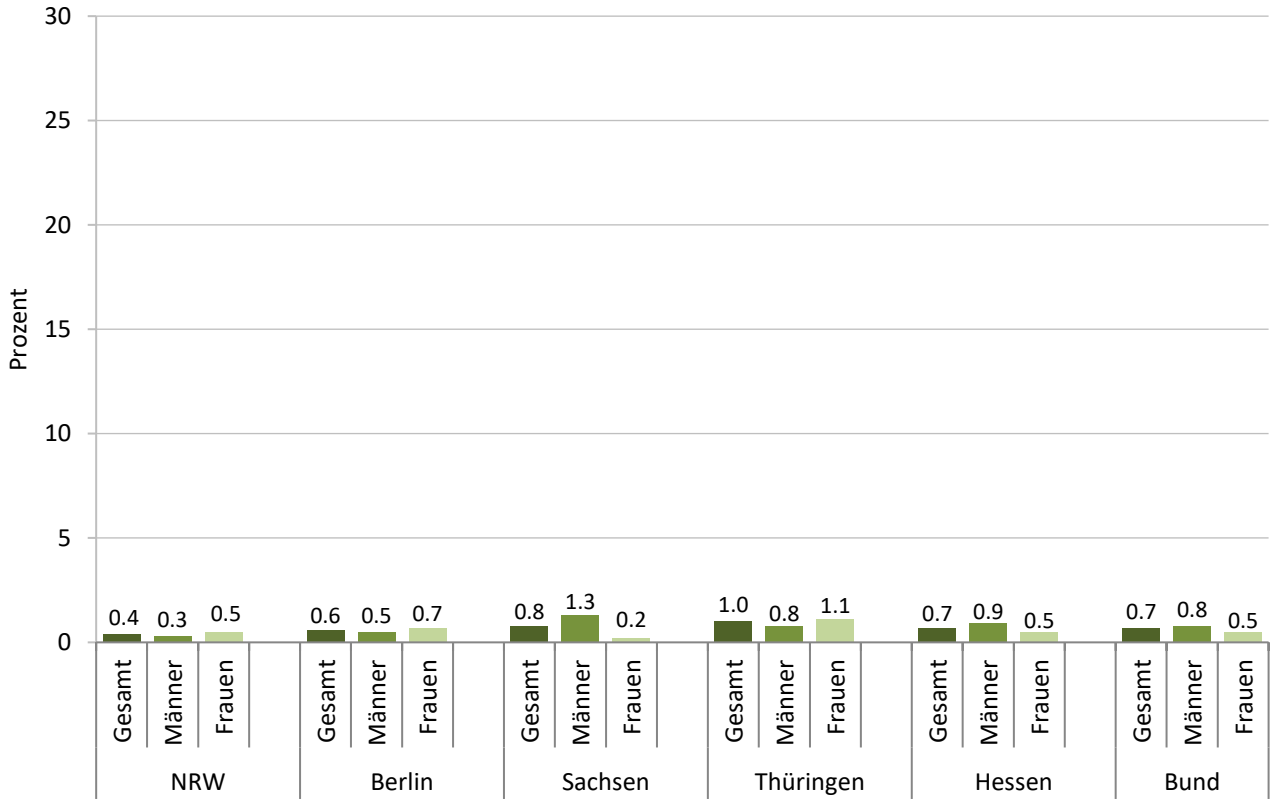

Abbildung 6-23: Missbrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bund (Tabelle 6-20).

Tabelle 6-20: Missbrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach DSM-IV in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland

Alter	NRW	Berlin	Sachsen	Thüringen	Hessen	Bund
15-17	0.5	0.5	0.4	0.5	-	-
18-24	0.5	1.4	0.5	1.8	0.8	0.7
25-39	1.3	0.1	1.1	1.4	0.0	0.7
40-59	0.0	0.9	0.5	0.6	1.2	0.5
60-64	0.0	0.0	1.4	0.6	0.0	1.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.2 Trends 1995 bis 2018

6.2.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

Über den gesamten Erhebungszeitraum von 23 Jahren zeigten sich in allen Bundesländern sowie bei Männern und Frauen signifikante Änderungen in der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln (Abbildung 6-24). In den meisten Bundesländern, ausgenommen Berlin, war die Prävalenz zwischen den Jahren 1995 und 2000 deutlich zurückgegangen und zeigte seitdem wieder einen Anstieg. Mit Ausnahme der Frauen in Sachsen und Thüringen und der Männer in Thüringen lag die Prävalenz im Jahr 2018 signifikant höher als in den Jahren 2000 und 2015.

Altersgruppenspezifische Trendanalysen bestätigen weitgehend, dass es im Vergleich zum Jahr 1995 wesentliche Veränderungen in der Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs gegeben hat (Tabelle 6-21). In fast allen Altersgruppen und Bundesländern war die Prävalenz seit dem Beginn der 2000er Jahre angestiegen. In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Berlin, Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Hessen ist der Anteil der Konsumenten nach dem Rückgang zwischen 2009 und 2015 wieder signifikant angestiegen. Gleiches gilt für die 40- bis 59-Jährigen in Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Hessen.

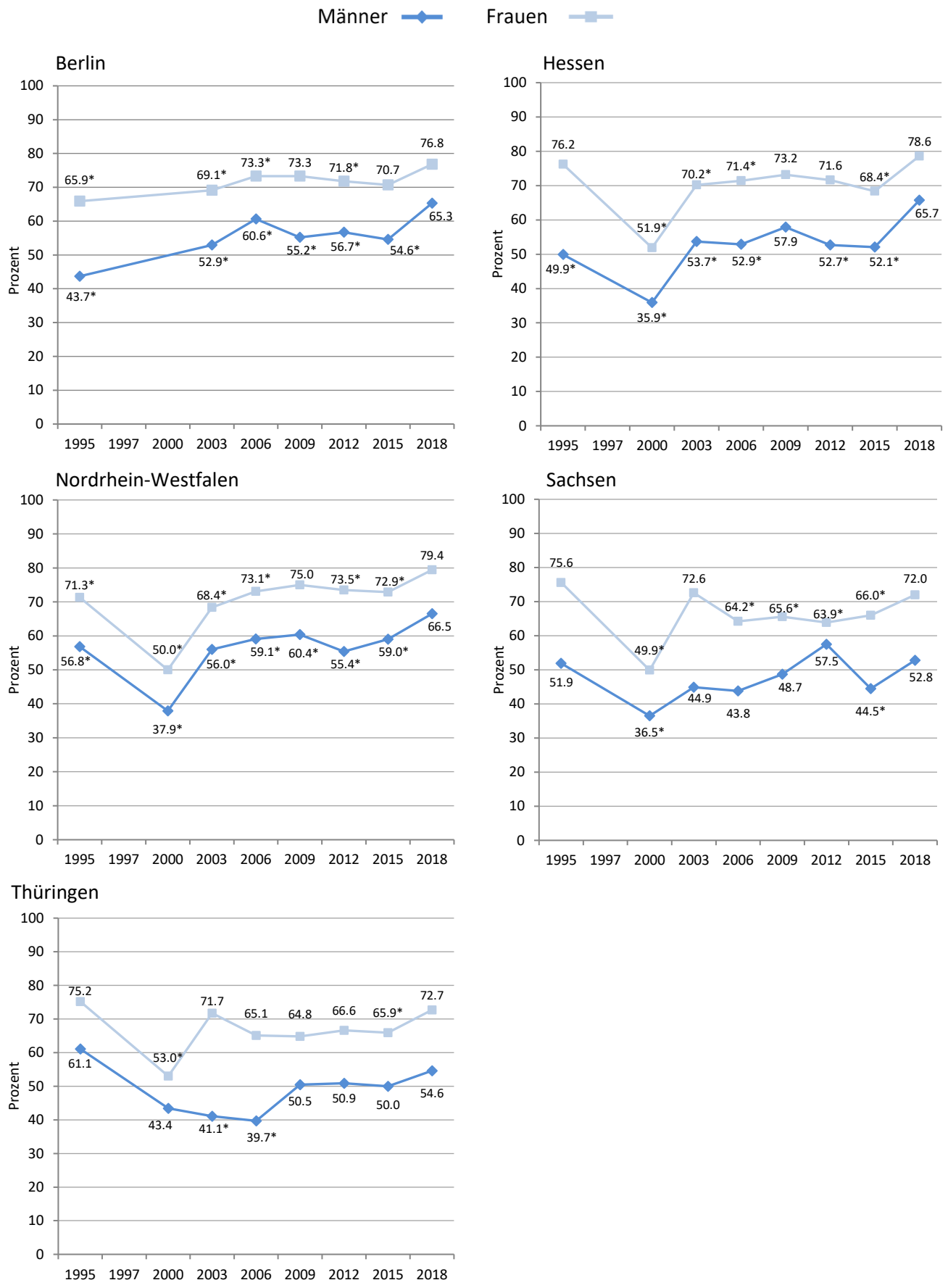

Abbildung 6-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	30.5*	-	-	63.1	69.1	63.2	62.8*	62.3	68.8
25-39	-	46.9*	-	-	59.6*	73.0*	64.2*	63.6*	69.5	75.8
40-59	-	65.5	-	-	61.9*	62.0*	65.0	65.1	60.0	67.2
60-64	-	-	-	-	-	40.1*	41.6	46.9*	56.0	57.8
Hessen										
18-24	-	45.5*	-	48.6	60.5	58.6	69.2	59.0	56.5*	66.4
25-39	-	63.9*	-	43.7*	68.2	71.5	60.1*	62.2*	64.1*	71.8
40-59	-	67.8	-	40.8*	57.2*	55.8*	67.6	61.3*	58.8*	73.7
60-64	-	-	-	-	-	59.2	52.9	51.8	48.1	57.9
NRW										
18-24	-	55.0*	-	42.2*	66.1*	66.3*	71.7	65.2*	61.4*	70.4
25-39	-	66.9*	-	46.7*	64.1*	74.2	73.9	65.5*	71.7	74.7
40-59	-	64.5*	-	38.9*	59.2*	61.1*	63.0*	62.7*	63.8*	72.4
60-64	-	-	-	-	-	48.7	45.5	51.7	47.9	53.2
Sachsen										
18-24	-	56.2	-	42.8*	56.2	70.0	59.7	67.0	56.5*	63.8
25-39	-	60.6	-	48.6*	66.9	60.9	58.9	68.9	58.6	63.0
40-59	-	68.7	-	38.7*	50.8*	43.7*	54.8	54.9	52.3*	60.9
60-64	-	-	-	-	-	56.3	37.2*	36.8	45.1	51.8
Thüringen										
18-24	-	48.9	-	38.4*	54.9	41.7*	65.4	64.4	57.1	60.9
25-39	-	69.3	-	46.7*	58.5*	57.6*	54.4*	63.9	58.6*	65.8
40-59	-	73.1	-	51.0	55.8	48.2	55.7	54.3	57.2	62.0
60-64	-	-	-	-	-	31.1	54.4	40.8*	39.5*	57.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

In allen beteiligten Bundesländern zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln über den Beobachtungszeitraum von 20 Jahren einen signifikanten Rückgang (Abbildung 6-25). Diese Änderungen betrafen sowohl Männer als auch Frauen. Dies wird vor allem bei Rückgang von 1995 auf 2000 deutlich. Seit dem Jahr 2000 gab es insgesamt nur wenige Veränderungen. Die Werte bei Männern waren in den letzten 18 Jahren weitestgehend stabil. Bei Frauen zeigte sich ein Rückgang seit 2009 in Berlin und Hessen und seit 2012 in Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Nur in Thüringen zeigte sich seit 2006 ein zunehmender Trend.

Der Rückgang der Gebrauchsprävalenzen von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln war insbesondere in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen sichtbar (Tabelle 6-22). In Nordrhein-Westfalen, Hessen, Berlin und Sachsen zeigten sich darüber hinaus Rückgänge bei den 25- bis 39-Jährigen. In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen war die Prävalenz bis 2015 rückläufig und ist 2018 wieder leicht angestiegen.

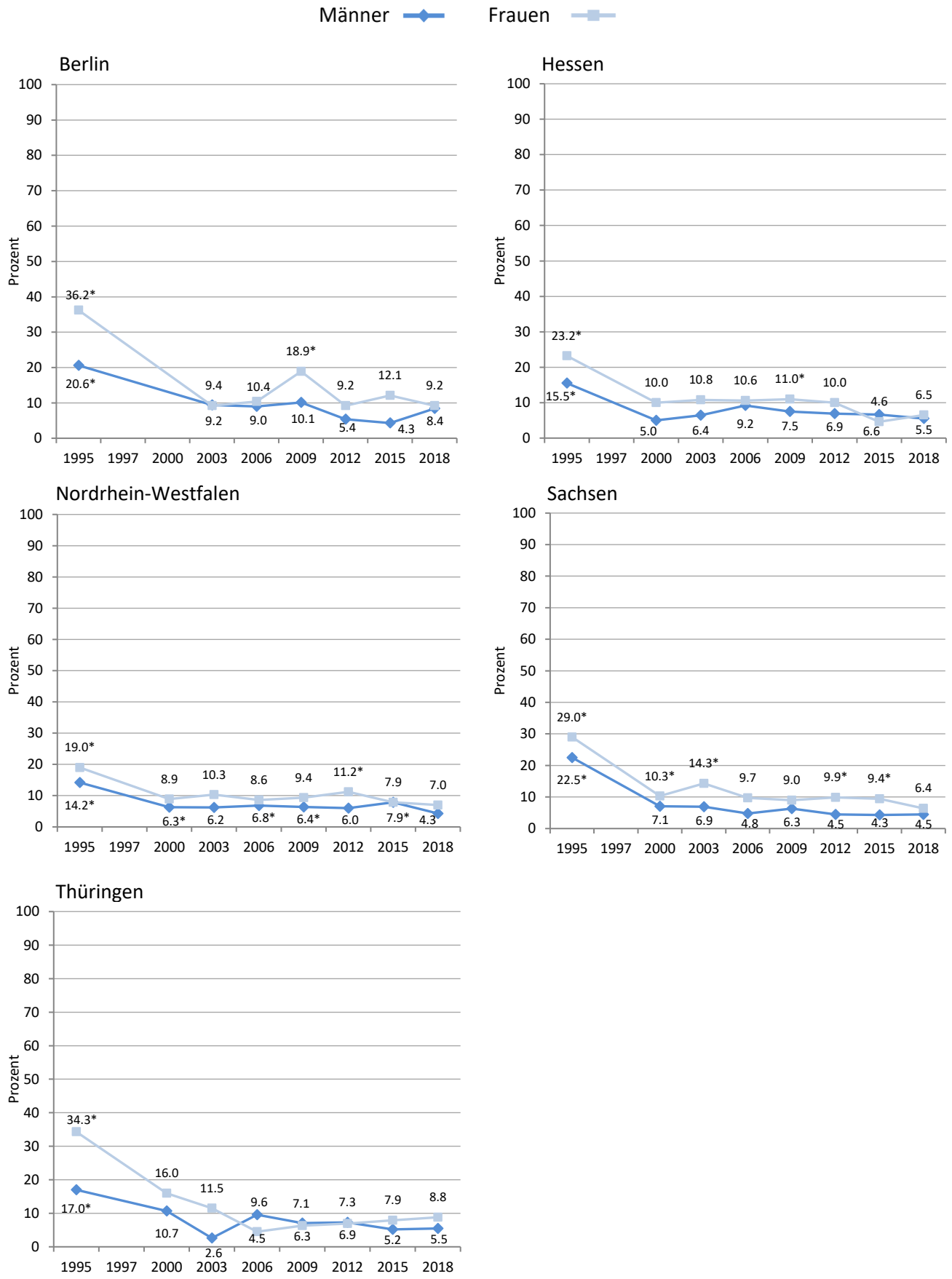

Abbildung 6-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	11.9	-	-	14.7	6.9*	16.9	2.8*	6.5	9.1
25-39	-	17.9*	-	-	2.8	6.8	6.1	6.2	4.2	8.6
40-59	-	39.1*	-	-	12.2	12.7*	18.8*	9.3	11.2	8.9
60-64	-	-	-	-	-	13.4*	7.2	9.8	8.2	9.8
Hessen										
18-24	-	13.7	-	2.9	3.9	11.1	12.4	6.1	4.3	6.6
25-39	-	13.6*	-	6.0	7.3	9.0	7.0	6.1	6.6	5.9
40-59	-	26.0*	-	9.3	10.4	10.1	9.6	10.3	5.3	5.8
60-64	-	-	-	-	-	16.7	16.6	8.3	7.6	13.1
NRW										
18-24	-	9.3	-	6.8	5.3	4.3	6.0	5.3	6.3	6.5
25-39	-	12.9*	-	5.7	8.7	5.1	6.1	6.6	9.2	6.5
40-59	-	22.0*	-	13.3*	8.5	10.1*	9.5*	10.3*	7.6	4.9
60-64	-	-	-	-	-	9.9	8.1	11.6	10.4	9.3
Sachsen										
18-24	-	15.1	-	6.6	3.1	3.0	5.2	5.3	5.2	6.5
25-39	-	15.6*	-	5.1	10.5	5.1	5.1	5.4	5.7	5.4
40-59	-	37.0*	-	12.3*	12.5*	10.2	9.7*	8.6	7.7	5.1
60-64	-	-	-	-	-	22.6	18.3	10.4	6.8	9.1
Thüringen										
18-24	-	16.6	-	10.2	3.8*	7.7	7.5	5.9	4.6*	10.2
25-39	-	15.0	-	12.0	4.9*	4.6	6.0	5.5	5.4	8.3
40-59	-	37.0*	-	14.9*	10.1	9.2	6.9	8.3	7.5	5.7
60-64	-	-	-	-	-	~	~	13.4	5.6	8.1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 20). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.3 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

In Berlin und Sachsen hat sich der Trend der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln von 1995 bis 2018 signifikant reduziert (Abbildung 6-26). Dies ist vor allem bei Rückgang von 1995 auf 2000 ersichtlich. Neben minimalen Schwankungen war die Prävalenz in den Bundesländern aber weitgehend konstant.

Die 12-Monats-Prävalenz reduzierte sich seit 1995 signifikant in Berlin und Sachsen bei 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen und in Thüringen bei 40- bis 59-Jährigen (Tabelle 6-23). Ein signifikanter Zuwachs war in der Altersgruppe 18- bis 24-Jährigen in Berlin und Nordrhein-Westfalen seit 2006 bzw. 2000 zu beobachten. In der ältesten Gruppe der 60- bis 64-Jährigen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen.

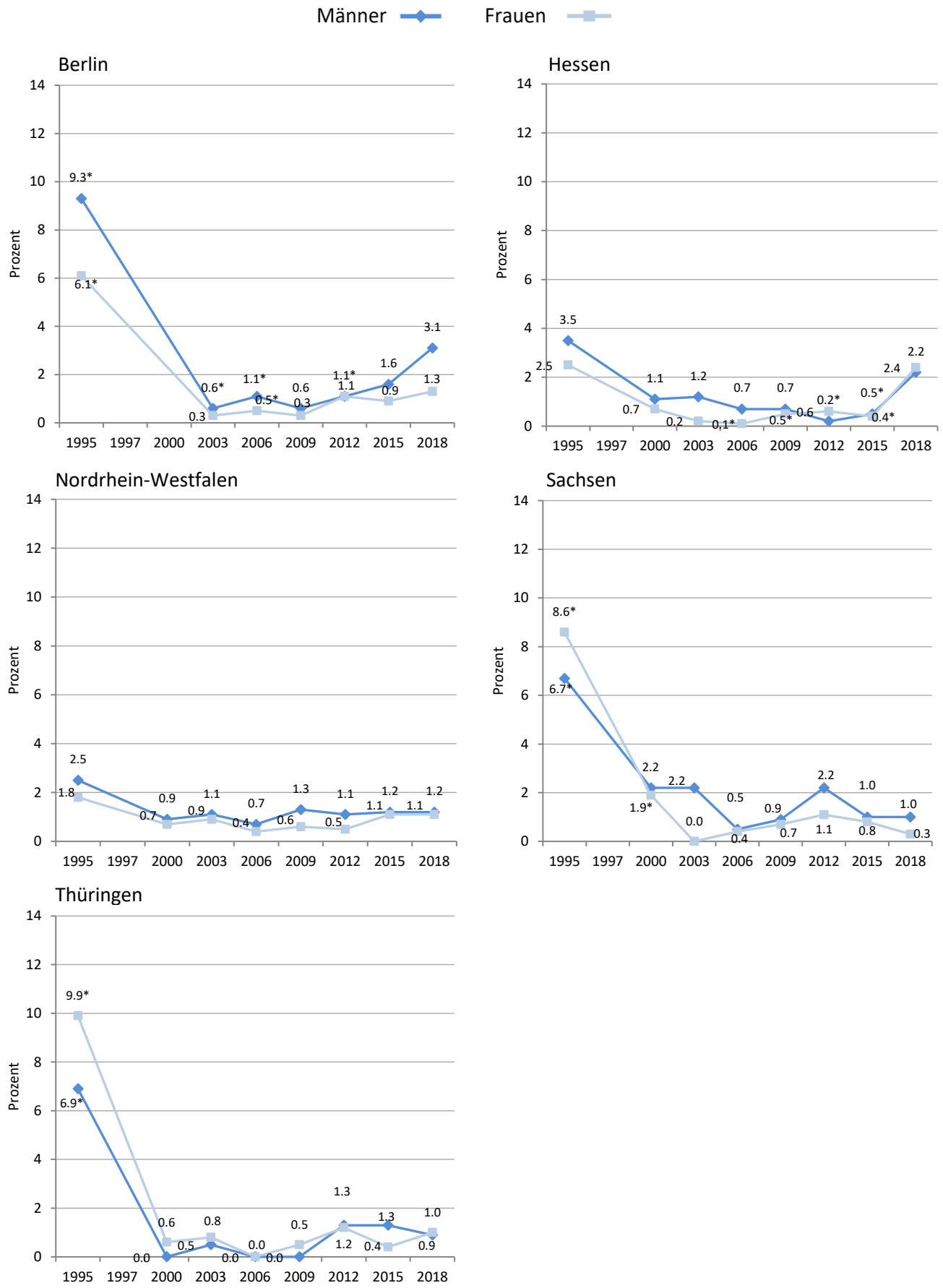

Abbildung 6-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin									
18-24	10.0	-	-	1.4	0.5*	3.5	1.9*	5.0	5.3
25-39	5.1*	-	-	0.8	1.0	0.0	1.0	0.9	1.4
40-59	8.8*	-	-	0.0	0.8*	0.0	1.0	0.8	2.1
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.9	0.0	3.8
Hessen									
18-24	2.1	-	2.0	0.0	0.4*	1.5	1.9	2.5	4.1
25-39	3.2	-	0.6	0.8	0.0	0.0	0.4	0.4*	2.5
40-59	3.1	-	1.0	0.8	0.7	0.6	0.0	0.0	1.6
60-64	-	-	-	-	1.5	0.0	0.0	0.9	3.4
NRW									
18-24	2.0	-	0.9*	1.7	1.5*	0.9*	2.0	1.9*	3.9
25-39	1.8	-	0.5	0.5	0.5	0.6	1.3	1.2	0.8
40-59	2.5	-	1.5	1.2	0.4	1.2	0.2	0.9	0.7
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.5	0.0	0.4
Sachsen									
18-24	6.3	-	1.1	0.0	2.8	0.5	2.7	1.0	1.1
25-39	6.7*	-	0.5	1.6	0.0	1.3	4.3*	1.1	1.3
40-59	8.8*	-	3.5*	1.2	0.0	0.5	0.0	0.8	0.1
60-64	-	-	-	-	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	0.0	-	0.0	1.9	0.0	1.4	2.0	2.0	1.3
25-39	4.9	-	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.0	2.0
40-59	13.6*	-	0.6	0.9	0.0	0.0	1.1	0.5	0.3
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern war in den Bundesländern ein Rückgang der Prävalenzen von 1995 bis 2009 zu beobachten (Abbildung 6-27) und blieb anschließend über die Zeit stabil. Insbesondere in Berlin und Sachsen zeigten sich 1995 sowie bei Männern in Nordrhein-Westfalen zwischen 2000 und 2006 signifikante Veränderungen gegenüber 2018. Geschlechterübergreifende Unterschiede zeigten sich nur in den Jahren 1995 und 2000.

Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern unterschiedlich aus (Tabelle 6-24). So zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikanten Veränderungen. Bei den 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen war ein Rückgang der Prävalenzen in den Bundesländern zu beobachten, während der Anteil der 60- bis 64-Jährigen in Hessen und Nordrhein-Westfalen kurzzeitig zwischen 2006 und 2012 anstieg.

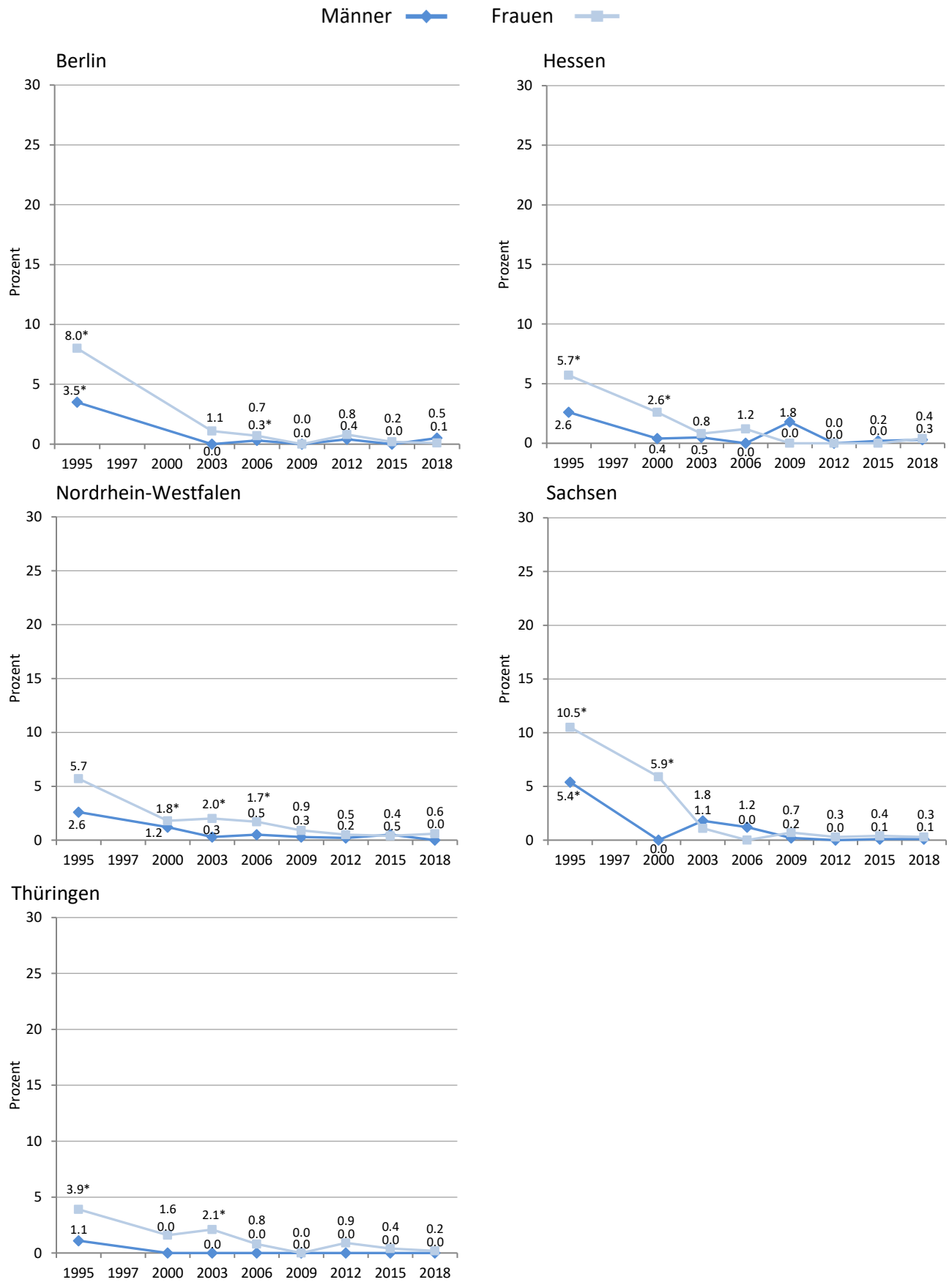

Abbildung 6-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	2.9	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0
25-39	-	4.4*	-	-	0.5	0.1*	0.0	0.6	0.0	0.6
40-59	-	7.3*	-	-	0.8	0.9	0.0	0.8	0.0	0.1
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
Hessen										
18-24	-	4.2	-	0.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	1.6
25-39	-	4.6*	-	1.8*	0.9	0.7	0.8	0.0	0.4	0.4
40-59	-	3.7	-	1.4	0.5	0.3	1.2	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	1.5	0.0	0.0	0.8	0.0
NRW										
18-24	-	2.0	-	1.7	0.8	2.5	0.5	0.3	0.5	1.1
25-39	-	4.3*	-	1.4*	0.9	0.5	1.0	0.3	0.4	0.4
40-59	-	4.6*	-	1.5	1.4	1.1	0.4	0.4	0.4	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.4	0.7	0.5	0.0	0.0
Sachsen										
18-24	-	7.5	-	2.2	0.0	1.6	1.2	1.1	0.3	1.6
25-39	-	8.1*	-	4.3*	2.2*	0.0	0.5	0.0	0.2	0.1
40-59	-	8.0*	-	1.9	1.3	0.7	0.2	0.0	0.2	0.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen										
18-24	-	0.0	-	0.0	1.3	3.0	0.0	0.8	0.0	0.0
25-39	-	3.5*	-	0.9	1.0	0.0	0.0	0.6	0.3	0.3
40-59	-	2.5	-	0.8	1.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

Der Anteil an Personen, bei denen eine 12-Monats-Prävalenz vom Gebrauch von Antidepressiva vorlag, hat in Nordrhein-Westfalen, Thüringen sowie bei Frauen in Sachsen und Männern in Hessen von 2015 bis 2018 wesentlich abgenommen (Abbildung 6-28). In Hessen nahm der Anteil an Frauen mit Antidepressiva-Gebrauch signifikant zu. Ebenfalls zeigte sich bei Frauen in Thüringen im Jahr 2000 gegenüber 2018 ein signifikant rückläufiger Trend.

Bei Betrachtung der Altersgruppen war in Hessen bei den 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen ein rückläufiger Trend in Hinblick auf Gebrauch von Antidepressiva von 2000 bis 2018 zu erkennen (Tabelle 6-25). Zudem war wesentlicher Anstieg bei den 18- bis 24-Jährigen in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2003 und 2009 im Vergleich zu 2018 zu beobachten. Ebenfalls zeigten sich in den älteren Altersgruppen der 40- bis 59-Jährigen in Sachsen und 60- bis 64-Jährigen in Thüringen in den Jahren 2000 und 2006 signifikante geringere Prävalenz.

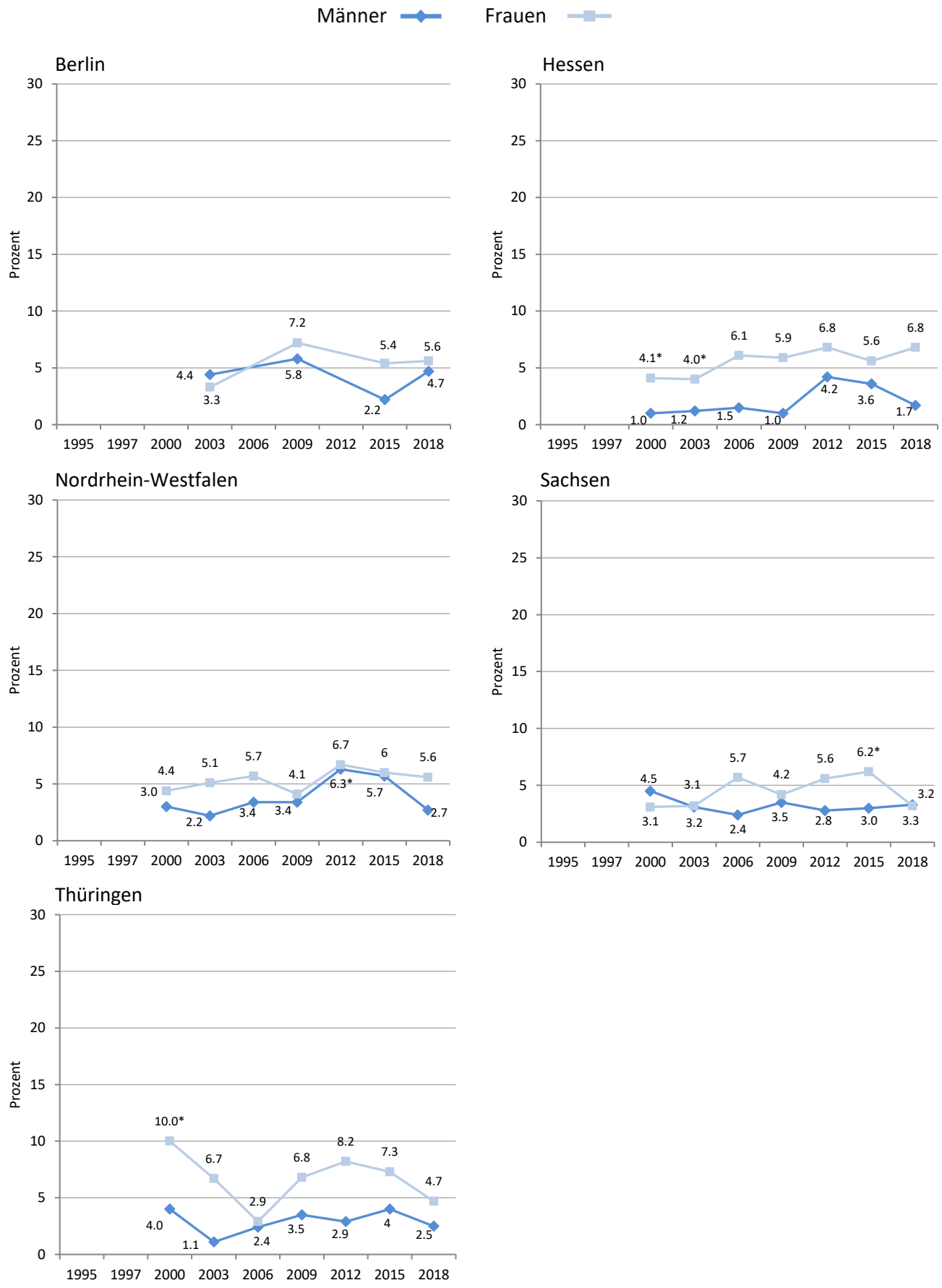

Abbildung 6-28: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	-	-	-	2.7	-	6.4	-	1.7	4.0
25-39	-	-	-	-	0.0	-	4.8	-	5.1	4.2
40-59	-	-	-	-	6.5	-	7.4	-	3.6	6.4
60-64	-	-	-	-	-	-	11.4	-	2.7	9.1
Hessen										
18-24	-	-	-	0.0	2.4	3.4	1.6	0.8	0.9	2.5
25-39	-	-	-	1.4	0.3*	2.5	3.1	5.0	4.8	3.0
40-59	-	-	-	3.8*	4.3	4.5	4.1	6.8	5.5	5.4
60-64	-	-	-	-	-	9.3	16.1	8.7	4.5	4.3
NRW										
18-24	-	-	-	3.5	1.9*	1.9	1.2*	3.5	2.6	4.0
25-39	-	-	-	3.2	2.1	3.9	2.5	4.8	5.2	3.4
40-59	-	-	-	5.1	5.2	5.6	5.1	8.2*	7.1	4.7
60-64	-	-	-	-	-	3.2	6.4	8.2	8.0	4.4
Sachsen										
18-24	-	-	-	0.0	1.3	1.6	1.4	5.0	2.5	2.3
25-39	-	-	-	1.9	3.1	2.2	3.3	2.1	3.4	3.2
40-59	-	-	-	6.6	3.7	6.3	4.8	5.1	5.7	3.5
60-64	-	-	-	-	-	12.9*	7.2	3.6	5.1	4.0
Thüringen										
18-24	-	-	-	0.0	2.7	0.0	2.8	0.8	1.4	2.0
25-39	-	-	-	6.0	2.6	2.1	2.1	3.3	3.8	5.2
40-59	-	-	-	9.2*	5.5	3.6	7.1*	7.5*	7.3*	2.8
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	11.0	3.5	6.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.6 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Die Verbreitung des Konsumgebrauchs von Neuroleptika verlief zwischen den betrachteten Bundesländern weitestgehend einheitlich (Abbildung 6-29). Es zeigten sich wellenartige Prävalenzänderungen mit einem Anstieg im Jahr 2009 bzw. 2012. Bei Frauen in Nordrhein-Westfalen waren 2006 signifikante Veränderungen gegenüber 2018 zu beobachten. Anderweitige geschlechterübergreifende Veränderungen waren nicht erkennbar.

Bei den 40- bis 64-Jährigen waren die höchsten Prävalenzwerte zu finden (Tabelle 6-26). Vereinzelt gab es signifikant angestiegene Werte, wie in Hessen bei den 40- bis 59-Jährigen und in Nordrhein-Westfalen bei den 25- bis 39-Jährigen.

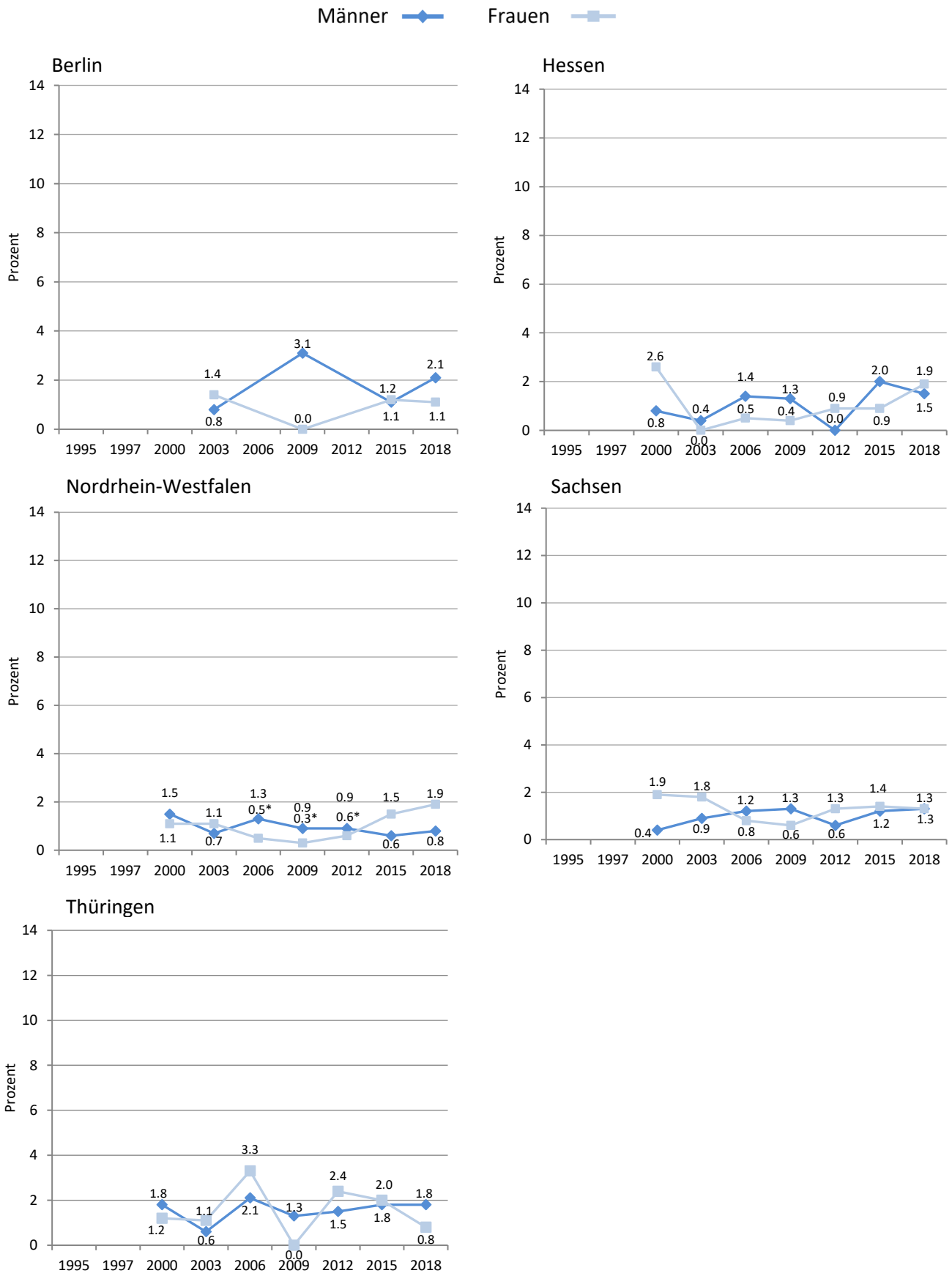

Abbildung 6-29: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	-	-	-	0.0	-	2.3	-	0.0	0.1
25-39	-	-	-	-	0.0	-	1.7	-	0.8	1.1
40-59	-	-	-	-	2.1	-	1.2	-	1.5	2.6
60-64	-	-	-	-	-	-	0.0	-	0.0	1.5
Hessen										
18-24	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	0.0
25-39	-	-	-	1.8	0.0	2.2	0.6	0.5	1.4	0.6
40-59	-	-	-	1.8*	0.4*	0.5*	1.2	0.3*	1.7	2.8
60-64	-	-	-	-	-	0.0	2.1	1.3	0.8	1.9
NRW										
18-24	-	-	-	0.5	0.7	0.7	0.5	0.6	0.6	1.1
25-39	-	-	-	1.4*	0.6*	0.7*	0.4*	0.8	0.9	2.1
40-59	-	-	-	2.0	1.2	1.1	0.7	0.8	1.3	1.0
60-64	-	-	-	-	-	0.8	0.7	2.8	1.6	0.0
Sachsen										
18-24	-	-	-	0.0	0.0	1.6	0.7	0.0	1.4	1.4
25-39	-	-	-	0.5	0.8	0.0	0.9	0.6	0.7	0.7
40-59	-	-	-	2.1	2.1	1.6	1.2	1.3	1.6	1.6
60-64	-	-	-	-	-	2.3	2.9	0.0	1.5	4.0
Thüringen										
18-24	-	-	-	0.0	1.4	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0
25-39	-	-	-	1.4	0.7	1.9	0.0	1.0	1.3	2.4
40-59	-	-	-	2.0	0.8	3.7	1.3	2.5	2.6	1.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	3.7	0.0	2.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.7 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika)

Die geringste Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) wurde im Jahr 2000 und 2003 bei fast allen Bundesländern geschätzt. Danach sind die Werte bis 2018 zum Teil signifikant angestiegen Abbildung 6-30).

Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern weitestgehend vergleichbar aus (Tabelle 6-27). So zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen nur in Nordrhein-Westfalen signifikanten Veränderungen. Bei 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen waren wesentliche Veränderungen insbesondere in den Jahren 2000, 2006, 2012 und 2015 erkennbar. Eine Zunahme der Prävalenzen konnte in allen Bundesländern beobachtet werden. In der ältesten Altersgruppe zeigten sich keine signifikanten Veränderungen.

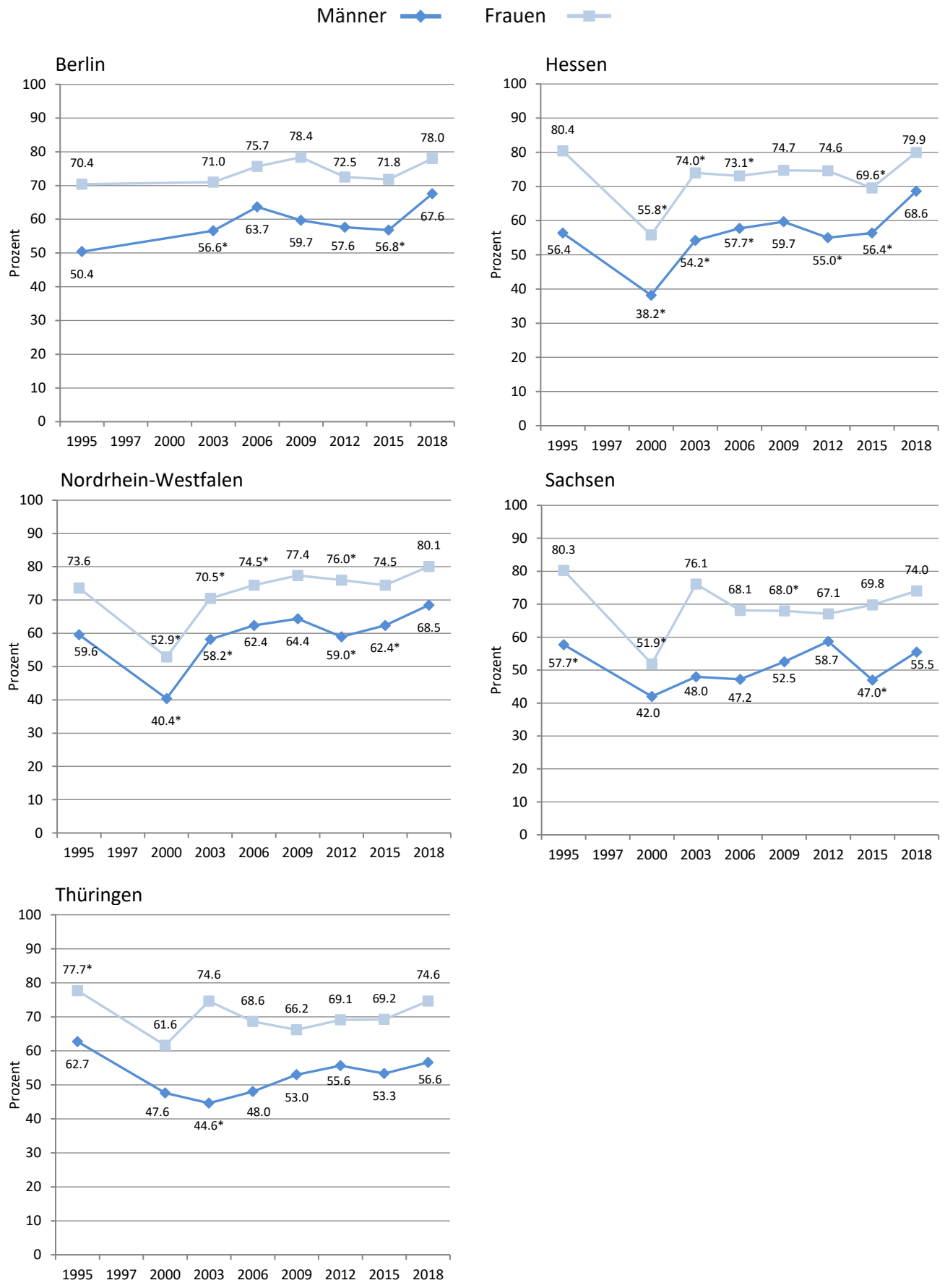

Abbildung 6-30: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	37.3	-	-	64.1	71.4	68.5	62.8	62.3	70.3
25-39	-	51.3	-	-	61.1*	75.7	65.9*	64.9	71.4	76.9
40-59	-	71.7	-	-	65.8	64.9	71.4	65.7	61.7	69.7
60-64	-	-	-	-	-	44.6	49.4	50.6	58.8	62.3
Hessen										
18-24	-	56.6	-	48.6	61.9	60.9	71.3	61.9	58.7	67.3
25-39	-	67.1	-	46.3*	68.5	76.3	60.6*	64.1*	67.2	73.1
40-59	-	73.2	-	45.0*	60.8*	58.5*	69.6	64.3*	61.4*	76.7
60-64	-	-	-	-	-	64.7	62.2	59.3	51.8	64.5
NRW										
18-24	-	57.3	-	43.9*	67.4*	67.8*	72.5	66.3*	63.9*	72.5
25-39	-	68.6	-	48.8*	65.1*	76.4	75.9	67.6*	73.0	75.9
40-59	-	67.9	-	44.2*	62.5*	63.7*	67.5*	66.8	67.0*	73.7
60-64	-	-	-	-	-	51.9	50.0	54.0	54.3	55.5
Sachsen										
18-24	-	60.2	-	43.9*	57.5	71.2	62.4	68.1	58.9	65.1
25-39	-	63.3	-	49.1*	68.9	63.1	61.6	68.9	61.3	64.4
40-59	-	76.2	-	46.1*	55.8	49.2*	58.2	58.5	55.7*	64.1
60-64	-	-	-	-	-	61.0	47.4	41.8	47.4	54.0
Thüringen										
18-24	-	48.9	-	41.9	60.6	46.3	67.3	65.9	59.7	62.0
25-39	-	69.3	-	52.8*	61.2*	59.7	58.2	66.9	60.1*	67.7
40-59	-	77.4	-	58.0	58.6	57.7	56.8	58.6	61.7	64.3
60-64	-	-	-	-	-	39.2	59.2	47.0*	42.6*	62.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.8 Trends der Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV

In Hessen hatte die Schmerzmittelabhängigkeit sowohl bei Frauen und Männern nach DSM-IV seit dem Jahr 2000 stetig abgenommen (Abbildung 6-31). Während in Berlin, Thüringen und Nordrhein-Westfalen die Prävalenzen bei Männern abnahm, stieg diese bei Frauen seit 2012 an.

Der Trend zeigte in den meisten Altersgruppen der Bundesländer einen Anstieg der Schmerzmittelabhängigkeit von 2000 bis zum Jahr 2012 (Tabelle 6-28). Anschließend erfolgte in den Bundesländern, außer Thüringen, ein Rückgang der Prävalenzen zum Jahre 2018.

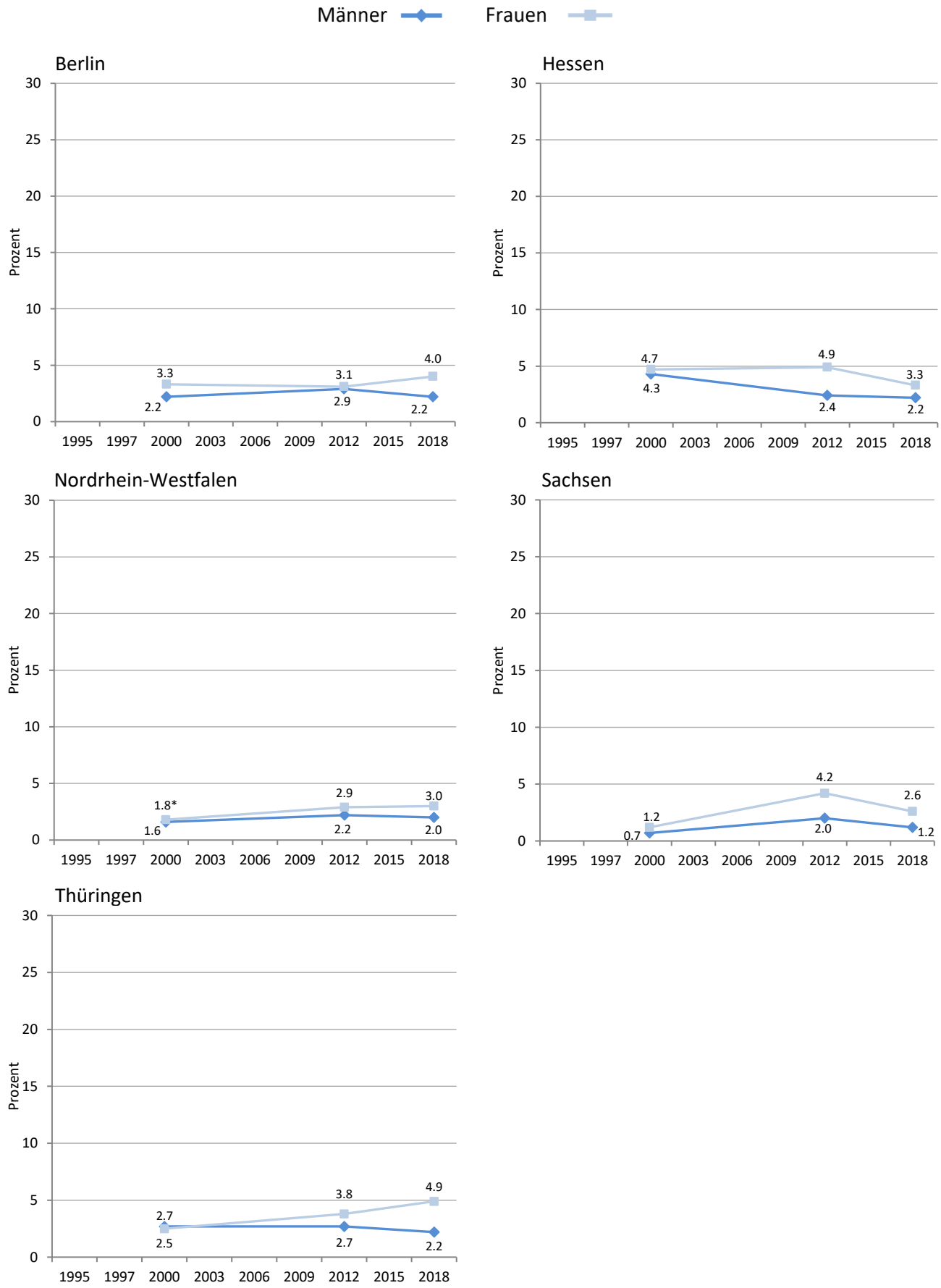

Abbildung 6-31: Trends der Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-28: Trends der Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	-	-	1.4	-	-	-	4.2	-	1.8
25-39	-	-	-	2.1*	-	-	-	1.4	-	2.4
40-59	-	-	-	3.7	-	-	-	3.9	-	3.9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	2.2	-	4.5
Hessen										
18-24	-	-	-	6.0	-	-	-	2.2	-	3.3
25-39	-	-	-	2.7	-	-	-	2.9	-	2.5
40-59	-	-	-	5.7	-	-	-	4.3	-	2.7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	4.9	-	4.2
NRW										
18-24	-	-	-	1.3	-	-	-	1.4	-	1.8
25-39	-	-	-	2.0	-	-	-	2.3	-	2.8
40-59	-	-	-	1.7	-	-	-	3.6	-	2.7
60-64	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Sachsen										
18-24	-	-	-	1.1	-	-	-	1.7	-	0.7
25-39	-	-	-	1.5	-	-	-	4.0	-	2.2
40-59	-	-	-	0.4	-	-	-	2.9	-	1.9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	3.6	-	2.7
Thüringen										
18-24	-	-	-	0.0	-	-	-	3.0	-	3.7
25-39	-	-	-	3.6	-	-	-	2.4	-	3.1
40-59	-	-	-	2.4	-	-	-	3.7	-	3.6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	4.8	-	4.9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

6.2.9 Trends der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV

Die Prävalenz der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV nahm in den meisten Bundesländern zwischen den Jahren 2000 und 2012 zu (Abbildung 6-32). Daraufhin nahm die Prävalenz zum Jahr 2018 meist wieder ab. Bis auf Thüringen waren bei Männern und Frauen ähnliche Prävalenz zu finden.

In Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen zeigte sich in den Altersgruppen eine Zunahme bis 2012 mit anschließender Abnahme der Prävalenzen zum Jahr 2018 (Tabelle 6-29). Höhere Prävalenzen waren eher in den älteren Altersgruppen zu finden.

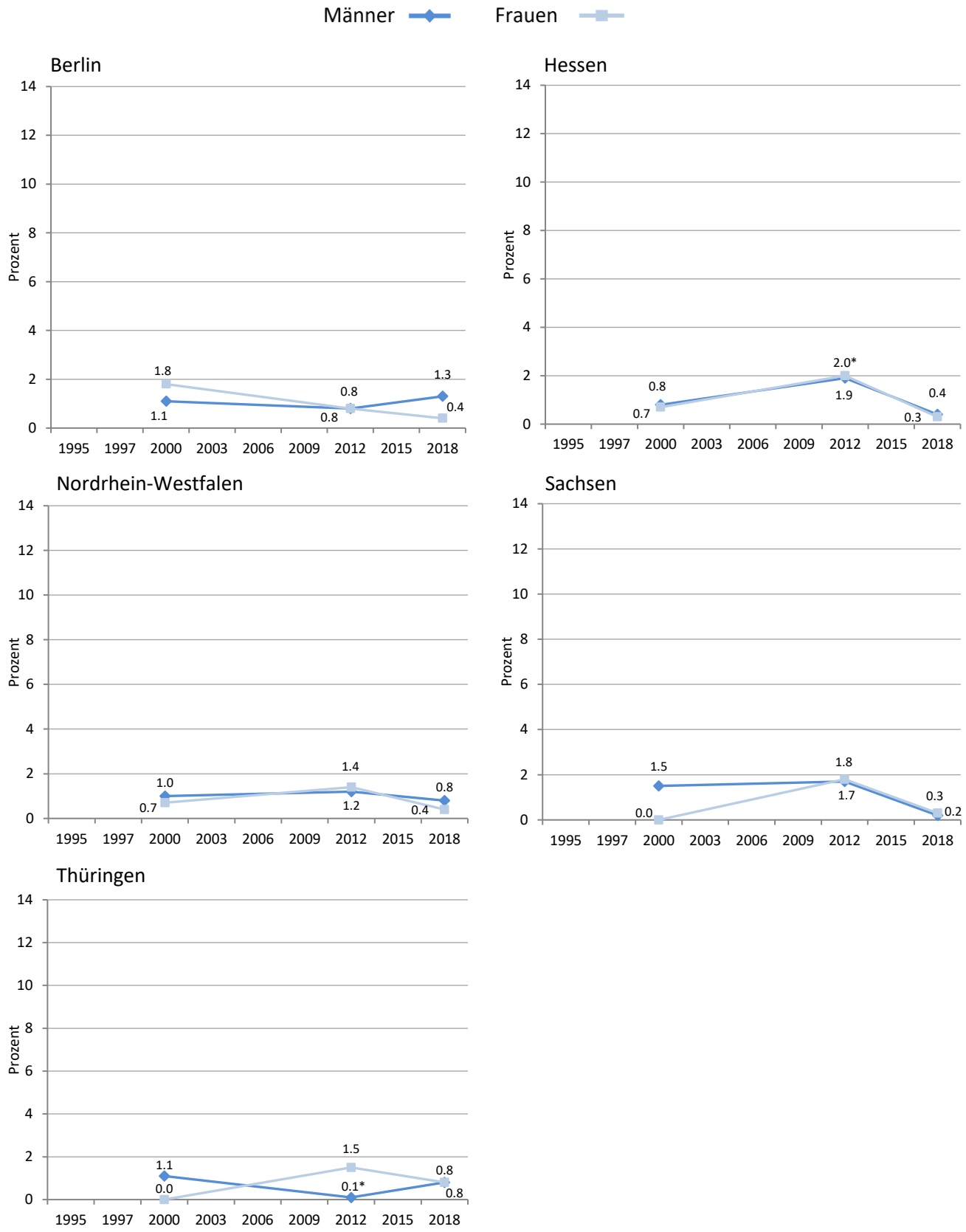

Abbildung 6-32: Trends der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

Tabelle 6-29: Trends der Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
Berlin										
18-24	-	-	-	0.4	-	-	-	0.0	-	1.9
25-39	-	-	-	1.5	-	-	-	0.6	-	0.7
40-59	-	-	-	1.5	-	-	-	1.2	-	0.7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen										
18-24	-	-	-	0.0	-	-	-	1.6	-	1.4
25-39	-	-	-	0.0	-	-	-	0.5	-	0.1
40-59	-	-	-	1.7*	-	-	-	2.9*	-	0.2
60-64	-	-	-	-	-	-	-	3.7	-	1.0
NRW										
18-24	-	-	-	0.8	-	-	-	0.5	-	0.6
25-39	-	-	-	0.5	-	-	-	1.0	-	0.1
40-59	-	-	-	1.7	-	-	-	2.3	-	1.6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen										
18-24	-	-	-	0.0	-	-	-	1.2	-	0.6
25-39	-	-	-	0.8	-	-	-	1.9	-	0.0
40-59	-	-	-	0.9	-	-	-	1.7	-	0.4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	1.7	-	0.6
Thüringen										
18-24	-	-	-	0.0	-	-	-	1.1	-	0.9
25-39	-	-	-	1.4	-	-	-	0.0	-	1.1
40-59	-	-	-	0.0	-	-	-	1.1	-	0.6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	3.3	-	1.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2018.

7 Diskussion

7.1 Tabak und E-Zigaretten

Für Deutschland ergab sich für den Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen vor der Befragung eine Prävalenz von 23.3 %. Statistisch signifikante Abweichungen gegenüber den Bundwerten zeigten sich mit 28.8 % in Berlin. Unter den Konsumenten von Tabak lag die Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag im Bundesdurchschnitt bei 11.5 Zigaretten. Sowohl Männer als auch Frauen zeigten im Bundesland Nordrhein-Westfalen einen höheren Konsum von 13.8 Zigaretten pro Tag. Eine Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien zeigte sich bundesweit bei 8.6 % der Befragten, dies entspricht 33.6 % der aktuellen Tabakkonsumenten. Im Vergleich zum Bund, wies Berlin mit 12.8 % eine signifikant niedrigere Prävalenz auf.

Seit 1995 zeigte sich beim Tabakkonsum bundesweit ein Prävalenzrückgang von etwa 15 Prozentpunkten bei Männern und etwa 8 Prozentpunkten bei Frauen (Seitz et al., 2019). Dieser Trend spiegelte sich auch in den einzelnen Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Thüringen wider. Nur in Berlin zeigte sich in den letzten drei Jahren eine steigende Konsumprävalenz bei Männern. Auch der Anteil an Konsumenten mit starkem Konsum ist seit 1995 deutschlandweit rückläufig. Dennoch liegt in den letzten drei Jahren in Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Hessen bei Männern und in Berlin bei Frauen ein signifikanter Zuwachs vor. In Berlin ist bei den Frauen seit 2015 ein Anstieg von etwa 4 Prozentpunkten zu beobachten.

Verglichen mit der Tabakkonsumprävalenz in Europa im Jahr 2017 liegt Deutschland mit 25 % etwa auf dem Niveau des EU-Durchschnitts von 26 % (Kotz, Böckmann, & Kastaun, 2018). Die Folgen des Rauchens sind dennoch nicht auf vertretbarem Niveau. Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sterben in Deutschland jährlich etwa 120 000 Menschen an den Folgeerkrankungen des Rauchens (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2019). Dies entspricht etwa 1.5 % der geschätzten acht Millionen Todesfälle pro Jahr aufgrund von Tabak weltweit (World Health Organization, 2019). Neben der hohen Mortalität geht der Tabakkonsum zudem mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten einher (Effertz & Viarisio, 2015). Vor diesem Hintergrund ist es befremdlich, dass im Vergleich zu anderen EU-Ländern die Tabakprävention vernachlässigt wird. Beispielsweise ist Deutschland innerhalb der Europäischen Union das einzige Land, in dem Tabakaußenwerbungen nach wie vor nicht verboten ist (Schaller & Mons, 2018).

Der Rückgang des Tabakkonsums in allen Bundesländern in den letzten Jahren ist positiv zu werten. Dieser Trend dürfte als Ergebnis der Einführung einer Reihe von verhältnispräventiven Maßnahmen zu werten sein: die Erhöhung der Tabaksteuer ab dem Jahr 2002 (John & Hanke, 2018), Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes, Werbe- und Abgabebeschränkungen sowie verstärkte Gefahrenhinweise auf Zigarettenpackungen (Schaller & Mons, 2018). Insbesondere die erschwerte Nutzung des Konsums von Zigaretten am Arbeitsplatz reduzierte die Konsumprävalenz deutlich. Ebenfalls dürfte die Erhöhung des Lebensalters für den Kauf von Tabakwaren (John & Hanke, 2018) seit 2003 zu einem Rückgang der Prävalenz bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen beigetragen haben (Zeiher, Starker, & Kuntz, 2018). Vor dem Hintergrund der in einigen Bundesländern in jüngster Zeit wieder leicht gestiegenen Prävalenz starken Rauchens sind jedoch auf Bundes- wie auch Bundesländerebene verstärkt Anstrengungen aktiver Tabakpolitik erforderlich.

Eine neue Herausforderung besteht im Gebrauch bzw. Dampfen von E-Zigaretten: Bundesweit haben etwa 14 % aller Deutschen jemals E-Zigaretten gebraucht. In der DEBRA-Studie wurde eine vergleichbar hohe Lebenszeitprävalenz von etwa 10 % berichtet (Kotz et al., 2018). Das Deutsche Krebsforschungszentrum verzeichnete im Jahr 2018 einen Jemalskonsum von E-Zigaretten von etwa 12 % (Deutsches

Krebsforschungszentrum, 2018). Dass E-Zigaretten für jüngere Personen attraktiv sind, zeigt sich dahingehend, dass bei 18- bis 24-Jährigen die höchste Konsumprävalenz von 34.6 % bestand im Vergleich zu den 25- bis 39-Jährigen mit 20.6 % und dem geringeren Gebrauch bei den 40- bis 59-Jährigen mit 7.3 %. Zudem berichteten Männer häufiger, E-Zigaretten mindestens einmal probiert zu haben (17.8 %) im Vergleich zu Frauen (10.5 %). Dieser Unterschied wurde vor allem in Berlin deutlich, wo fast jeder vierte Mann jemals eine E-Zigarette gebraucht hat.

In den letzten 12 Monaten nutzte weniger als ein Zehntel der Befragten E-Zigaretten. Auch hier zeigte sich in Berlin eine höhere Prävalenz von 14.1 %. In Hessen und Berlin wurde bei Frauen ein deutlich erhöhter Gebrauch von E-Zigaretten gegenüber Männern festgestellt. Nur etwa 4 % der Konsumenten in Deutschland verwendeten E-Zigaretten innerhalb der letzten 30 Tagen. Bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren dampfte dabei etwa jeder zehnte in diesem Zeitraum. Mit einer berichteten 30-Tage Prävalenz von 6.6 % zeigte sich in einer anderen Studie ein ähnliches Konsumverhalten bei jungen Erwachsenen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2019).

Es wird geschätzt, dass etwa 92 % der E-Zigaretten Gebraucher ehemalige Raucher sind und die E-Zigarette als Versuch der Tabakentwöhnung hinzuziehen (Reimer, Kuhn, & Lehmann, 2016). Dies zeigt sich auch im durchschnittlichen Einstiegsalter für E-Zigaretten, das bundesweit auf etwa 30 Jahre geschätzt wurde. Der Umstieg auf E-Zigarette bei einem Teil der Raucher kann ein weiterer Grund für die fallenden Prävalenzraten des Konsums traditioneller Tabakprodukte sein. Ob dieser Trend positiv bewertet werden kann, ist nicht beantwortbar, da aktuell die Folgen von E-Zigaretten nicht absehbar sind. In den USA sind in jüngster Zeit einige Todesfälle im Zusammenhang mit dem Dampfen von E-Zigaretten bekannt geworden und die Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelbehörde der Vereinigten Staaten (FDA) ist alarmiert. Bislang liegen jedoch keine gesicherten Erkenntnisse vor, in welchem Zusammenhang diese Todesfälle mit der Nutzung von E-Zigarette stehen.

7.2 Alkohol

In Deutschland ist Alkohol die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben bundesweit über 70 % der Studienteilnehmer mindestens einmal Alkohol getrunken. In Sachsen und Thüringen waren es 75 %. Sachsen ist das einzige Bundesland, in dem die 30-Tage-Prävalenz insgesamt signifikant höher war als in Deutschland allgemein. Allgemein zeichnet sich bei Männern eine positive Entwicklung der Konsumprävalenz ab. So ging in den letzten 23 Jahren die Konsumprävalenz in allen Bundesländern zurück, d. h. immer mehr Männer tranken in den 30 Tagen vor der Befragung überhaupt keinen Alkohol. Zudem wiesen männliche Konsumenten weniger schädliche Konsumformen auf als in der Vergangenheit.

Die von Experten als riskant angesehenen Grenzwerte liegen bei 12 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen und 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern (Burger, Bronstrup, & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer, & Mann, 2008). Deutschlandweit konsumierten 19.7 % der Frauen und 16.7 % der Männer in den letzten 30 Tagen Alkoholmengen oberhalb dieser Grenzwerte. In Berlin war es jede vierte Frau und in Sachsen und Thüringen jeder vierte Mann. Verglichen mit den bundesweiten Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2015 (13.4 % der Frauen und 17.0 % der Männer) (Piontek, Gomes de Matos, Atzendorf, & Kraus,

2017) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland von 2008 bis 2011 (durchschnittlich 13.1 % der Frauen und 18.5 % der Männer) (Lange, Manz, Rommel, Schienkiewitz, & Mensink, 2016) lagen in der aktuellen Erhebung die Prävalenzen riskanten Konsums der Frauen über denen der Männer. Auch bei Frauen ist die Konsumprävalenz seit 23 Jahren rückläufig. Auffällig ist jedoch die in allen Bundesländern seit 2006 angestiegene Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens.

Bundesweit wurde bei 1.7 % der Frauen und 4.5 % der Männer eine Alkoholabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV festgestellt. Die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs über die Zeit war nahezu konstant (1.5 % bei Frauen, 4.0 % bei Männern). In Berlin wiesen im Vergleich zum Bund signifikant mehr Frauen und Männer eine Alkoholabhängigkeit auf.

Auffällig sind die über die Jahre teilweise gestiegenen Prävalenzen der Altersgruppe 60- bis 64-Jahre. Sowohl die Konsumprävalenz, als auch die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens waren in dieser Altersgruppe in Berlin deutlich höher als im bundesdeutschen Durchschnitt. In Berlin und Sachsen stiegen die Konsumprävalenzen seit 2015 um über 10 %. Zudem ist der Anteil an Personen mit Alkoholmissbrauch in keiner Gruppe höher als bei den 60- bis 64-Jährigen. In Hessen lässt sich seit 2012 ein Anstieg der Prävalenz des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit erkennen.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist in Berlin, Thüringen und Nordrhein-Westfalen seit 2012 wieder ein Anstieg des episodischen Rauschtrinkens unter den 18- bis 25- Jährigen zu beobachten. In Nordrhein-Westfalen zeigt sich in der jüngsten Altersgruppe zudem ein deutlicher Anstieg der Missbrauchs- und der Abhängigkeitsprävalenz.

Die günstigen Entwicklungen des Alkoholkonsums bei Männern sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor zu den Hochkonsumländern gehört (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2018). Übermäßiger Alkoholkonsum ist einer der größten und dennoch vermeidbaren Risikofaktoren für Erkrankungen und vorzeitigen Tod in der Bevölkerung (Anderson et al., 2016). Alkohol hat nicht nur direkte negative physiologische Auswirkungen. Es bestehen zudem synergistische Effekte zwischen Alkohol und anderen gesundheitlichen Risikofaktoren wie dem Rauchen oder Übergewicht, die häufig gemeinsam auftreten (Marrero et al., 2005; Noble, Paul, Turon, & Oldmeadow, 2015; Prabhu, Obi, & Rubeinstein, 2014).

Jedes Jahr sind über 5 % aller Todesfälle weltweit auf riskanten Alkoholkonsum zurückzuführen (World Health Organization, 2018). Neben hohen Konsummengen zählt auch episodisches Rauschtrinken zu den riskanten Trinkmustern. Als akute Folgen für Konsumenten und für Dritte sind besonders Unfälle im Straßenverkehr zu nennen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2015).

Es ist davon auszugehen, dass die Verringerung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke zu einem Rückgang der Konsumprävalenz und der Verbreitung problematischer Konsummuster führen würde (Babor et al., 2010).

7.3 Illegale Drogen

Bundesweit haben 8.3 % aller Befragten angeben, in den letzten 12 Monaten irgendeine illegale Droge konsumiert zu haben (10.2 % Männer und 6.4 % Frauen). Unter den konsumierten illegalen Drogen nimmt

Cannabis sowohl bei jungen Erwachsenen als auch bei älteren Altersgruppen die prominenteste Rolle ein: 7.1 % der Befragten haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert (8.9 % Männer, 5.3 % Frauen). Berlin weist die höchste Konsumprävalenz von Cannabis mit 17.1 % auf (19.6 % Männer, 14.6 % Frauen) und weicht damit deutlich vom Bundesdurchschnitt ab. Dies geht einher mit im Vergleich zum Bund höheren Prävalenzen bei Cannabisabhängigkeit (0.6 % vs. 1,8 %) oder -missbrauch (0.6 % vs. 1.8 %) nach DSM-IV. In den anderen Bundesländern wurden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt vergleichbare 12-Monats-Prävalenzen und Prävalenzen für Cannabisabhängigkeit oder -missbrauch nach DSM-IV geschätzt.

In den letzten zehn Jahren ist in allen Bundesländern ein kontinuierlicher Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis zu beobachten, sodass in etwa das Niveau Anfang der 2000er Jahre erreicht wurde. Insbesondere in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen stieg die Prävalenz zwischen den Jahren 1990 und 2018 signifikant von 7,7 % auf 24,3 % (Seitz et al., 2019).

Cannabiskonsum ist in den letzten Jahren nach einem fallenden Trend bis zum Ende der 2000er Jahre auch unter den Jugendlichen angestiegen. Es wurde geschätzt, dass aktuell ungefähr jeder zehnte Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren schon einmal im Leben Cannabis probiert hat (Orth & Merkel, 2019). Für das Jahr 2018 wurde unter Jugendlichen eine 12-Monats-Prävalenz von 8.0 % ermittelt. Ein steigender Trend des Cannabiskonsums bei 15- bis 16-Jährigen wurde zudem in einigen europäischen Ländern (Kraus, Guttormsson, et al., 2016) und in den USA (Hasin, 2018) berichtet.

Einer der Gründe für die Zunahme des Cannabiskonsums dürfte sein, dass sich die subjektive Wahrnehmung der gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums verändert hat. Cannabis wird aktuell weniger gesundheitlich gefährlich eingeschätzt als vor 10 bis 15 Jahren (Compton, Han, Jones, Blanco, & Hughes, 2016). Die Diskussion in Politik und Gesellschaft über die Legalisierung von Cannabis für den medizinischen und therapeutischen Einsatz von Cannabis könnte zur Wahrnehmungsveränderung beigetragen haben, wie auch die steigende Zahl an Ländern, die Cannabis legalisiert haben, u.a. Uruguay, einige Bundesstaaten der USA und Kanada.

Die langfristigen Folgen von Cannabiskonsum sind mögliche Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit und Psychomotorik. Darüber hinaus ist bei starkem Cannabiskonsum von einem um das 2- bis 3,4-fach erhöhten Risiko für psychische Störungen auszugehen (Hoch, Friemel, & Schneider, 2019). Jugendliche und junge Erwachsene gelten als besonders vulnerabel. Grundsätzlich bedarf es weiterer Präventionsanstrengungen, um die mit einer Zunahme des Cannabiskonsums einhergehende steigende Anzahl von Personen mit einer Cannabisabhängigkeit zu vermeiden.

Andere illegale Drogen als Cannabis waren weitaus weniger verbreitet. Nennenswert waren Amphetamin/Metamphetamin mit einer 12-Monats-Prävalenz von 1.2 %, Ecstasy und Kokain/Crack mit jeweils 1.1 % und neue psychoaktive Substanzen (NPS) mit 0.9 %. In Gesamtdeutschland und den einzelnen Bundesländern sind die Prävalenzen dieser Substanzen über die Zeit relativ stabil. Es ist aber davon auszugehen, dass die Prävalenzwerte des Konsums illegaler Drogen auf der Basis von Bevölkerungsbefragungen in der Regel unterschätzt werden, da Drogenkonsumenten mit intensiveren Konsummustern zumeist nicht erfasst werden. Somit handelt es sich bei der Mehrheit der positiven Fälle weitgehend um sozial integrierte Gelegenheitskonsumenten (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008). Dies bedeutet aber nicht, dass bestimmte illegale Drogen bei Jugendlichen und in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen keine Rolle spielen und die mit dem Konsum einhergehenden gesundheitlichen Risiken zu vernachlässigen sind.

7.3.1 Methamphetamin

Die Nähe zu Tschechien, wo viele Methamphetamin-Labore vermutet werden, begünstigt die Verfügbarkeit von Methamphetamin in Berlin, Sachsen und Thüringen. Mit den Daten des ESA 2015 wurden im Bundesländervergleich deutlich höhere Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen in Sachsen und Thüringen geschätzt. Im Vergleich zum ESA 2015 sind im Jahr 2018 die 12-Monats-Prävalenzen relativ stabil geblieben (Sachsen) oder leicht gesunken (Thüringen).

Aktuell lag die Lebenszeitprävalenz des Methamphetaminkonsums bundesweit bei 0.8 %. Signifikant höher (insgesamt und bei Frauen) war die Lebenszeitprävalenz in Sachsen (2.3 %) und Thüringen (3.1 %). In Berlin lag der Wert bei 1.8 %. Methamphetamin wird vor allem in den jüngeren Altersgruppen der 18- bis 39-Jährigen konsumiert. Die Mehrheit der Methamphetaminkonsumenten berichtet von einen Konsum von maximal einmal im Monat.

Der Konsum von Methamphetamin ist in Europa weit verbreitet. Es wurden vermehrt Methamphetamin-Rückstände im Abwasser europäischer Städte vorgefunden, wobei die höchsten Werte in nord- und osteuropäischen Städten gemessen wurden (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), 2019). Die deutschen Städte Chemnitz, Erfurt und Dresden wiesen 2017 im europaweiten Vergleich die höchsten Methamphetamin-Rückstände im Abwasser auf, wobei Chemnitz mit 240 mg/1000 Personen/Tag den Spitzenwert erzielte (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), 2018).

Die Ergebnisse zeigen, dass der Umfang des Methamphetaminkonsums in Deutschland nicht weiter gestiegen ist. Aufgrund des hohen Suchtpotenzials von Methamphetamin (Härtel-Petri, 2014) sollte jedoch in den betroffenen Regionen die Entwicklung des Methamphetaminkonsums weiter beobachtet und unterstützende präventive Maßnahmen angeboten werden.

Ein großer Schritt zum Umgang mit den Folgen des Methamphetaminkonsums war die seit Dezember 2016 geltende S3-Leitlinie Methamphetamin. Sie ist die weltweit erste Behandlungsleitlinie für Patientinnen und Patienten mit Methamphetaminbezogenen Störungen, die die höchsten Qualitätskriterien einer S3-Leitlinie erfüllt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2016). Insgesamt wurden mit dieser Leitlinie 135 Empfehlungen für die Akut- und Postakutbehandlung sowie die Behandlung von Begleiterkrankungen und speziellen Patientengruppen bereitgestellt.

7.3.2 Neue psychoaktive Substanzen

Unter neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) werden Designerdrogen und Naturdrogen zusammengefasst, die die Effekte etablierter illegaler Substanzen imitieren. Die wichtigsten Substanzgruppen sind synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone, Phenethylamine, synthetische Opioide und Tryptamine (Hohmann, Mikus, & Czock, 2014). Die Vielzahl neuer psychoaktiver Stoffe und ihre rasche Verbreitung haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass die bis dahin zur Verfügung stehenden gesetzlichen Mittel nicht ausreichten, die Verfügbarkeit von NPS einzugrenzen. Aus Sicht der Konsumierenden sind NPS ein kostengünstiger Ersatz für etablierte Betäubungsmittel. Um der Ausbreitung von NPS entgegenzuwirken, wurden bedenkliche Stoffe in den Anlagen zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgenommen. Da der Gesetzgeber die

zahlreichen neuen psychoaktiven Stoffen nicht ausreichend schnell erfassen konnte, wurde am 26. November 2016 das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) erlassen, das ganze Stoffgruppen dem Gesetz unterstellte, namentlich von 2-Phenethylamin abgeleitete Verbindungen sowie synthetische Cannabinoide. Da mit diesem generischen Ansatz zunächst nur etwa zwei Drittel der sich auf dem Markt befindlichen Stoffe dem Gesetz unterstellt waren und der Markt unmittelbar mit neuen Stoffen, die weder dem NpSG noch dem BtMG unterstellt waren, reagierte, wurden mit der NpSGuBtMGAnlÄndV vom 12. Juli 2019 zusätzliche Stoffgruppen in die Anlage des NpSG aufgenommen. Die Gruppe der Cannabimitetika wurde ergänzt und von N-(2-Aminocyclohexyl)amid abgeleitete Verbindungen sowie Benzodiazepine und Tryptamine wurden neu aufgenommen.

Bundesweit wurden NPS von 0.9 % der Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert und 2.6 % der Befragten hatten irgendwann in ihrem Leben Erfahrungen mit solchen Substanzen gemacht. Die Konsumprävalenz in den Ländern unterscheiden sich mit Ausnahme der Lebenszeit-Konsumerfahrung in Berlin (4.9 %) statistisch nicht von der in Gesamtdeutschland. Die Ergebnisse nach Altersgruppen zeigen weiterhin, dass sich Konsum und Konsumerfahrung in erster Linie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufen. Bestätigt wird dies durch die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und andere Drogen (ESPAD) in Bayern, die im Jahr 2015 bei 15- bis 16-jährigen Schülern eine 12-Monats-Prävalenz von 6.8 % berichtete (Kraus, Piontek, et al., 2016).

Viele europäische Länder erheben seit 2011 nationale Daten zum Konsum von NPS. Ein europaweiter Vergleich dieser Daten kann jedoch aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden der Länder nur begrenzt vorgenommen werden. So wurden bei jungen Erwachsenen (15-34 Jahren) eine erhöhte 12-Monats-Prävalenz in den Niederlanden und geringe Konsumprävalenzen in den skandinavischen Ländern berichtet. Für das Jahr 2016 meldeten zwei Drittel der europäischen Länder, dass bei Hochrisiko-Drogenkonsumierenden der Konsum von NPS zu physischen und psychischen Gesundheitsschäden geführt habe (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), 2019). Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von synthetischen Cannabinoiden kann es zu unerwünschten Symptomen in Form von Tachykardie, Halluzinationen und arterieller Hypertonie kommen (Hohmann et al., 2014).

7.4 Medikamente

Der Gebrauch von Medikamenten unterscheidet sich grundlegend vom Konsum legaler und illegaler Drogen. In der Regel erfolgt die Einnahme zur Behandlung von Erkrankungen oder zum Lindern von Beschwerden. Der Gebrauch zu Genuss- oder Rauschzwecken ist eher selten. Die hohe Relevanz des Gebrauchs von Medikamenten in der Bevölkerung zeigt sich nicht zuletzt in den etwa 39.9 Mrd. €, die im Jahr 2017 für Arzneimittel ausgegeben wurden, wobei etwa 17.0 % aller Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf medikamentöse Therapien entfielen (Schwabe, Paffrath, Ludwig, & Klauber, 2019). Epidemiologische Daten zur Einnahme von Medikamenten in Bevölkerungsbefragungen haben gegenüber Verordnungsdaten der Krankenkassen den Vorteil, dass sie neben ärztlichen Verschreibungen auch den Gebrauch nicht verschriebener Medikamente erfassen. Etwa die Hälfte aller verkauften Arzneimittelpackungen beruhen nicht auf einer ärztlichen Verschreibung (Glaeske, 2017).

Die Ergebnisse des ESA 2018 machen deutlich, dass in den letzten 30 Tagen vor der Befragung etwa jeder zweite Deutsche (53.0 %) mindestens ein Medikament eingenommen hat. In den beteiligten Bundesländern schwankten diese Raten zwischen 47.2 % in Sachsen und 56.5 % in Hessen. Schmerzmittel wurden von den erfassten Arzneimittelgruppen am häufigsten genutzt (Gesamtwert Bund: 50.4 %). Diese wurden in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 54.2 % der Befragten in Hessen und 44.7 % der Befragten in Sachsen eingenommen. Von allen Länderprävalenzen unterscheidet sich lediglich der Wert in Sachsen statistisch signifikant vom Gesamtwert. Deutlich seltener wurde die Einnahme (letzte 30 Tage) von Schlaf- und Beruhigungsmittel mit insgesamt 4.5 % und Antidepressiva mit insgesamt 4.2 % berichtet. Die Prävalenzschwankungen zwischen den Bundesländern waren gering und wiesen keine statistisch signifikanten Abweichungen zum bundesdeutschen Gesamtwert auf. Die Gebrauchsprävalenzen von Anregungsmitteln, Appetitzüglern und Anabolika lagen alle unter einem Prozent. Die Gründe für die hohen Prävalenzen der Einnahme von Schmerzmittel dürften in der hohen Anzahl an Präparaten zu suchen sein, die nicht verschreibungspflichtig sind. Analysen der Verkaufszahlen belegen, dass im Jahr 2015 etwa 50 % aller verkauften Schmerzmittelpackungen ohne Rezept abgegeben wurden (Glaeske, 2017). Die Behandlung von Schmerzen dürfte somit zum großen Teil im Rahmen der Selbstmedikation stattfinden. Dies konnte auch durch die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) bestätigt werden (Knopf & Grams, 2013).

Zu den auffälligen Trendentwicklungen zählt eine in den letzten fünfzehn Jahren weitgehend stabile und in den letzten drei Jahren leicht zunehmende Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs sowie ein allgemeiner Rückgang der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Dies deckt sich mit den Entwicklungen der Verordnungszahlen (Schwabe et al., 2019). Problematisch zu sehen ist in diesem Zusammenhang ein deutlicher Anstieg der Privatverordnungen auch für gesetzlich Versicherte, die einen möglichen kritischen Gebrauch verschleiern, da diese nicht systematisch erfasst werden (Glaeske, 2017).

Bundesweit liegt bei 3.2 % der Bevölkerung eine Schmerzmittelabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV vor, bei 7.6 % ein Schmerzmittelmissbrauch. Bei Schlaf- oder Beruhigungsmittel fallen die Prävalenzen von Abhängigkeit und der Missbrauch mit jeweils 0.7 % der Bevölkerung deutlich geringer aus.

Wichtige Einflussfaktoren auf den Gebrauch von Medikamenten sind das Geschlecht und das Alter der Befragten. Medikamente stellen die einzige im ESA erfasste Substanzgruppe dar, für die Frauen im Allgemeinen ein höheres Konsumrisiko aufweisen als Männer. Ein Grund für die vermehrte Einnahme von Medikamenten bei Frauen könnte sein, dass sie 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 weisen Frauen ein anderes Gesundheits- und Vorsorgeverhalten auf wie das häufigere Aufsuchen medizinischer Einrichtungen (Kolip & Koppelin, 2002; Rattay et al., 2013), was die Einnahme von Medikamenten begünstigt. Die altersspezifische Betrachtung des Gebrauchs macht zudem deutlich, dass insbesondere die häufige und problematische Einnahme von Medikamenten vorrangig ein Phänomen des mittleren bis höheren Erwachsenenalters ist. Vor allem bei älteren Menschen steigt durch häufige Parallelmedikation und lange Verordnungszeiten die Gefahr gesundheitlicher Schäden (Knopf & Grams, 2013). In Deutschland und international werden verstärkt Bemühungen unternommen, das Medikationsmanagement multimorbider Personen zu verbessern (Köberlein-Neu et al., 2016). So haben beispielsweise gesetzlich Versicherte mit drei oder mehr verschriebenen Medikamenten Anrecht auf einen Medikationsplan.

7.5 Methodische Diskussion

Durch die Aufstockung der ESA-Stichprobe in den fünf beteiligten Bundesländern Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen war es möglich, die Verbreitung einer Vielzahl von Substanzen in Stichproben zu erfassen, deren Größe auch bei geringen Prävalenzen verlässliche Schätzungen erlauben. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde durch das komplexe Untersuchungsdesign und die Verwendung von Gewichtungen sichergestellt. Aufgrund verschiedener Strategien wie z. B. dem Einsatz unterschiedlicher Befragungsmodi konnte die Antwortrate bei 42 % stabilisiert werden. Verglichen mit der Datenerhebung für den Länderbericht 2015 sank die Antwortrate um fast 10 Prozentpunkte. In Thüringen und Hessen lag die Antwortrate mit 45.9 % bzw. 44.7 % deutlich über dem Durchschnitt.

Auch bei einer insgesamt zufriedenstellenden Antwortrate besteht das Risiko von Verzerrungen durch eine systematische Nichtteilnahme bestimmter Konsumentengruppen. Beispielsweise konnte mit der im Rahmen der Bunderhebung von 2018 durchgeführten Nonresponse-Befragung gezeigt werden, dass Nichtteilnehmer seltener Alkohol trinken, aber die Konsumenten unter ihnen höhere Konsummengen aufweisen (Atzendorf et al., 2019). Dies legt die Vermutung nahe, dass Konsumprävalenzen mit den vorliegenden Daten leicht überschätzt werden, während die Prävalenz problematischer Konsummuster eher unterschätzt wird. Ein weiteres Risiko besteht in Verzerrungen durch die Nutzung von Selbstangaben zum Konsum. Diese können sowohl Erinnerungsfehler als auch Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit beinhalten (Groves et al., 2009). Problematisch ist insbesondere, dass die Wahrscheinlichkeit für solche Verzerrungen zwischen den Erhebungsmodi variiert (Connor Gorber, Schofield-Hurwitz, Hardt, Levasseur, & Tremblay, 2009; Stockwell et al., 2016). Schließlich muss berücksichtigt werden, dass es bestimmte zum Teil marginalisierte Bevölkerungsgruppen gibt, die nicht in die Grundgesamtheit der Studie fallen und somit nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören Wohnungslose und Gefängnisinsassen, von denen bekannt ist, dass sie ein problematischeres Substanzkonsumverhalten zeigen (Fazel et al., 2008).

7.6 Schlussfolgerungen

Die legalen Substanzen Tabak und Alkohol sind nach wie vor sehr weit in der Bevölkerung verbreitet. Deren hohen Konsumprävalenzen, die sich mit Ausnahme des Tabakkonsums und tabakbezogener Störungen in Berlin zwischen den Bundesländern nicht wesentlich unterschieden, legen aufgrund der mit dem Konsum einhergehenden negativen Folgen einen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf nahe. Beim Cannabiskonsum ist ein weiter steigender Trend nicht auszuschließen, der vermutlich alle Regionen Deutschlands betreffen wird. Der Konsum anderer illegaler Drogen ist weitaus weniger verbreitet. Während die Prävalenzen des Konsums aller erfassten illegaler Drogen in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen auf niedrigem Niveau über die Zeit weitgehend konstant verlaufen, ist in Berlin die Prävalenz des Konsums aller illegalen Drogen (letzte 12 Monate) höher und die Konsumprävalenzen von Amphetamin/Methamphetamin und Kokain/Crack weisen einen deutlich steigenden Trend auf. Zudem scheint Ecstasy in Berlin nach Jahren fallender Prävalenz tendenziell wieder häufiger konsumiert zu werden. Die in Berlin höheren Prävalenzwerte des Tabakkonsums und der genannten illegalen Drogen sind vermutlich zwei Umständen geschuldet. Zum einen dem Umfeld „Großstadt“, das nicht nur den Drogenkonsum erleichtert, sondern auch einen Anziehungspunkt für Personen mit einer Drogenaffinität darstellt (Tretter & Kraus, 2004). Zu diesen Personen zählen sicherlich jüngere Bevölkerungsschichten, die den in den letzten 20 Jahren sattfindenden

demographischen Wandel in Berlin bestimmt haben. Bezüglich der Einnahme von Medikamenten lassen die Entwicklung des Missbrauchsverhaltens weder zeitliche Veränderungen noch regionale Unterschiede erkennen. Die Zunahme des Gebrauchs von Analgetika, die ebenfalls alle Bundesländer gleichermaßen betrifft, ist jedoch kritisch zu hinterfragen.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Maßnahmen zur Reduktion des Substanzkonsums dazu führen, dass die Belastung der Bevölkerung durch Morbidität und Mortalität sowie die ökonomischen Kosten abnehmen. Als effektive Strategie zur Reduktion des Konsums und damit verbundener Probleme wird international vor allem eine Kombination verschiedener Maßnahmen diskutiert, in deren Mitte ein verhältnispräventiver Ansatz stehen sollte (Babor et al., 2010; Levy, Blackman, Currie, & Mons, 2013). Darüber hinaus liegen auch für Deutschland effektive verhaltenspräventive Maßnahmen und Frühinterventionen vor, die schon im Kindes- und Jugendalter ansetzen (Bühler & Thrul, 2013). Die Umsetzung solcher Maßnahmen ist jedoch insgesamt noch zu lückenhaft.

8 Förderhinweis

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2018 wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit BMG gefördert (ZMVI1-2517DSM200).

Die Zusatzstichproben und die Auswertungen für die teilnehmenden Bundesländer wurden durch die Länderministerien gefördert:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Erfurt

Mit der Förderung sind keine Auflagen verbunden.

9 Literatur

Adams, M., & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In M. V. Singer, A. Batra, & K. Mann (Hrsgf.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57-62). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, P., Braddick, F., Conrod, P., Gual, A., Hellman, M., Matrai, S., . . . Ysa Figueras, T. (2016). *The new governance of addictive substances and behaviours*. Oxford: Oxford University Press.

Andlin-Sobocki, P., & Rehm, J. (2005). Cost of addiction in Europe. *European Journal of Neurology, 12 Suppl 1*, 28-33.

Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines -- an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International, 116*, 577-584. doi:10.3238/arztebl.2019.0577

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., . . . Rossow, I. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Baumgärtner, T., & Hiller, P. (2016). *Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015. eskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung in Hamburg sowie in drei Grenzregionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens*. Hamburg: Sucht.Hamburg. https://www.sucht-hamburg.de/images/shop/Dokumente/Baumgaertner_Hiller_2016_SCHULBUS-Bericht_2015.pdf

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., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., . . . Richter, M. (2016). *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys "Health Behaviour in School-aged Children"*. Weinheim: Beltz.

Bühler, A., & Thrul, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd 46. Verfügbar unter http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2318). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2019). *Pressemitteilung - BZgA zum Weltnichtrauchertag 2019: Rauchen erhöht auch das Risiko, an Diabetes zu erkranken*. 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-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 56*, 733-739.

Compton, W. M., Han, B., Jones, C. M., Blanco, C., & Hughes, A. (2016). Marijuana use and use disorders in adults in the USA, 2002-14: analysis of annual cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry, 3*, 954-964.

Connor Gorber, S., Schofield-Hurwitz, S., Hardt, J., Levasseur, G., & Tremblay, M. (2009). The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinineassessed smoking status. *Nicotine and Tobacco Research, 11*(1), 12-24.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2015). *Binge Drinking und Alkoholvergiftungen. DHS Factsheet*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Binge_drinking.pdf (Stand: 11.10.2019)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2018). *Jahrbuch Sucht 2018*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deutsches Krebsforschungszentrum. (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Deutsches Krebsforschungszentrum. (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Deutsches Krebsforschungszentrum. (2018). *E-Zigaretten: Konsumverhalten in Deutschland 2014–2018* (Aus der Wissenschaft - für die Politik). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfdP_2018_E-Zigaretten-Konsumverhalten-in-Deutschland-2014-2018.pdf

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2016). *S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“* (Leitlinienreport, 1. Auflage, Version 1). Available from: www.crystal-meth.aezq.de. doi: 10.6101/AZQ/000337.

Effertz, T. (2015). *Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Effertz, T., & Viarisio, V. (2015). *Die Kosten des Rauchens in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). (2018). *Europäischer Drogenbericht 2018: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). (2019). *Europäischer Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *Public Library of Science Medicine, 5*(12), e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225

Garcia-Altes, A., Olle, J. M., Antonanzas, F., & Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction, 97*(9), 1145-1153. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00170.x

Gelman, A., & Carlin, J. (2002). Poststratification and weighting adjustments. In R. M. Groves, J. L. Eltinge, & R. J. A. Little (Eds.), *Survey nonresponse* (pp. 289-203). New York: John Wiley and Sons.

Glaeske, G. (2017). Medikamente 2015 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 17* (S. 85-106). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Groves, R. M., Fowler, F.-J. J., Couper, M. P., Lepkowski, J., Singer, E., & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.

Hansen, R. N., Oster, G., Edelsberg, J., Woody, G. E., & Sullivan, S. D. (2011). Economic costs of nonmedical use of prescription opioids. *Clinical Journal of Pain, 27*(3), 194-202.

Härtel-Petri, R. (2014). Illegale Drogen – „Crystal Meth“: Enormes Suchtpotenzial. *Deutsches Ärzteblatt, 111*(17), A 738−740.

Hasin, D. S. (2018). US epidemiology of cannabis use and associated problems. *Neuropsychopharmacology, 43*(1), 195.

Hoch, E., Friemel, C. M., & Schneider, M. (2019). *Cannabis. Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Berlin: Springer.

Hohmann, N., Mikus, G., & Czock, D. (2014). Effects and risks associated with novel psychoactive substances: mislabeling and sale as bath salts, spice, and research chemicals. *Deutsches Ärzteblatt International, 111*(9), 139-147. doi: 10.3238/arztebl.2014.0139

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.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung.Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt, 85*, 77-87.

John, U., & Hanke, M. (2018). Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Gesundheitswesen, 80*(02), 160-171.

Kamphausen, G., Werse, B., Klaus, L., & Sarvari, L. (2018). *MoSyD Jahresbericht 2017. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research Goethe-Universität.

Keller, S. (1998). *Zur Validität des Transtheoretischen Modells - Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens* (Dissertation). Marburg: Universität Marburg.

Khuder, S. A. (2001). Effect of cigarette smoking on major histological types of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer, 31*(2-3), 139-148. doi: S0169-5002(00)00181-1

Knopf, H., & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 868-877

Köberlein-Neu, J., Mennemann, H., Hamacher, S., Waltering, I., Jaehde, U., Schaffert, C., & Rose, O. (2016). Interprofessionelles Medikationsmanagement bei multimorbiden Patienten. Eine Cluster-randomisierte Studie (WestGem-Studie). *Deutsches Ärzteblatt International, 113*(44), 741-748. doi: 10.3238/arztebl.2016.0741

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.

Kotz, D., Böckmann, M., & Kastaun, S. (2018). Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International, 115*, 235-242.

Kraus, L., Guttormsson, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K., . . . Hibell, B. (2016). *ESPAD Report. 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. ESPAD and EMCDDA. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K. D., Frick, H., & Rehm, J. (2015). Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. *European Addiction Research, 21*(5), 262-272.

Kraus, L., Piontek, D., Seitz, N.-N., & Schoeppe, M. (2016). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern* (IFT-Berichte Bd. 188). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonigg, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., . . . Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research, 4*(1-2), 28-41.

Lampert, T., von der Lippe, E., & Müters, S. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56*(5-6), 802-808.

Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017a). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. *Journal of Health Monitoring, 2*(2), 74-81.

Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017b). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring, 2*(2), 66-73.

Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A., & Mensink, G. (2016). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring, 1*(1), 2-21. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/172431/JoHM_172016_176901_alkohol176901.pdf?sequence=176904&isAllowed=y.

Levy, D. T., Blackman, K., Currie, L. M., & Mons, U. (2013). Germany SimSmoke: The Effect of Tobacco Control Policies on Future Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in Germany. *Nicotine and Tobacco Research, 15*(2), 465-473.

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.

Mark, T. L., Woody, G. E., Juday, T., & Kleber, H. D. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence, 61*(2), 195-206. doi: S0376-8716(00)00162-9

Marrero, J. A., Fontana, R. J., Fu, S., Conjeevaram, H. S., Su, G. L., & Lok, A. S. (2005). Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology, 42*(2), 218-224.

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.

Noble, N., Paul, C., Turon, H., & Oldmeadow, C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Preventive Medicine, 81*, 16-41.

Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends* (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/drogenaffinitaet_jugendlicher_2015_rauchen-alkohol-illegale_drogen--2fc4dda2b48e6399f746517fd7983a51.pdf

Orth, B., & Merkel, C. (2019). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends* (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-ALKSY18-CAN-DE-1.0

Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A., & Rummel, C. (2015). *Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland, Workbook Drogen*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.

Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015* (Online verfügbar unter: http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2015_Alkohol-Kurzbericht.pdf). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., & Kraus, L. (2017). *Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015* (IFT-Berichte Bd. 189). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Prabhu, A., Obi, K. O., & Rubeinstein, J. H. (2014). The synergistic effects of alcohol and tobacco consumption on the risk of esophageal squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology, 109*(6), 822-827.

Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., . . . 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.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., . . . Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction, 105*(5), 817-843.

Reimer, J., Kuhn, S., & Lehmann, K. (2016). *Konsumgewohnheiten und Motive von E-Zigaretten-Konsumenten in Deutschland – Eine Querschnittsanalyse.* . Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Sassi, F. (2015). *Tackling harmful alcohol use: Economics and public health policy*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) Publishing,.

Schaller, K., & Mons, U. (2018). Tabakprävention in Deutschland und international. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 61*(11), 1429-1438.

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.

Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D., & Klauber, J. (2019). *Arzneiverordnungs-Report 2019*. Berlin: Springer.

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.

Seitz, N.-N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., & Kraus, L. (2019). Trends in substance use and related disorders. Analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. *Deutsches Ärzteblatt International, 116*(35-36). doi: 10.3238/arztebl.2019.0585

StataCorp. (2017). *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC.

Statistisches Bundesamt. (2016). *Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards. Ausgabe 2016 (Band 17)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland*. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html: Destatis.

Stockwell, T., Zhao, J., Greenfield, T., Li, J., Livingston, M., & Meng, Y. (2016). Estimating under- and over-reporting of drinking in national surveys of alcohol consumption: Identification of consistent biases across four English-speaking countries. *Addiction, 111*(7), 1203-1213. doi: 10.1111/add.13373

Tretter, F., & Kraus, L. (2004). Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen [Editorial]. *Sucht, 50*(1), 5-7.

Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *Stata Journal, 6*, 58-82.

Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., . . . Zieglgänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, MA: MIT Press.

World Health Organization. (2018). *Alcohol fact sheet, 21 September 2018*. World Health Organization: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/.

World Health Organization. (2019). *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019 – Offer help to quit tobacco use*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

Zeiher, J., Kuntz, B., & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring, 2*(2), 59–65.

Zeiher, J., Starker, A., & Kuntz, B. (2018). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(1), 40-46.

Anhang

Tabelle A-1: Prävalenzen und Hochrechnungen des starken Tabakkonsums und Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums						
Berlin	7.5	91 000	2.8	33 000	5.1	123 000
	[4.8; 11.6]	[59 000; 141 000]	[2.3; 3.3]	[28 000; 39 000]	[3.7; 7.2]	[89 000; 174 000]
Hessen	8.8	174 000	2.8	54 000	5.9	231 000
	[5.4; 14.1]	[107 000; 279 000]	[1.4; 5.5]	[27 000; 107 000]	[4.0; 8.5]	[157 000; 333 000]
Nordrhein-Westfalen	10.3	580 000	4.6	256 000	7.5	839 000
	[6.9; 15.0]	[389 000; 845 000]	[3.0; 7.1]	[167 000; 394 000]	[5.5; 10.1]	[615 000; 1 130 000]
Sachsen	4.0	51 000	1.9	23 000	3.0	75 000
	[2.8; 5.6]	[36 000; 72 000]	[1.0; 3.5]	[12 000; 42 000]	[2.2; 4.1]	[55 000; 102 000]
Thüringen	8.9	59 000	3.1	19 000	6.1	78 000
	[6.1; 12.7]	[41 000; 84 000]	[1.7; 5.4]	[11 000; 33 000]	[4.4; 8.3]	[57 000; 107 000]
Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV						
Berlin	18.1	221 000	7.4	89 000	12.8	309 000
	[14.2; 21.4]	[173 000; 261 000]	[6.3; 8.0]	[75 000; 96 000]	[10.4; 14.6]	[251 000; 353 000]
Hessen	9.4	186 000	8.4	163 000	8.9	349 000
	[6.5; 13.5]	[129 000; 267 000]	[5.4; 12.8]	[105 000; 248 000]	[6.6; 11.9]	[259 000; 466 000]
Nordrhein-Westfalen	10.6	597 000	7.8	433 000	9.2	1 029 000
	[7.5; 13.6]	[422 000; 766 000]	[5.2; 10.6]	[289 000; 589 000]	[7.1; 10.8]	[794 000; 1 208 000]
Sachsen	7.7	99 000	6.1	73 000	6.9	172 000
	[5.3; 10.6]	[68 000; 136 000]	[3.8; 8.9]	[46 000; 107 000]	[5.1; 8.9]	[127 000; 222 000]
Thüringen	11.2	75 000	5.7	35 000	8.6	111 000
	[6.7; 17.0]	[45 000; 113 000]	[4.1; 8.1]	[25 000; 50 000]	[6.1; 11.6]	[78 000; 149 000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2017. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Sachsen und Berlin).

Tabelle A-2: Prävalenzen und Hochrechnungen des riskanten Alkoholkonsums und Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl an Personen [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums						
Berlin	12.8	156 000	17.0	203 000	14.9	360 000
	[11.1; 14.7]	[135 000; 179 000]	[15.9; 18.2]	[190 000; 218 000]	[13.9; 15.9]	[336 000; 384 000]
Hessen	12.1	239 000	16.4	318 000	14.2	557 000
	[8.8; 16.4]	[174 000; 324 000]	[13.0; 20.4]	[252 000; 396 000]	[11.6; 17.2]	[455 000; 674 000]
Nordrhein-Westfalen	9.0	507 000	11.6	644 000	10.3	1 152 000
	[7.1; 11.5]	[400 000; 648 000]	[10.1; 13.5]	[561 000; 750 000]	[9.1; 11.7]	[1 018 000; 1 309 000]
Sachsen	20.8	268 000	14.5	174 000	17.2	428 000
	[17.0; 25.1]	[219 000; 323 000]	[11.9; 17.4]	[143 000; 209 000]	[15.4; 20.4]	[383 000; 508 000]
Thüringen	22.2	148 000	12.1	75 000	17.3	222 000
	[18.1; 25.5]	[120 000; 170 000]	[9.0; 15.7]	[56 000; 97 000]	[14.7; 19.4]	[189 000; 249 000]
Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV						
Berlin	6.4	78 000	3.6	43 000	5.0	121 000
	[4.3; 9.4]	[52 000; 115 000]	[2.9; 4.1]	[35 000; 49 000]	[3.9; 6.2]	[94 000; 150 000]
Hessen	6.4	127 000	1.6	31 000	4.1	161 000
	[4.4; 9.2]	[87 000; 182 000]	[1.0; 2.8]	[19 000; 54 000]	[3.0; 5.6]	[118 000; 219 000]
Nordrhein-Westfalen	4.5	253 000	1.4	78 000	2.9	324 000
	[2.7; 7.0]	[152 000; 394 000]	[0.9; 2.2]	[50 000; 122 000]	[2.0; 4.2]	[224 000; 470 000]
Sachsen	4.8	62 000	1.4	17 000	3.2	80 000
	[3.1; 7.1]	[40 000; 91 000]	[0.8; 2.2]	[10 000; 26 000]	[2.2; 4.4]	[55 000; 110 000]
Thüringen	3.3	22 000	1.9	12 000	2.6	33 000
	[2.1; 5.0]	[14 000; 33 000]	[1.2; 3.9]	[7 000; 24 000]	[1.8; 4.1]	[23 000; 53 000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2017. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Berlin, Sachsen).

Tabelle A-3: Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums und Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl an Personen [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums						
Berlin	19.6	293 000	14.6	175 000	17.1	413 000
	[18.0; 21.2]	[220 000; 259 000]	[13.8; 15.4]	[165 000; 184 000]	[16.3; 17.9]	[394 000; 432 000]
Hessen	8.8	174 000	3.9	76 000	6.4	251 000
	[6.6; 11.7]	[131 000; 231 000]	[2.4; 6.2]	[47 000; 120 000]	[5.0; 8.1]	[196 000; 317 000]
Nordrhein-Westfalen	8.1	456 000	4.8	267 000	6.5	727 000
	[6.1; 11.1]	[343 000; 625 000]	[3.7; 6.5]	[206 000; 361 000]	[5.3; 8.3]	[593 000; 928 000]
Sachsen	8.4	108 000	5.3	64 000	6.9	172 000
	[6.5; 11.3]	[84 000; 145 000]	[4.1; 7.1]	[49 000; 85 000]	[5.7; 8.7]	[142 000; 217 000]
Thüringen	6.6	44 000	4.4	27 000	5.5	71 000
	[5.0; 9.1]	[33 000; 61 000]	[3.3; 7.0]	[20 000; 43 000]	[4.6; 7.3]	[59 000; 94 000]
Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV						
Berlin	2.6	32 000	0.9	11 000	1.8	43 000
	[1.0; 6.4]	[12 000; 78 000]	[0.6; 1.2]	[7 000; 14 000]	[0.9; 3.4]	[22 000; 82 000]
Hessen	0.6	12 000	0.3	6 000	0.5	20 000
	[0.3; 1.6]	[6 000; 32 000]	[0.1; 1.0]	[2 000; 19 000]	[0.2; 0.9]	[8 000; 35 000]
Nordrhein-Westfalen	1.9	107 000	0.2	11 000	1.1	123 000
	[0.7; 4.7]	[39 000; 265 000]	[0.0; 0.5]	[0; 28 000]	[0.4; 2.4]	[45 000; 268 000]
Sachsen	0.7	9 000	0.2	2 000	0.5	12 000
	[0.3; 2.2]	[4 000; 28 000]	[0.1; 0.5]	[1 000; 6 000]	[0.2; 1.2]	[5 000; 30 000]
Thüringen	0.1	1 000	0.1	1 000	0.1	1 000
	[0.0; 0.5]	[0; 3 000]	[0.1; 1.1]	[1 000; 7 000]	[0.1; 0.6]	[1 000; 8 000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2017. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Berlin, Sachsen).

Tabelle A-4: Prävalenzen und Hochrechnungen des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs und Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl an Personen [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs						
Berlin	16.7	204 000	22.5	269 000	19.5	471 000
	[12.9; 21.2]	[157 000; 259 000]	[20.9; 24.2]	[250 000; 289 000]	[17.1; 22.3]	[413 000; 539 000]
Hessen	20.7	410 000	23.0	446 000	21.8	854 000
	[14.8; 28.1]	[293 000; 556 000]	[17.9; 29.2]	[347 000; 567 000]	[18.1; 26.1]	[709 000; 1 023 000]
Nordrhein-Westfalen	23.8	1 340 000	29.0	1 611 000	27.3	3 054 000
	[10.6; 45.3]	[597 000; 2 551 000]	[16.9; 45.2]	[939 000; 2 511 000]	[17.5; 40.0]	[1 958 000; 4 474 000]
Sachsen	11.2	144 000	21.1	254 000	16.0	398 000
	[8.6; 14.4]	[111 000; 185 000]	[17.9; 24.8]	[215 000; 298 000]	[13.9; 18.3]	[346 000; 456 000]
Thüringen	15.8	105 000	26.2	162 000	20.8	267 000
	[12.1; 20.4]	[80 000; 136 000]	[21.1; 32.0]	[131 000; 198 000]	[17.2; 24.9]	[221 000; 320 000]
Schmerzmittelabhängigkeit nach DSM-IV						
Berlin	3.2	39 000	5.4	65 000	4.3	104 000
	[1.1; 8.6]	[13 000; 105 000]	[4.5; 6.3]	[54 000; 75 000]	[2.9; 6.0]	[70 000; 145 000]
Hessen	3.0	59 000	4.1	80 000	3.5	137 000
	[1.5; 5.9]	[30 000; 117 000]	[1.9; 8.5]	[37 000; 165 000]	[2.1; 5.8]	[82 000; 227 000]
Nordrhein-Westfalen	1.9	107 000	4.1	228 000	3.0	336 000
	[1.1; 3.4]	[62 000; 191 000]	[2.4; 6.6]	[133 000; 367 000]	[2.0; 4.2]	[224 000; 470 000]
Sachsen	2.2	28 000	2.7	32 000	2.4	60 000
	[1.0; 4.7]	[13 000; 60 000]	[1.9; 3.8]	[23 000; 46 000]	[1.6; 3.8]	[40 000; 95 000]
Thüringen	3.0	20 000	5.5	34 000	4.2	54 000
	[1.4; 5.7]	[9 000; 38 000]	[3.5; 8.3]	[22 000; 51 000]	[2.8; 6.0]	[36 000; 77 000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2017. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Berlin, Sachsen).

Bundesministerium für Gesundheit

IFT · Institut für Therapieforschung München

infas

Leben und Gesundheit 2018

Eine bundesweite Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Studie „Leben und Gesundheit 2018“ ist eine bundesweite, repräsentative Bevölkerungsbefragung, die seit 1980 regelmäßig durchgeführt wird. Sie untersucht Veränderungen der gesundheitlichen Situation und der Lebensgewohnheiten von Erwachsenen und Jugendlichen in Deutschland. Neben Gesundheits- und Freizeitverhalten ist der Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln ein Schwerpunkt der Studie.

Sie wurden zufällig als eine von 8.000 Personen deutschlandweit ausgewählt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, verlässliche und allgemeingültige Aussagen über Lebensgewohnheiten und Gesundheit von Erwachsenen und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Studie beim IFT Institut für Therapieforschung in München in Auftrag gegeben. Die Befragung wird vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.

Ihre Angaben werden nur in anonymisierter Form, das heißt ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Alle Regeln des Datenschutzes werden vollständig eingehalten.

Worum bitten wir Sie?

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Rückumschlag zurückzuschicken an:

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Aneta Malina
Tel.: 0800/73 84 500
Fax: 0228/38 22 894
E-Mail: LebenundGesundheit2018@infas.de

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die durchführenden Institute tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt.

Das bedeutet: Alle erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form, das heißt ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet.
Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat.

Mit anderen Worten: Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.

Alle Rechte für die Formulierung des Fragebogens liegen beim IFT Institut für Therapieforschung, München.
Die formale Gestaltung des Fragebogens erfolgte durch das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn.

5870/2018

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:

→ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.
Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen.

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann?..... ☒ 1
...eine Frau?..... ☐ 2

→ Wenn mehrere Antworten auf eine Frage angekreuzt werden können, wird ausdrücklich darauf hingewiesen:

Beispiel: ☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

→ Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen:

Beispiel: **In welchem Jahr sind Sie geboren?** 1952

→ Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, Ihre Antwort weiter auszuführen.
Bitte schreiben Sie in die weißen Balken den Antworttext:

Beispiel: In einem anderen Land ..... ☒→ In welchem? Frankreich

→ Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen.
Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise darauf hingewiesen wird:

Beispiel: ☒→ ***Bitte weiter mit Frage 10***

Die Frage-Nummer, mit der Sie dann in der Beantwortung des Fragebogens fortfahren sollen, ist jeweils hinter dem Pfeil notiert.

→ Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann?..... ☒ 1
...eine Frau?..... ..... ☒ 2

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der nächsten Seite!

Fragen zu Ihrer Person

1. Sind Sie...

☞ *Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!*

...ein Mann? ..... ☐ 1

...eine Frau? ..... ☐ 2

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr: ☐

3. In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland ..... 1 ☐

In einem anderen Land ..... 2 ☐ → In welchem? ☐

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt

↓

Wenn Sie in einem anderen Land geboren sind:
Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit dem Jahr ☐

4. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

Deutsche ..... 1 ☐

Andere ..... 2 ☐ → Welche? ☐

5. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

a) Geburtsland Mutter:

In Deutschland ..... 1 ☐

In einem anderen Land ..... 2 ☐ → In welchem? ☐

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt

↓

Wenn Ihre Mutter in einem anderen Land geboren ist:
Seit wann lebt/lebte sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit dem Jahr ☐

Sie lebt/lebte nicht in Deutschland ..... ☐ 1

b) Geburtsland Vater:

In Deutschland ..... 1 ☐

In einem anderen Land ..... 2 ☐ → In welchem? ☐

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt

↓

Wenn Ihr Vater in einem anderen Land geboren ist:
Seit wann lebt/lebte er hauptsächlich in Deutschland?

Seit dem Jahr ☐

Er lebt/lebte nicht in Deutschland ..... ☐ 1

6. Welche Staatsbürgerschaft haben/hatten Ihre Eltern?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

a) Staatsbürgerschaft Mutter:

Deutsche ..... 1 ☐

Andere ..... 2 ☐ → Welche? ☐

b) Staatsbürgerschaft Vater:

Deutsche ..... 1 ☐

Andere ..... 2 ☐ → Welche? ☐

7. Wie groß sind Sie? ☐ cm **Wie viel wiegen Sie?** ☐ kg

8. Welchen Familienstand haben Sie?

Ich bin...

verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft ..... ☐ 1

ledig ..... ☐ 2

geschieden ..... ☐ 3

verwitwet ..... ☐ 4

9. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

Der katholischen Kirche ..... ☐ 1

Der evangelischen Kirche ..... ☐ 2

Der jüdischen Religionsgemeinschaft ..... ☐ 3

Der islamischen Religionsgemeinschaft ..... ☐ 4

Einer anderen Religionsgemeinschaft ..... ☐ 5

Keiner Religionsgemeinschaft ..... ☐ 6

10. Wie viele leibliche Kinder unter 18 Jahren haben Sie?

Anzahl meiner leiblichen Kinder unter 18 Jahren: ☐ ↓

Keine leiblichen Kinder unter 18 Jahren ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 11*

Bitte geben Sie für jedes Ihrer leiblichen Kinder folgende Informationen an.

☞ *Bei mehr als 5 Kindern geben Sie bitte die 5 jüngsten Kinder an.*

Geschlecht	**Kind 1**	**Kind 2**	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5**
Männlich	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Weiblich	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2

	Kind 1	**Kind 2**	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5**
Alter (in vollendeten Lebensjahren)	☐	☐	☐	☐	☐

! Die folgende Frage richtet sich nur an weibliche Personen. Für männliche Personen geht es mit Frage 12 weiter.

11. Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft?

Ja ..... ☐ 1 ↓

Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 12*

In der wievielten Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

☐ Schwangerschaftswoche

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Haushalt.

12. Leben Sie mit einem Partner oder einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt?

Ja ☐ 1 Nein ☐ 2

13. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Lebe allein ☐ 1 → *Bitte weiter mit Frage 15, Seite 6*

Insgesamt ☐ Personen

14. Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben derzeit in Ihrem Haushalt?

☞ *Wenn Sie selbst unter 18 Jahren sind, zählen Sie sich bitte nicht dazu.*

☞ *Bitte geben Sie auch leibliche Kinder an, die in Ihrem Haushalt leben, auch wenn Sie diese bereits in Frage 10 genannt haben.*

Anzahl der Kinder: ☐ ↓

Keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt ☐ 1 → *Bitte weiter mit Frage 15, Seite 6*

Bitte geben Sie für jedes Kind, das in Ihrem Haushalt wohnt, folgende Informationen an.

☞ *Bei mehr als 5 Kindern geben Sie bitte die 5 jüngsten Kinder an.*

Geschlecht	**Kind 1**	**Kind 2**	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5**
Männlich	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Weiblich	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2

	Kind 1	**Kind 2**	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5**
Alter (in vollendeten Lebensjahren)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie ist die verwandtschaftliche Beziehung zu Ihnen?	**Kind 1**	**Kind 2**	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5**
Leibliches Kind	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
Stiefkind	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
Adoptivkind	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
Pflegekind	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
Bruder/Schwester	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5
Enkel	☐ 6	☐ 6	☐ 6	☐ 6	☐ 6
Sonstige	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7	☐ 7

Fragen zu Ihrer Gesundheit

15. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	Sehr gut 1	Gut 2	Durch-schnittlich 3	Schlecht 4	Sehr schlecht 5
Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie schätzen Sie zurzeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?	☐	☐	☐	☐	☐

16. Haben Sie eine oder mehrere chronische Krankheiten?

☞ *Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen (mehr als 4 Wochen), die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Diabetes, Herzerkrankungen, Bandscheibenvorfall, Krebs, Rheuma oder Lungenerkrankungen.*

Ja ☐ 1 Nein ☐ 2 Weiß nicht ☐ 8

17. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob diese auf Sie zutrifft.

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Litten Sie mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden oder Schmerzen, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?	☐	☐
Hatten Sie einen Angstanfall – manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke – bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?	☐	☐
Gab es eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig Sorgen gemacht haben und sich ängstlich, angespannt oder voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?	☐	☐
Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit Anderen zu reden, etwas in Gegenwart Anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit Anderer zu stehen?	☐	☐
Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten vor öffentlichen Plätzen, Verkehrsmittel zu benutzen oder in Geschäfte zu gehen?	☐	☐
Litten Sie unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen, wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge zu benutzen oder vor Höhen oder Unwettern?	☐	☐
Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit?	☐	☐
Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?	☐	☐
Waren Sie über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?	☐	☐
Gab es in Ihrem Leben extrem belastende schreckliche Ereignisse oder Katastrophen, die Sie in den letzten 12 Monaten noch beschäftigten?	☐	☐
Waren Sie in psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder hat Ihnen ein Arzt oder Therapeut mitgeteilt, eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu haben?	☐	☐

18. Wie oft führen Sie die folgenden körperlichen Aktivitäten in etwa durch? An so einem Tag, an dem Sie die folgenden Aktivitäten durchführen, wie lange sind Sie da körperlich aktiv?

☞ *Sollten Sie die Aktivitäten nicht durchführen, tragen Sie bitte "0" ein.*

☞ *Bitte geben Sie Durchschnittswerte an.*

	Tage pro Woche	Gesamtzeit pro Tag	
Bewegung von Ort zu Ort (z. B. Arbeitswege mit dem Rad oder zu Fuß)	☐	☐ Stunden :	☐ Minuten
Sport in der Freizeit (z. B. Fußball, Schwimmen, Joggen, Yoga, Gymnastik)	☐	☐ Stunden :	☐ Minuten
Berufsbedingt körperlich aktiv (z. B. Maurer, Dachdecker, Kellnerin, Krankenschwester)	☐	☐ Stunden :	☐ Minuten

19. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die folgenden Lebensmittel essen oder trinken.

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	Seltener oder nie 1	1-3 mal pro Woche 2	4-6 mal pro Woche 3	1 mal am Tag 4	Mehrmals am Tag 5
Fettarme Milchprodukte (z. B. Buttermilch, Naturjoghurt, fettarmer Käse)	☐	☐	☐	☐	☐
Rohkost, frische Salate	☐	☐	☐	☐	☐
Kräuter, frisch oder gefroren	☐	☐	☐	☐	☐
Frisches Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Getreide, Getreideprodukte, Müsli, Vollkornreis, -nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kräutertee, Früchtetee	☐	☐	☐	☐	☐

20. Was glauben Sie, welche der folgenden Krankheiten können durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht werden?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

	1
Krebs	☐
Herzkrankheiten	☐
Diabetes	☐
Hoher Cholesterinspiegel	☐
Leberkrankheiten	☐
Übergewicht oder Fettleibigkeit (Adipositas)	☐
Arthritis	☐

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Zu Ihrer Information:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Gebrauch bestimmter Medikamente. Damit Sie sich vergewissern können, in welche Kategorie ein bestimmtes Medikament fällt, finden Sie nachfolgend eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Medikamente.

Beispiele der gebräuchlichsten Medikamente:

Schmerzmittel	Aktren, Allegro, Almogran, Aspirin, ASS, Azur, Ben-u-ron, Berlosin, Buscopan, Capros, Codein, Codicaps, Copyrcal, Diclofenac, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Durogesic, Fentanyl, Gelonida, Ibu 1A Pharma, Ibubeta, Ibuhexal, Ibuprofen, Ibu-ratiopharm, Katadolon, L-Polamidon, Meptid, Merck, Metamizol, Migraeflux, Morphin, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma, Nedolon, Neuranidal, Novalgin, Novaminsulfon, Nubain, Nurofen, Palladon, Paracetamol, Relpax, Remedacen, Sevredol, Spalt, Temgesic, Thomapyrin, Tilidin, Togal, Tramadol, Tramadolor, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Transtec, Tussoret, Valoron N, Vivimed, Voltaren oder andere.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Betadorm D, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Eatan N, Ergocalm, Fluninoc, Flunitrazepam, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Lormetazepam, Luvased, Mogadan, Moradorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Oxa-CT, Oxazepam, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Schlafsterne, Schlaftabs, Staurodorm, Stilnox, Vivinox Schlafdragees, Ximovan, Zolpidem, ZOP, Zopiclodura, Zopiclon oder andere.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Alprazolam, Atosil, Bikalm, Bromazanil, Bromazep, Bromazepam, Demetrin, Diazepam, Distraneurin, Dolestan, Durazanil, Faustan, Flunitrazepam, Gityl, Lexostad, Librium, Lorazepam, Nitrazepam, Normoc, Oxazepam, Praxiten, Radepur, Rudotel, Sedariston, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium, Valiquid oder andere.
Anregungsmittel	AN1, Coffeinum, Concerta, Ephedrin, Equasym, HalloWach, Medikinet, Methylphenidat, Methylpheni TAD, Percoffedrinol, Ritalin, Straterra, Viagra, Vigil oder andere.
Appetitzügler	Alvalin, Amfepramon, Cathin, Norephedrin, Recatol, Regenon retard oder andere.
Antidepressiva	Amitriptylin, Amineurin, Amioxid, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralex, Citalopram, Cymbalta, Clomipramin, Doneurin, Doxepin, Elontril, Equilibrin, Fevarin, Fluctin, Fluoxetin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprotilin, Mareen, Mianserin, Mirtazampin, Noveril, Opipram, Opipramol, Paroxetin, Saroten, Sertralin, Seroxat, Stangyl, Syneudon, Tianeurax, Tofranil, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Trimipramin, Venlafaxin oder andere.
Neuroleptika	Abilify, Amisulprid, Benperidol, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluanxol, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspi, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyrica, Melleril, Melperon, Meresa, Neogama, Neurocil, Olanzapin, Orap, Pipamperon, Promethazin, Quetiapin, Risperdal, Risperidon, Seroquel, Sulpirid, Taxilan, Tiapridex, Truxal, Zeldox oder andere.
Anabolika (Anabole Steroide)	Andriol, Deca Durabolin, Genotropin, Humatrope, Methyltestosteron, Norditropin, Nutropinaq, Saizen oder andere.

21. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!*

	Trifft zu 1
Schmerzmittel	☐
Schlafmittel	☐
Beruhigungsmittel	☐
Anregungsmittel	☐
Appetitzügler	☐
Antidepressiva	☐
Neuroleptika	☐
Anabolika	☐

→ *Bitte weiter mit Frage 22*

Keines dieser Medikamente ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 42, Seite 13*

22. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) die folgenden Medikamente genommen? Hat Ihnen diese Medikamente ein Arzt verordnet?

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!*

	Habe ich in den letzten 30 Tagen genommen					Vom Arzt verordnet	
	Nicht genommen	Seltener als einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehrmals pro Woche	Täglich	Ja	Nein
	1	2	3	4	5	1	2
Schmerzmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anregungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitzügler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antidepressiva	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neuroleptika	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anabolika	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel oder Schlafmittel oder Beruhigungsmittel eingenommen?

Ja, in den letzten 12 Monaten ☐ 1 ↓ Nein ☐ 2 → *Bitte weiter mit Frage 42, Seite 13*

! Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Einnahme von Schmerzmitteln oder Schlafmitteln oder Beruhigungsmitteln in den letzten 12 Monaten. Wenn Sie das entsprechende Medikament nicht genommen haben, antworten Sie bitte mit „Nein".

24. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z. B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

25. Standen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Medikamenten, 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?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

26. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unabsichtlich verletzt, d. h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie Medikamente eingenommen hatten?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

27. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Medikamenten rechtliche Probleme, z. B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

28. Haben Ihnen in den letzten 12 Monaten Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von Medikamenten Vorwürfe gemacht?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

29. Ging in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Einnahme von Medikamenten eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

30. Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Einnahme von Medikamenten in finanzielle Schwierigkeiten geraten?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

31. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter Medikamenteneinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?
Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Schmerzmittel	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐

32. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

33. Haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Absetzen eines bestimmten Medikamentes oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

34. Haben Sie in den letzten 12 Monaten das gleiche oder ein vergleichbares Medikament weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen eines bestimmten Medikamentes oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

35. Haben Sie in den letzten 12 Monaten festgestellt, dass Sie höhere Dosen eines bestimmten Medikamentes brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

36. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von bestimmten Medikamenten zu reduzieren oder einzustellen?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

37. Haben Sie in den letzten 12 Monaten viel Zeit benötigt, um bestimmte Medikamente zu erhalten (z. B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

38. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen der Einnahme bestimmter Medikamente wichtige Aktivitäten, z. B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

39. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

40. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen oder einen Drang nach Medikamenten, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

41. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen nach Medikamenten, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?

Bei welchen Medikamenten ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Schmerzmittel	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐

Fragen zum Rauchen

! Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von konventionellen Tabakprodukten wie z. B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen. Nicht gemeint sind hier Wasserpfeifen (Shishas) oder E-Zigaretten.

42. Rauchen Sie zurzeit?

Ja, regelmäßig ..... ☐ 1

Ja, gelegentlich ..... ☐ 2

Nein ..... ☐ 3

43. Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja ..... ☐ 1 ↓

Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 54, Seite 16*

Was rauchen Sie, oder falls Sie nicht mehr rauchen, was haben Sie früher geraucht?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

1

Zigaretten ..... ☐

Zigarren ..... ☐

Zigarillos ..... ☐

Pfeife ..... ☐

44. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa ☐ Jahre alt

45. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

☞ *Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!*

In den letzten 30 Tagen ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 46*

Vor 1 bis 12 Monaten ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 48, Seite 14*

Vor mehr als 1 Jahr ..... 3 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 54, Seite 16*

46. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen): An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An etwa ☐ Tagen ↓

An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa ☐ Zigaretten

47. Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?

An etwa ☐ Tagen An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa ☐ Zigarren/Zigarillos/Pfeifen *(Zutreffendes bitte unterstreichen)*

48. Haben Sie in den letzten 12 Monaten täglich im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten geraucht (oder 10 oder mehr Zigarillos, oder 7 oder mehr Pfeifen, oder 5 oder mehr Zigarren)?

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2

49. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Rauchverhalten in den letzten 12 Monaten.

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	**Nein** 2
Haben Sie festgestellt, dass Sie wesentlich mehr rauchen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?	☐	☐
Haben Sie festgestellt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?	☐	☐
Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht als Sie sich vorgenommen hatten?	☐	☐
Haben Sie erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?	☐	☐
Waren Sie Kettenraucher, d. h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen?	☐	☐
Haben Sie wegen des Rauchens wiederholt wichtige Aktivitäten über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?	☐	☐
Haben Sie während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten?	☐	☐
Haben Sie festgestellt, dass Ihr Rauchen Ihre Arbeit, Schule oder Hausarbeit beeinträchtigt hat?	☐	☐
Haben Sie in Situationen geraucht, in denen große Verletzungsgefahr besteht, z. B. im Bett oder beim Umgang mit entzündlichen Substanzen?	☐	☐
Haben Sie weiter geraucht, obwohl dies andere Menschen, wie z. B. Familienmitglieder oder Freunde, ärgerlich oder unglücklich gemacht hat?	☐	☐
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder einen Drang nach Tabak, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	☐	☐
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach Tabak, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	☐	☐

50. Hat Rauchen bei Ihnen in den letzten 12 Monaten körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltenden Husten, Herzbeschwerden oder Probleme mit dem Blutdruck oder mit der Lunge?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 51*

Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorrief?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 Nein ..... ☐ 2

51. Hat Rauchen Sie in den letzten 12 Monaten unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 52*

Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen diese psychischen Beschwerden hervorrief?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 Nein ..... ☐ 2

52. Wenn Sie nicht rauchten bzw. das Rauchen einstellten, einschränkten oder aufgeben wollten, hatten Sie dann in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Beschwerden?

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!*

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Nein 2
Niedergeschlagenheit	☐	☐
Schlaflosigkeit	☐	☐
Reizbarkeit/Ärger	☐	☐
Ängstlichkeit	☐	☐
Ruhelosigkeit	☐	☐
Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐
Langsamer Herzschlag	☐	☐
Gewichtszunahme	☐	☐

→ *Wenn alles mit „Nein" beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 53*

↓

Wenn mindestens einmal mit „Ja" geantwortet wurde:

Haben Sie wieder mit dem Rauchen angefangen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 Nein ..... ☐ 2

53. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben?

Ja ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 54, Seite 16*

War dieser Versuch erfolgreich?

Ja ..... ☐ 1

Nein ..... ☐ 2

! **Die folgenden Fragen beziehen sich auf Wasserpfeifen (Shishas), sogenannte „Heat-Not-Burn“ Produkte (z. B. IQOS) und E-Zigaretten (beinhaltet auch E-Shishas, E-Pfeifen, E-Zigarren).**

54. Haben Sie jemals eine Wasserpfeife (Shisha), ein „Heat-Not-Burn“ Produkt oder eine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre benutzt? Wenn ja, wann haben Sie diese zum letzten Mal genutzt?

	In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Länger her	Nein, noch nie genutzt
	1	2	3	4
Wasserpfeife (Shisha)	☐	☐	☐	☐
„Heat-Not-Burn“ Produkt	☐	☐	☐	☐
E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre	☐	☐	☐	☐

↓

Bitte weiter mit Frage 58

55. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha/E-Pfeife genutzt haben (auch wenn Sie sie heute nicht mehr nutzen)?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa ☐ Jahre alt

56. Bitte denken Sie jetzt nur an <u>die letzten 30 Tage (vier Wochen)</u>:
An wie vielen dieser Tage haben Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen genutzt?

An etwa ☐ Tagen An keinem Tag ☐ 0

57. Nutzen bzw. nutzten Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen mit oder ohne Nikotin?

Ausschließlich ohne Nikotin ☐ 1
Hauptsächlich ohne Nikotin ☐ 2
Hauptsächlich mit Nikotin ☐ 3
Ausschließlich mit Nikotin ☐ 4
Sowohl als auch ☐ 5

Fragen zu Alkohol

58. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal mindestens 1 Glas Alkohol getrunken haben?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa ☐ Jahre alt Habe noch nie mindestens 1 Glas Alkohol getrunken ☐ 0

59. Trinken Sie mindestens einmal im Monat Alkohol oder haben Sie früher mindestens einmal im Monat Alkohol getrunken?

Ja ☐ 1 ↓ Nein 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 60*

Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa ☐ Jahre alt

60. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 61*

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?

Etwa ☐ mal Überhaupt nicht ..... ☐ 0

Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa ☐ Jahre alt

61. Wie lange ist es her, dass Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt, Spirituosen (z. B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) oder alkoholhaltige Mixgetränke (z. B. Alkopops, Cocktails) getrunken haben?

Nicht länger als 30 Tage ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 62*

Zwischen 1 und 12 Monate ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 68, Seite 18*

Länger her als 1 Jahr ..... 3 ☐
Habe noch nie Alkohol getrunken ..... 4 ☐
→ *Bitte weiter mit Frage 80, Seite 21*

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

62. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa ☐ Tagen

63. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter) ..... ☐

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter) ..... ☐

64. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter) ..... ☐

65. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Spirituosen (z. B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter) ..... ☐

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter) ..... ☐

66. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z. B. Alkopops, Longdrinks (z. B. Wodka-Lemon), Cocktails (z. B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter) ..... ☐

67. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa ☐ Tagen
An keinem Tag ..... ☐ 00

→ *Bitte weiter mit Frage 74*

Sie haben nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken.

68. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa ☐ Tagen

69. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Bier getrunken?

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter) ..... ☐

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter) ..... ☐

70. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter) ..... ☐

71. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Spirituosen (z. B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher" = 0,02 Liter) ☐

Anzahl große Gläser („Doppelter" = 0,04 Liter) ☐

72. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z. B. Alkopops, Longdrinks (z. B. Wodka-Lemon), Cocktails (z. B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa ☐ Tagen ↓ An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter) ☐

73. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/ Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa ☐ Tagen An keinem Tag ☐ 0

74. Bitte denken Sie jetzt an die letzten 12 Monate.

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein 1	Ja, einmal 2	Ja, mehr als einmal 3
Hatten Sie wegen Alkohol erhebliche Schwierigkeiten bei der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt, wie z. B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?	☐	☐	☐
Waren Sie unter Alkoholeinfluss in Situationen, in denen eine große Verletzungsgefahr besteht, z. B. beim Rad fahren, Auto und Boot fahren oder beim Gebrauch von Maschinen?	☐	☐	☐
Hatten Sie wegen Alkohol Ärger mit der Polizei, z. B. wegen Alkohol am Steuer oder wegen Randalierens?	☐	☐	☐
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Alkohol Vorwürfe gemacht?	☐	☐	☐
Ist wegen Ihres Alkoholkonsums eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinandergegangen?	☐	☐	☐
Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	☐	☐	☐
Haben Sie unter Alkoholeinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	☐	☐	☐

75. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr trinken mussten als früher, um dieselbe Wirkung zu erzielen, dass Sie also wesentlich mehr vertragen konnten?	☐	☐
Haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge Alkohol bei Ihnen eine geringere Wirkung hatte als früher, dass Sie also wesentlich mehr vertragen konnten?	☐	☐
Haben Sie oft mehr, häufiger oder über eine längere Zeitspanne als beabsichtigt getrunken?	☐	☐
Ist es mehrmals vorgekommen, dass Sie Alkohol getrunken haben und dann feststellten, dass es für Sie sehr schwierig war, damit aufzuhören, bevor Sie vollkommen betrunken waren?	☐	☐
Haben Sie häufiger erfolglos versucht, weniger Alkohol zu trinken oder ganz damit aufzuhören?	☐	☐
Hatten Sie eine Zeitspanne, in der Sie über mehrere Tage hinweg viel Alkohol tranken, betrunken waren oder unter den Auswirkungen des Alkohols, z. B. einem Kater, litten?	☐	☐
Haben Sie wegen Alkohol wichtige Aktivitäten, wie Ihre Arbeit, Sport oder Treffen mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder ganz aufgegeben?	☐	☐
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach Alkohol, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	☐	☐
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach Alkohol, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	☐	☐

76. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten einmal weniger als üblich oder nichts getrunken haben, haben Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden bei sich beobachtet?

	Ja 1	Nein 2
Zittern	☐	☐
Schlaflosigkeit	☐	☐
Angstgefühl	☐	☐
Schwitzen	☐	☐
Halluzinationen	☐	☐
(Krampf-)Anfall	☐	☐
Übelkeit, Erbrechen	☐	☐
Bewegungsdrang	☐	☐
Herzrasen	☐	☐

→ *Wenn alles mit „Nein" beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 77*

↓

Wenn mindestens einmal mit „Ja" geantwortet wurde:

Wenn derartige Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei Ihnen aufgetreten sind, haben Sie Alkohol getrunken, um das Auftreten derartiger körperlicher Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten ☐ 1 Nein ☐ 2

77. Hatten Sie im Zusammenhang mit Alkohol in den letzten 12 Monaten irgendwelche körperlichen Erkrankungen oder seelischen Probleme, wie z. B. Leberkrankheit, Zittern, Taubheitsgefühl, Gedächtnisprobleme, Interesselosigkeit oder Niedergeschlagenheit?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 78*

	Ja	Nein
	1	2
Wenn bei Ihnen wegen Ihres Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten derartige Probleme aufgetreten sind: Haben Sie weiter Alkohol getrunken, obwohl Sie wussten, dass dies derartige Probleme verursacht?	☐	☐

78. Glauben Sie, Ihr Risiko für die folgenden Krebsarten ist durch Ihren Alkoholkonsum erhöht?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!*

	1
Magenkrebs	☐
Eierstock-Krebs	☐
Brustkrebs	☐
Mund- und Speiseröhrenkrebs	☐
Gehirntumore	☐
Darmkrebs	☐
Leberkrebs	☐
Blasenkrebs	☐

79. Bitte geben Sie noch einmal an, ob Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben.

Ja ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 81, Seite 22*

Nein ..... 2 ☐

80. Sie haben angegeben, seit einiger Zeit keinen Alkohol getrunken zu haben. Im Folgenden sind einige mögliche Gründe genannt, weshalb Menschen auf Alkohol verzichten. Wie wichtig sind diese Gründe für Ihre Entscheidung, keinen Alkohol zu trinken?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	Ist für meine Entscheidung				
	Gar nicht wichtig	Kaum wichtig	Etwas wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
	1	2	3	4	5
Alkohol verleitet Menschen dazu, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine Erkrankung, deren Zustand sich durch Alkohol verschlechtert.	☐	☐	☐	☐	☐
Einer oder beide meiner Eltern haben oder hatten ein Alkoholproblem.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Familie spricht sich gegen den Konsum von Alkohol aus	☐	☐	☐	☐	☐
Der Konsum von Alkohol ist gegen meine spirituelle/religiöse Einstellung.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mag den Geschmack und/oder Geruch von Alkohol nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin schwanger bzw. meine Partnerin ist schwanger.	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zu Drogen

81. Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!*

	1
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	☐
Aufputschmittel, Amphetamine	☐
Ecstasy	☐
LSD	☐
Heroin	☐
Andere Opiate (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphium)	☐
Kokain	☐
Crack	☐
Pilze	☐
Schnüffelstoffe	☐
Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert	☐

! Heutzutage können hin und wieder neue Substanzen erhältlich sein, die die Wirkung illegaler Drogen, wie z. B. Cannabis, Ecstasy, Kokain etc., imitieren. Diese werden manchmal auch „Legal Highs“, „Research Chemicals“, „Badesalze“, „Kräutermischungen“ oder „neue psychoaktive Substanzen (NPS)“ genannt und können in unterschiedlicher Form erhältlich sein, z. B. als Kräutermischung, Pulver, Kristalle oder Tabletten.

82. Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?

Ja ..... 1 ☐

Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 84*

Weiß nicht ..... 8 ☐

83. Haben Sie solche Substanzen in den letzten 12 Monaten konsumiert?

Ja ..... ☐ 1 ↓

Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 84*

Weiß nicht ..... 8 ☐

Welche Form hatten die Substanzen, die Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert haben?

☞ *Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!*

	1
Kräutermischungen zum Rauchen	☐
Pulver, Kristalle oder Tabletten	☐
Flüssigkeiten	☐

84. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen:

...schon irgendwann mal probiert ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 85*

...noch nie probiert ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage 111, Seite 29*

85. Vom ersten Mal bis heute, wie oft haben Sie folgende Drogen genommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	Habe ich vom ersten Mal bis heute insgesamt genommen			
	Gar nicht	ein-mal	2-5 mal	mehr als 5 mal
	1	2	3	4
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	☐	☐	☐	☐
Aufputschmittel, Amphetamine	☐	☐	☐	☐
Ecstasy	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐
Andere Opiate	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐
Crack	☐	☐	☐	☐
Schnüffelstoffe	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	☐	☐	☐	☐

86. Wann haben Sie die folgenden Drogen <u>zuletzt</u> genommen?

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** das zutreffende Kästchen an bzw. tragen Sie die Zahl der Jahre ein.*

	Zuletzt genommen			
	In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Länger her, zuletzt vor:	Habe ich noch nie genommen
	1	1		1
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	☐	☐	☐ Jahren	☐
Aufputschmittel, Amphetamine	☐	☐	☐ Jahren	☐
Ecstasy	☐	☐	☐ Jahren	☐
LSD	☐	☐	☐ Jahren	☐
Heroin	☐	☐	☐ Jahren	☐
Andere Opiate	☐	☐	☐ Jahren	☐
Kokain	☐	☐	☐ Jahren	☐
Crack	☐	☐	☐ Jahren	☐
Schnüffelstoffe	☐	☐	☐ Jahren	☐
Pilze	☐	☐	☐ Jahren	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	☐	☐	☐ Jahren	☐

87. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:
Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der in Frage 86 genannten Drogen genommen?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐→ *Bitte weiter mit Frage 111, Seite 29*

88. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Drogen genommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen				
	Gar nicht	Seltener als einmal im Monat	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal pro Woche	(Fast) täglich
	1	2	3	4	5
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	☐	☐	☐	☐	☐
Aufputschmittel, Amphetamine	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Opiate	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
Crack	☐	☐	☐	☐	☐
Schnüffelstoffe	☐	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	☐	☐	☐	☐	☐

89. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis oder Kokain oder Amphetamine konsumiert?

Ja, in den letzten 12 Monaten ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐→ *Bitte weiter mit Frage 111, Seite 29*

! Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit dem Konsum von Cannabis oder Kokain oder Amphetaminen in den letzten 12 Monaten. Wenn Sie die entsprechende Droge nicht konsumiert haben, antworten Sie bitte mit „Nein“.

90. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z. B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

91. Standen Sie in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Drogen, 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?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

92. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten unabsichtlich verletzt, d. h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie Drogen eingenommen hatten?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

93. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Drogen rechtliche Probleme, z. B. wegen Besitz von Drogen, Diebstahl zur Beschaffung der Substanz oder Fahren unter Drogeneinfluss?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

94. Haben Ihnen in den letzten 12 Monaten Ihre Familie oder Freunde wegen Drogen Vorwürfe gemacht?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

95. Ging in den letzten 12 Monaten wegen Ihres Drogenkonsums eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

96. Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihres Drogenkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

97. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter Drogeneinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?
Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	2	3
Cannabis	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

98. Haben Sie festgestellt, dass Sie in den letzten 12 Monaten mehr Drogen einnehmen mussten als vorher, um den gleichen Effekt zu erzielen, oder haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge einen geringeren Effekt hatte als früher?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
	1	2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

99. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten Drogen in geringeren Mengen als üblich oder gar nicht einnahmen, bekamen Sie da Beschwerden, wie z. B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!*

	Ja, in den letzten 12 Monaten	Nein
	1	2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐ →
Amphetamine	☐ ↓	☐

Wenn alles mit „Nein" beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 101

100. Wenn ja, haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen genommen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
	1	2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

101. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie mehr Drogen eingenommen haben oder Drogen über eine längere Zeitspanne eingenommen haben, als Sie ursprünglich beabsichtigten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
	1	2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

102. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehrmals erfolglos versucht oder hatten den anhaltenden Wunsch, den Konsum von Drogen zu reduzieren oder ganz einzustellen?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

103. Haben Sie in den letzten 12 Monaten viel Zeit damit verbracht, Drogen zu besorgen, einzunehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

104. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Drogen wichtige Aktivitäten, wie z. B. Sport, die Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

105. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen gesundheitliche Probleme (z. B. anhaltender Husten, Kreislaufprobleme, Heiserkeit, Übelkeit, Augen- und Mundtrockenheit)?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!*

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Nein 2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐ →
Amphetamine	☐	☐

Wenn alles mit „Nein" beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 107, Seite 28

106. Wenn ja, haben Sie in den letzten 12 Monaten trotz dieser Gesundheitsprobleme den Konsum von Drogen fortgesetzt?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

107. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen 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?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!*

	Ja, in den letzten 12 Monaten (1)	Nein (2)
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

→ *Wenn alles mit „Nein" beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 109*

108. Wenn ja, haben Sie in den letzten 12 Monaten trotz dieser psychischen Probleme den Konsum von Drogen fortgesetzt?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten: Ja (1)	Nein (2)
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

109. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen oder Drang nach Drogen, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten: Ja (1)	Nein (2)
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

110. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein solch starkes Verlangen nach Drogen, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?

Bei welchen Drogen ist das vorgekommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	In den letzten 12 Monaten: Ja (1)	Nein (2)
Cannabis	☐	☐
Kokain	☐	☐
Amphetamine	☐	☐

! **Die folgenden Fragen beschäftigen sich genauer mit dem Konsum von Amphetamin bzw. Methamphetamin.**
Amphetamin ist z. B. unter den Namen „Speed“, „Pep“ oder „Paste“ bekannt.
Methamphetamin ist z. B. unter den Namen „Crystal“, „Crystal-Speed“, „Crystal-Meth“ oder „Meth“ bekannt.

111. Haben Sie schon einmal Amphetamin bzw. Methamphetamin probiert?

	Ja 1	Nein 2
Amphetamin	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐

→ *Wenn beide Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, bitte weiter mit Frage S 1*

112. Wie oft, wenn überhaupt, haben Sie in den letzten 12 Monaten Amphetamin bzw. Methamphetamin genommen?

☞ *Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!*

	Gar nicht 1	Seltener als einmal im Monat 2	Mindestens einmal im Monat 3	Mindestens einmal pro Woche 4	(Fast) täglich 5
Amphetamin	☐	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐	☐	☐	☐

Zum Schluss noch einige statistische Fragen, die für die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind.

S 1 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

☞ *Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

Aktuell Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage S 2*

Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ..... 2 ☐
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ..... 3 ☐
Realschulabschluss (Mittlere Reife) ..... 4 ☐
Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ..... 5 ☐
Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ..... 6 ☐
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule ..... 7 ☐
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... 8 ☐
Einen anderen Schulabschluss ..... 9 ☐

→ *Bitte weiter mit Frage S 3, Seite 30*

S 2 Welchen allgemein bildenden Schulabschluss streben Sie an?

☞ *Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

Hauptschulabschluss ..... 1 ☐
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife ..... 2 ☐
Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule ..... 3 ☐
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife ..... 4 ☐
einen anderen Schulabschluss ..... 5 ☐

→ *Bitte weiter mit Frage S 4, Seite 30*

S 3 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

☞ *Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

- Noch in beruflicher Ausbildung, d. h. Auszubildende/r ☐ 1
- Noch in beruflicher Ausbildung, d. h. Student/in ☐ 2
- Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbauschule, Fachschule o. Ä. ☐ 3
- Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung ☐ 4
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen ☐ 5
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen ☐ 6
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen ☐ 7
- Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Bachelor, Master) ☐ 8
- Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Bachelor, Master, Staatsexamen) ☐ 9
- Einen anderen beruflichen Abschluss ☐ 10

S 4 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?

☞ *Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

- Voll erwerbstätig 1 ☐
- Teilzeitbeschäftigt 2 ☐

→ ***Bitte weiter mit Frage S 7***

- Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich) 3 ☐
- Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Mini-Job 4 ☐
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) 5 ☐
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt 6 ☐
- Berufliche Ausbildung/Lehre 7 ☐
- Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst/Militärdienst 8 ☐
- Freiwilliges Soziales Jahr 9 ☐
- Umschulung 10 ☐

→ ***Bitte weiter mit Frage S 6***

- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung 11 ☐
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst) 12 ☐

→ ***Bitte weiter mit Frage S 5***

S 5 Geben Sie bitte an, zu welcher der nachfolgenden Gruppen Sie gehören.

☞ *Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

- Schüler/in an einer allgemein bildenden Schule 1 ☐ → ***Bitte weiter mit Frage S 8, Seite 32***

- Student/in 2 ☐
- Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand 3 ☐
- Arbeitslos 4 ☐
- Dauerhaft erwerbsunfähig 5 ☐
- Hausfrau/Hausmann 6 ☐
- Sonstiges 7 ☐

→ ***Bitte weiter mit Frage S 6***

S 6 Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

Ja ..... ☐ 1 ↓ Nein ..... 2 ☐ → *Bitte weiter mit Frage S 8, Seite 32*

S 7 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt? Wenn Sie nicht mehr oder derzeit nicht berufstätig sind, geben Sie bitte die berufliche Stellung an, die Sie zuletzt innehatten.

☞ *Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

A Ungelernte/r Arbeiter/in ..... ☐ 1

B Angelernte/r Arbeiter/in ..... ☐ 2

C Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in ..... ☐ 3

D Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in ..... ☐ 4

E Meister/in, Polier/in, Brigadier/in ..... ☐ 5

F Angestellte/r mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im einfachen Dienst
(z. B. Verkäufer/in, Datentypist/in, Sekretariatsassistent/in, Pflegehelfer/in, Beamter/in bis einschl. Oberamtsmeister/in) ..... ☐ 6

G Angestellte/r mit einer qualifizierten Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im mittleren Dienst
(z. B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in, Beamter/in von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in) ..... ☐ 7

H Angestellte/r mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal oder Beamter/in im gehobenen Dienst
(z. B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis, Beamter/in von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin) ..... ☐ 8

K Angestellte/r mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen oder Beamter/in im höheren Dienst *(z. B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes, Richter/in, Beamter/in von Rat/Rätin aufwärts)* ..... ☐ 9

L Akademiker/in in freiem Beruf *(z. B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in)* ..... ☐ 10

M Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin ..... ☐ 11

N Selbständige/r im Handel, im Gastgewerbe, im Handwerk, in der Industrie, in der Dienstleistung, auch Ich-AG oder PGH-Mitglied mit...

...keinen Beschäftigten außer mir selbst ..... ☐ 12

...1 bis 4 Beschäftigten ..... ☐ 13

...5 bis 50 Beschäftigten ..... ☐ 14

...mehr als 50 Beschäftigten ..... ☐ 15

O Mithelfende/r Familienangehörige/r ..... ☐ 16

P Berufliche Ausbildung/Lehre ..... ☐ 17

Q Sonstige *(z. B. Praktikant/in)* ..... ☐ 18

S 8 Sind Sie der/die Hauptverdiener/in in Ihrem Haushalt, d.h. tragen Sie mit Ihrem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?

Ja ..... 1 ☐ → *Bitte weiter mit Frage S 10*

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in ..... 2 ☐

Nein ..... 3 ☐ → *Bitte weiter mit Frage S 9*

S 9 In welcher beruflichen Stellung ist bzw. war der/die Hauptverdiener/in Ihres Haushalts zuletzt beschäftigt? Verwenden Sie dazu bitte die Vorgaben aus der Frage S 7 und tragen Sie den zutreffenden Kennbuchstaben ein!

Buchstabe ☐

S 10 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.

☞ *Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!*

bis unter 500 Euro ..... ☐ 1

500 bis unter 750 Euro ..... ☐ 2

750 bis unter 1.000 Euro ..... ☐ 3

1.000 bis unter 1.250 Euro ..... ☐ 4

1.250 bis unter 1.500 Euro ..... ☐ 5

1.500 bis unter 1.750 Euro ..... ☐ 6

1.750 bis unter 2.000 Euro ..... ☐ 7

2.000 bis unter 2.250 Euro ..... ☐ 8

2.250 bis unter 2.500 Euro ..... ☐ 9

2.500 bis unter 3.000 Euro ..... ☐ 10

3.000 bis unter 4.000 Euro ..... ☐ 11

4.000 bis unter 5.000 Euro ..... ☐ 12

5.000 Euro und mehr ..... ☐ 13

S 11 Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier abschließend noch das Datum ein:

☐ . ☐ **2018**

Tag Monat

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Zum Abschluss noch eine Bitte: Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Falls Sie Fragen vergessen haben, versuchen Sie bitte, diese noch zu vervollständigen.

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte im beiliegenden portofreien Rückumschlag an:

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn