

Institut für
Therapieforschung
Parzivalstr. 25
80804 München

Ludwig Kraus
Kurt Scherer
Rita Bauernfeind

Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in
Hamburg 1997¹

Population Survey on the Consumption of Psychoactive Substances in
Hamburg 1997

München 1998
IFT-Berichte Bd. 97

¹ Gefördert von der Freien und Hansestadt Hamburg; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales; Landesamt für Rehabilitation - Referat Drogen und Sucht -

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 97

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Spies, G. & Kröger, C. (1996). Jahresbericht des IFT über die Betreuung der Kurssysteme „Abnehmen - aber mit Vernunft“ und „Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen“ (Zeitraum: 01.01.1995 - 31.12.1995). IFT-Berichte Band 89, München: IFT Institut für Therapieforschung.

Gessler, A. & Simon, R. (1996) Jahresstatistik 1994 ambulanter und stationärer Einrichtungen für alleinstehende Wohnungslose in Deutschland (Berichtszeitraum 01.01.1994 - 31.12.1994). IFT-Berichte Band 91, München: IFT Institut für Therapieforschung.

Gessler, A. & Simon, R. (1996) Jahresstatistik 1995 ambulanter und stationärer Einrichtungen für alleinstehende Wohnungslose in Deutschland (Berichtszeitraum 01.01.1995 - 31.12.1995). IFT-Berichte Band 92, München: IFT Institut für Therapieforschung.

Shaw, R. & Kröger, C. (1997). Jahresbericht des IFT über die Betreuung der Kurssysteme „Abnehmen - aber mit Vernunft“ und „Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen“ (Zeitraum: 01.01.1996 - 31.12.1996). IFT-Berichte Band 93, München: IFT Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Kröger, C., Bühringer, G., Tauscher, M. & Walden, K. (1997). Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene in Bayern, IFT Berichte Band Nr. 94, München: IFT.

Künzel, J., Kröger, C., Bühringer, G., Tauscher, M. & Walden, K. (1997). Evaluation des Präventionsprojektes MIND ZONE, IFT Berichte Band Nr. 95, München: IFT.

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

Fassung vom 8. November 1998

Vorwort

Zum zweiten Mal nach 1990 wurde für die Repräsentativerhebung 1997 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen („Bundesstudie“) eine Sonderauswertung für die Hansestadt Hamburg erstellt. Die Bundesstudie wird alle zwei bis fünf Jahre durchgeführt und hatte 1997 eine Stichprobe von N = 8020 Personen (18 bis 59 Jahre). Da der Anteil aus dieser Stichprobe, der auf das Gebiet von Hamburg entfällt, für eine eigenständige Auswertung zu gering ist, wurde die Stichprobe entsprechend aufgestockt.

Die Daten, insbesondere Trendanalysen über einen längeren Zeitraum, sind ein wichtiger Bestandteil der Informationsgrundlage für die Beurteilung von Trends in einem Bundesland und für die Planung fachlicher Schwerpunkte von Behörden und Verbänden. Insofern sind regionale Auswertungen zusätzlich zur Bundesauswertung sinnvoll, um spezifische Entwicklungen, etwa in Hinblick auf einzelne Flächenstaaten oder Stadtstaaten, besser auswerten und für die jeweilige Arbeit nutzen zu können.

Die Ergebnisse zeigen, daß insbesondere der Gebrauch von Ecstasy in den letzten sieben Jahren deutlich zugenommen hat. Obwohl die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis, Amphetaminen, LSD, Opiaten und Kokain insgesamt in der Altersgruppe der 15-39jährigen kaum zugenommen hat, ergeben sich bezogen auf verschiedene Altersgruppen deutliche Unterschiede. Bei den 15-17jährigen Jugendlichen hat sich im Gegensatz zur Gesamtgruppe die Lebenszeitprävalenz von Cannabis mehr als verdoppelt (9,2% auf 21,2%). Ebenso ist die Lebenszeitprävalenz von Amphetaminen in dieser Altersgruppe signifikant gestiegen. Auffällig ist jedoch der deutlich höhere Anteil Ecstasyerfahrener bei den 18-24jährigen im Vergleich zu den 15-17jährigen.

Die Zunahme bei Cannabis in den jüngeren Altersgruppen zeigt sich auch beim aktuellen Gebrauch (12-Monats-Prävalenz). Zu nennen ist hier die Zunahme der Cannabisprävalenz bei den 15-17jährigen von 8,4% auf 17,9%. Im Gegensatz zu den genannten Entwicklungen sind die Veränderungen bei den Opiaten bzw. bei Kokain/Crack, mit Ausnahme einer Zunahme bei den Erwachsenen im Altersbereich von 30-39 Jahren, nur geringfügig.

Durch den Ausbau des Fragenkatalogs in der Bundesstudie zu den substanzinduzierten Störungen im Zusammenhang mit Alkohol wird erneut deutlich, daß in Deutschland ganz im Gegensatz zur öffentlichen Diskussion, und dies gilt auch für Hamburg, ein im Vergleich zum Drogenproblem vielfach höheres Alkoholproblem vorliegt. Je nach Kriterium sind zwischen 3% und 6% aller Befragten alkoholabhängig, etwa 23% der Bevölkerung (bei den Männern 33%) haben einen hochriskanten Alkoholkonsum (riskanter und schädlicher Gebrauch inklusive Mißbrauch und Abhängigkeit). Das sind für die Hansestadt Hamburg in der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre 250.000 Personen. Sehr bedenklich und ein wichtiger Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen ist das Ergebnis, daß bereits knapp 18,1% der 15-17jährigen Jungen und etwa 10,6% der Mädchen das Kriterium eines riskanten Alkoholkonsums erfüllen.

Durch die Aufschlüsselung nach Altersgruppen und Geschlecht sowie die zunehmend bessere Erfassung der negativen Konsequenzen des Gebrauchs einzelner Substanzen ist die Datengrundlage für eine zielorientierte Prävention bzw. frühzeitige Intervention kontinuierlich verbessert. Es wäre wünschenswert, wenn die Informationen für die Auswahl und Gestaltung präventiver und therapeutischer Maßnahmen auch zunehmend genutzt werden. Darüber hinaus sollten Veränderungen in der örtlichen

Problemlage durch die eingesetzten Maßnahmen nicht nur an den einzelnen Zielgruppen überprüft werden, sondern auch in Hinblick auf die Auswirkungen in der gesamten Population.

Nach Vorliegen der Daten aus der Bundesstudie 1997 für das gesamte Bundesgebiet ist es auch möglich, diese bzw. die Daten einzelner Bundesländer mit denen der Stadt Hamburg zu vergleichen, um die spezifischen Unterschiede und Bedingungen analysieren zu können.

August 1998

Dr. Gerhard Bühringer
Leiter des Instituts

Inhalt

ZUSAMMENFASSUNG.....	VIII
SUMMARY	X
1 Einleitung	1
2 Methode	3
3 Aktuelle Ergebnisse	5
3.1 Illegale Drogen	5
3.1.1 Lebenszeitprävalenz.....	5
3.1.2 12-Monats-Prävalenz.....	7
3.1.3 Frequenz des Drogengebrauchs	9
3.1.4 Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft.....	10
3.1.5 Einschätzung des Drogenproblems und Kenntnisse über die Auswirkungen des Drogengebrauchs.....	11
3.1.6 Gründe und Bedingungen des (ersten) Konsums illegaler Drogen.....	14
3.1.7 Folgen des Gebrauchs illegaler Drogen.....	15
3.1.8 Tabellen: Illegale Drogen.....	18
3.2 Alkoholkonsum	21
3.2.1 Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht.....	21
3.2.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten.....	22
3.2.3 Folgen des Alkoholkonsums	24
3.2.4 Einstellungen zum Thema Alkohol.....	28
3.2.5 Tabellen: Alkohol.....	30
3.3 Medikamente	31
3.3.1 Tabellen: Medikamente.....	34
3.4 Tabak	35
3.4.1 Umfang des Tabakkonsums	35
3.4.2 Beendigung des Tabakkonsums	36
3.4.3 Tabellen: Tabak.....	38
4 Konsummuster.....	40
4.1 Konsum verschiedener illegaler Drogen.....	40
4.2 Konsum von illegalen Drogen und Alkohol.....	41
4.3 Konsum von illegalen Drogen und Tabak.....	41
4.4 Konsum von illegalen Drogen nach soziodemographischen Aspekten.....	42

4.5	Alter des ersten Drogenkonsums	42
5	Veränderungen seit 1990.....	46
5.1	Methode.....	46
5.2	Illegale Drogen.....	47
5.3	Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft illegaler Drogen.....	51
5.4	Alkohol.....	53
5.5	Tabak.....	56
6	Diskussion.....	59
7	Literaturverzeichnis	63

Zusammenfassung

Im Zuge der Bundesstudie „Repräsentativerhebung 1997 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ wurde in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Regionalauswertung durchgeführt. Dabei wurde die Stichprobe der Bundesstudie für den Stadtstaat Hamburg (18 bis 59 Jahre) auf das Dreifache aufgestockt und zusätzlich eine Stichprobe von 15-17jährigen gezogen.

Aktuelle Ergebnisse

Illegale Drogen

Erfahrung mit illegalen Drogen haben 30,6% der Männer und 14,5% der Frauen im Alter zwischen 15 und 59 Jahre. Der größte Teil der Drogenerfahrung ist auf Cannabis zurückzuführen. Bei den jüngeren Erwachsenen (18-29 Jahre) gewinnen allerdings Ecstasy und Amphetamine zunehmend an Bedeutung. Dies ist nicht nur an Prävalenzwerten, sondern auch an Probierbereitschaft und subjektiver Einschätzung der Beschaffbarkeit ablesbar. In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 9,1% der befragten 15-59jährigen illegale Drogen genommen. Der Anteil der 15-17jährigen Jugendlichen beträgt 18,4%, bei den 18-24jährigen sind es 28,5%. Während die meisten aktuellen Cannabiskonsumenten an ihrem Konsummuster nichts ändern wollen, meint über ein Viertel der aktuellen Ecstasykonsumenten, daß sie ihren Konsum einstellen oder einschränken sollten.

Alkohol

Der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum (Männer mindestens 40g, Frauen mindestens 20g Reinalkohol pro Tag) beträgt bei Männern 14,2% und bei Frauen 11,7%. Von den 15-17jährigen Mädchen weisen bereits 10,6% und von den Jungen 18,1% einen riskanten Alkoholkonsum auf. Insgesamt wurde bei 3,4% der Gesamtstichprobe Alkoholabhängigkeit und bei 7,5% Alkoholmißbrauch (ohne Abhängigkeit) nach DSM-IV festgestellt.

Medikamente

Medikamente nahmen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 17,9% der Frauen und 8,0% der Männer mindestens einmal pro Woche ein. Schmerzmittel werden dabei mit Abstand am häufigsten angegeben.

Tabak

Fast die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen rauchen. Im Altersbereich von 15 bis 17 Jahre rauchen 37,7% der Jungen und 34,3% der Mädchen. Jede vierte Raucherin und jeder sechste Raucher überlegt ernsthaft mit dem Rauchen aufzuhören; versucht hat dies in den vergangenen zwei Jahren jede fünfte Raucherin und jeder achte Raucher.

Konsummuster

Etwa ein Drittel der drogenerfahrenen Jugendlichen (15-17 Jahre) hat Erfahrungen mit mehr als einer illegalen Substanz. Bei den älteren Drogenkonsumenten (18-24 Jahre) liegt der Anteil derer, die in den letzten 12 Monaten verschiedene Substanzen konsumiert haben, bei fast 50%. Zwischen der Erfahrung mit illegalen Drogen und dem Konsum von Alkohol und Tabak besteht ein enger Zusammenhang, unter

Rauchern und Personen mit hohem Alkoholkonsum finden sich vergleichsweise viele Drogenerfahrene und -konsumenten.

Veränderungen seit 1990

Die aktuellen Ergebnisse können mit den Resultaten aus der Untersuchung von 1990 für den Altersbereich von 15 bis 39 Jahren verglichen werden. Im Bereich illegaler Drogen ist eine starke Zunahme der Prävalenz von Cannabis bei 15-17jährigen Jugendlichen und von Amphetaminen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtbar. Der höchste Zuwachs zeigt sich bei den 15-17jährigen, deren 12-Monats-Prävalenz von Cannabis von 8.4% im Jahre 1990 auf 17.9% im Jahre 1997 stieg. Der Konsum von alkoholischen Getränken ist durch relativ stabile Verhältnisse ohne größere zeitliche Veränderungen geprägt. Getrennt für Jugendliche und Erwachsene hat beim Rauchen in den 90er Jahren ein deutlicher Wandel stattgefunden. Durch eine starke Zunahme des Rauchens bei den Jugendlichen und einem gleichzeitig ebenso großen Rückgang des Rauchens bei den Erwachsenen, gibt es inzwischen keine Altersunterschiede mehr. Der Raucheranteil hat sich 1997 bei den 15-39jährigen auf 36% altersstabil eingependelt.

Summary

A separate analysis of the 1997 National Survey on the Use of Psychoactive Substances ("Bundesstudie") was commissioned by and conducted in the City of Hamburg. The analysis utilized an oversampling of 18-59 year old respondents living in Hamburg (three times larger than the original subsample for Hamburg in the national survey), and a supplementary sample of 15-17 year old adolescents.

Latest Findings

Illicit Drugs

Lifetime prevalence of illicit drug use (at least once in lifetime) was reported by 30.6% of 15-59 year old males and 14.5% of 15-59 year old females. The drugs most often consumed was cannabis. Ecstasy and amphetamines, however, are becoming increasingly popular among 18-29 year olds. This is not only derived from prevalence rates, but also from self-reported readiness to try these substances and reports on perceived availability of ecstasy and amphetamines. During the past 12 months a total of 9.1% of 15-59 year olds had taken illicit drugs. Amongst 15-17 year olds, past year total illicit drug use amounted to 18.4%, and amongst those 18-24 years old the prevalence peaked at 28.5%. While most of the current exclusive cannabis users did not want to change their pattern of consumption, more than one quarter of current ecstasy users thought that they should reduce or give up their ecstasy use.

Alcohol

Alcohol use amongst 14.2% of male and amongst 11.7% of female respondents in the age range 15-59 is estimated to be harmful (more than 20g per day for females and more than 40g per day for males). Amongst 15-17 year old girls 10.6% and amongst boys 18.1% exhibit harmful use. Altogether 3.4% of the sample show symptoms of alcohol dependence and 7.5% exhibit alcohol abuse.

Pharmaceuticals

An intake of psychoactive pharmaceuticals at least once per week during the past month was reported by 17.9% of female and 8.0% of male respondents. Pain-killers are the most often consumed pharmaceuticals.

Tobacco

Nearly half of male and a third of female respondents are current smokers. In the age group 15-17 years 37.7% of males and 34.3% of females reported to have smoked in the past month. One out of four female smokers and one out of six male smokers have seriously considered giving up smoking. One out of five female smokers and one out of eight male smokers have tried to stop smoking within the past two years.

Patterns of consumption

About a third of those 15-17 year olds who have taken drugs at least once in their life reported to have had experience with more than one illicit drug. Nearly 50% of current drug users in the age group 18-24 consumed more than one illicit drug in the past 12 months. There is a strong association between the

experience with illicit drugs and the consumption of alcohol and tobacco. Among current smokers and those with harmful alcohol use, the proportion of those with any drug experience and the proportion of current drug users are comparatively high.

Changes since 1990

The 1997 results for 15-39 year olds can be compared with the findings of the 1990 survey. Prevalence of cannabis use amongst 15-17 year olds and prevalence of amphetamines amongst youngsters and young adults increased notably. The highest increase is observed in the age group 15-17 for the 12 month prevalence of cannabis (8.4% in 1990; 17.9% in 1997). Frequency of consumption of alcoholic beverages remains relatively stable. The prevalence of current smokers developed rather differently among youngsters and adults during the 1990s. Due to the strong increase of smoking prevalence amongst youngsters and at the same time the strong decrease of smoking prevalence among adults, there are no age differences in the prevalence of current smokers at present. Thirty-six per cent of 15-39 year olds were current smokers in 1997.

1 Einleitung

Im Rahmen der alle zwei bis fünf Jahre durchgeführten Bundesstudie „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ wurde in der Freien und Hansestadt Hamburg die Stichprobe der Bundesstudie 1997 für den Stadtstaat Hamburg zahlenmäßig auf das Dreifache aufgestockt. Zusätzlich wurde das Altersspektrum von 18 bis 59 Jahre durch eine relativ umfangreiche Zusatzstichprobe um die Altersgruppe der 15-17jährigen erweitert. Dadurch konnten Jugendliche als eigenständige Altersgruppe ausgewertet und mit den Erwachsenen verglichen werden. Nach der ersten Regionalauswertung für die Hansestadt Hamburg (Simon, Herbst & Grieb, 1992) im Zuge der Bundesstudie von 1990 (Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1991) stehen zwei Querschnittsuntersuchungen zur Verfügung, die die Untersuchung historischer Veränderungen von Konsum, Konsummustern und Einstellungen in der Hamburger Bevölkerung im Sieben-Jahres-Vergleich ermöglichen.

Querschnittsuntersuchungen in der Allgemeinbevölkerung liefern notwendige Basisdaten für Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen. Selbstangaben zu Umfang und Häufigkeit des Gebrauchs von legalen und illegalen Drogen sowie direkte Angaben über das Ausmaß der Problematik im Zusammenhang mit verschiedenen psychotropen Substanzen ergänzen das Spektrum der Informationen, die routinemäßig in den Bereichen medizinische und psychosoziale Versorgung sowie Polizei und Justiz erfaßt werden. Die in der Gesundheitsversorgung zugänglichen Daten bilden die Probleme zu einem Zeitpunkt ab, zu dem Sucht- und Krankheitsentwicklung bereits weit fortgeschritten sind. Demgegenüber helfen Erhebungen in der Bevölkerung den aktuellen Umfang des Gebrauchs und Mißbrauchs mit seinen Konsequenzen abzubilden. Trotz methodischer Einschränkungen - Randgruppen werden weniger gut erfaßt und die Angaben zu weniger akzeptiertem Verhalten sind in der Regel Verzerrungen unterworfen - sind Bevölkerungsumfragen ein notwendiger Bestandteil eines Früherkennungssystems.

Wiederholte Querschnittsbefragungen zur Erfassung des Gebrauchs und Mißbrauchs psychotroper Substanzen sind zwei gegenläufigen Forschungsinteressen unterworfen. Um möglichst aktuell zu sein, sollten Fragestellung und Instrument dem neuesten Forschungsstand entsprechen. Ist man demgegenüber an Veränderungen interessiert, sind Kontinuität von Methode und Befragungsinstrument erforderlich. Nach 1990 wurde die Konzeption der Bundesstudie maßgeblich verändert. Zunächst wurden die Bundesstudie und die Jugendstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (BZgA, 1994) dahingehend abgestimmt, daß erstere die Erwachsenenbevölkerung in einem erweiterten Spektrum von 18 bis 59 Jahre und letztere Jugendliche und junge Erwachsene der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre erfaßt. 1990 wurden in der Bundesstudie noch Jugendliche und Erwachsene zwischen 12 und 39 Jahre befragt. Inhaltlich wurden die beiden Studie mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen, wobei sich die Bundesstudie in erster Linie auf Prävalenzschätzungen des Gebrauchs und im verstärkten Maße auf Folgen eines schädlichen Gebrauchs („substanzierte Störungen“) konzentriert, während die Studie der BZgA unter dem Stichwort „Drogenaffinität“ wie bisher nach präventiven Gesichtspunkten Entwicklungen des Drogenkonsums und Einstiegsprozesse untersucht.

Die Bundesstudie wurde beispielsweise bei der Erfassung des Alkoholkonsums grundlegend überarbeitet. Von dem veralteten Index der Wochendurchschnittsbildung ohne zeitlichen Referenzrahmen wurde auf eine getrennte Erfassung von Häufigkeit pro Monat und durchschnittlicher Menge des jeweiligen Getränks pro Trinkgelegenheit übergegangen (Frequenz-Menge-Index), der heute international üblich ist. Vergleiche von Trinkmengen sind demzufolge zwischen 1990 und 1997 nicht möglich (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, in Druck). In bezug auf Folgen des Drogenkonsums wurden verschiedene diagnostische Screening-Verfahren in die Bundesstudie aufgenommen. Neben dem Kurzfragebogen zur Erfassung von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit (CAGE; Ewing, 1984) wird ein von der WHO entwickeltes Screening-Verfahren (AUDIT; Babor et al., 1989) verwendet, das sowohl Trinkmengen und -frequenzen als auch psychische und physische Folgeerscheinungen des Alkoholkonsums erfaßt. Abgebildet wird damit ein riskanter und schädlicher Alkoholkonsum im Stadium vor Abhängigkeit. Weiterhin wird erstmalig das internationale Diagnostikinstrument für die Klassifikation von Krankheiten (DSM-IV) von Mißbrauch und Abhängigkeit in einem selbst auszufüllenden Fragebogen erprobt (Saß et al., 1998).

Der vorliegende Bericht zum Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Substanzen in Hamburg gibt nach einer Darstellung von Instrument und Erhebungsmethode in Kapitel 2 einen Überblick über die aktuellen Ergebnisse zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Medikamente und Tabak aus der Erhebung 1997 (Kapitel 3). Kapitel 4 geht über zu detaillierten Fragestellungen und analysiert unter dem Stichwort Konsummuster den Konsum verschiedener illegaler Drogen und den Zusammenhang zwischen Alkohol-/Tabakkonsum sowie verschiedenen Aspekten der Soziodemographie und Drogenkonsum. Den Abschluß dieses Kapitels bildet eine Untersuchung zum Alter des ersten Drogengebrauchs. Zeitliche Veränderungen des Konsums von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak werden schließlich in Kapitel 5 behandelt.

2 Methode

Der Fragebogen ist eine vollständig überarbeitete und aktualisierte Version des 1995 in der Bundesstudie verwendeten Instruments. Er enthält Fragen zur Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen sowie zur Frequenz und zum Einstiegsalter verschiedener illegaler Substanzen. Neben der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft wird nach dem Bedingungsgefüge und den Folgen des Drogenkonsums gefragt. Außerdem werden Einschätzungen und Kenntnisse zu Problematik und Auswirkungen von illegalen Drogen erhoben. Der zweite große Themenbereich Alkohol erfaßt Mengen und Häufigkeiten verschiedener alkoholischer Getränke. Die größte Veränderung der aktuellen Fragebogenversion besteht bei den Folgen des Alkoholkonsums in der Aufnahme von Screening-Verfahren und diagnostischen Kriterien zur Erfassung von schädlichem Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit des Alkoholkonsums. Ein dritter, kürzerer Themenbereich enthält Fragen zur Einnahme von Medikamenten. Der vierte Themenkomplex widmet sich dem Rauchen. Neben Prävalenz und Konsummengen werden Folgen und Einstellungen behandelt. Schließlich gibt es noch Fragen zur allgemeinen Gesundheit, Soziodemographie und zu ökonomischen Verhältnissen. Alles in allem umfaßt das Erhebungsinstrument ca. 100 Fragen. Die Grundgesamtheit der Untersuchung besteht aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung der Hansestadt Hamburg im Alter von 15 bis 59 Jahre. Sie umfaßt ca. 1,1 Mio. Personen (Stand 31.12.1996, Statistisches Landesamt Hamburg).

Die Bestimmung der Befragungspersonen erfolgte durch die Anwendung zweier unterschiedlicher Stichprobentechniken für die Jugend- (15 bis 17 Jahre) und die Erwachsenenstichprobe (18 bis 59 Jahre). Die im Rahmen der Bundesstichprobe nach einem geschichteten dreistufigen Zufallsauswahlverfahren im ADM-Design gezogene Hamburg-Stichprobe für den Altersbereich 18 bis 59 Jahre wurde auf das Dreifache aufgestockt. Die Zufallsauswahl erfolgte auf der Grundlage eines Random-Route-Verfahrens (Hoffmeyer-Zlotnik, 1997a). In der ersten Auswahlstufe wurden basierend auf der Wahlbezirkseinteilung der Bundestagswahlen 83 Sample-Points gezogen. In der zweiten Stufe folgten die Mitarbeiter des Feldinstituts einer festgelegten Random-Route-Begehung der Befragungshaushalte. Schließlich wurden in der dritten Auswahlstufe die Befragungspersonen ermittelt. In Haushalten mit mehr als einer Person im Alter zwischen 18 und 59 Jahren geschah dies mit Hilfe der Geburtstagsfrage („Wer hatte zuletzt Geburtstag?“). Die Zielpersonen erhielten die Unterlagen und konnten selbst entscheiden, die ausgefüllten Fragebogen per Post zurückzuschicken oder von Mitarbeitern des Feldinstituts abholen zu lassen.

Für die Jugendstichprobe im Alter von 15 bis 17 Jahre war eine Random-Route-Begehung aus Kostengründen nicht möglich. Deshalb wurde die Stichprobe der 15-17jährigen nach einem Quotenverfahren (Schneller, 1997) bestimmt. Ausgehend von einem Soll von 200 Jugendlichen wurden für eine Überquote von 220 Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahre 44 Sample-Points angesetzt. Somit ergaben sich pro Point fünf Zielpersonen. Für die Bestimmung der Points wurden zunächst die Hamburger Ortsteile nach Bezirken entsprechend ihrem Anteil an 15-17jährigen geschichtet. Anschließend wurden die Points in systematischer Zufallsauswahl mit zufälligem Startpunkt gezogen. Die Länge des Ziehungsintervalls ergab sich durch die Anzahl 15-17jähriger dividiert durch die Anzahl einzusetzender Points. Zur Auswahl der Personen in den Points wurden für jeden Ortsteil Quoten nach

der gemeinsamen Verteilung von Alter, Nationalität (Deutsch, nicht Deutsch) und Geschlecht sowie der Verteilung der Schulbildung festgelegt.

Tabelle 2.1: Stichprobengewichtung

	Ist (ungewichtet)		Soll (gewichtet)	
Jugendliche (15 bis 17 Jahre):				
Geschlecht				
Jungen	114	53.5	12	54.5
Mädchen	99	46.5	10	45.5
Erwachsene (18 bis 59 Jahre):				
Geschlecht				
Männer	241	49.3	243	50.8
Frauen	248	50.7	235	49.2
Alter				
18-24	85	17.4	54	11.3
25-29	64	13.1	63	13.2
30-39	114	23.3	147	30.8
40-49	102	20.9	104	21.8
50-59	124	25.4	110	23.0

Mit den Feldarbeiten wurde nach einer beschränkten Ausschreibung durch das IFT die Firma GFM-GETAS beauftragt. Die Datenerhebung begann im April 1997 und wurde im Juni 1997 abgeschlossen. Auswertbare Daten liegen von 702 Personen (213 Jugendliche und 489 Erwachsene) vor. Die Stichprobe wurde so gewichtet, daß deren Verteilung von Geschlecht und Alter mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit übereinstimmt. In Tabelle 2.1 werden die Ist- den Sollwerten der Jugend- und Erwachsenenstichprobe gegenübergestellt. Demnach gibt es in bezug auf das Geschlecht zwischen Ist- und Sollwerten fast keine Unterschiede. Die Jugendstichprobe wurde überproportional gezogen, da mit einer im Verhältnis zur Erwachsenenstichprobe proportional gezogenen Stichprobe der 15-17jährigen (ca. 20 Personen) keine validen Aussagen getroffen werden könnten: Ein paar wenige Respondenten mit stark abweichendem Konsumverhalten hätten bei einer derartig kleinen Stichprobe einen großen Einfluß auf das Gesamtergebnis und könnten zu einem erheblich verzerrten Bild führen. In der Erwachsenenstichprobe sind die 18-24jährigen leicht über- und die 30-39jährigen etwas unterrepräsentiert. Die Ausschöpfungsquote, die sich aufgrund unterschiedlicher Stichprobenverfahren nur für die 18-59jährigen bestimmen läßt, beträgt 63,4% und liegt im Durchschnittsbereich früherer Bundesstudien (Herbst, Kraus & Scherer, 1996).

Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die gewichteten Daten der befragten Altersgruppe von 15 bis 59 Jahre. Bei Vergleichen mit der Repräsentativerhebung von 1990 kann nur die Altersgruppe der 15-39jährigen berücksichtigt werden. Umfangreichere Tabellen befinden sich am Ende des jeweiligen Kapitels.

3 Aktuelle Ergebnisse

3.1 Illegale Drogen

3.1.1 Lebenszeitprävalenz

Von den befragten 15-59jährigen haben 22,7% zumindest einmal im Leben irgendeine illegale Droge genommen (Tabelle 3.1.10). Bei den Männern ist der Anteil mit 30,6% etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen (14,5%). Bezogen auf die Wohnbevölkerung (WB) Hamburgs zwischen 15 und 59 Jahre haben ca. 250.000 Personen (170.000 Männer und 79.000 Frauen) Erfahrung mit illegalen Drogen. 84% der Lebenszeitprävalenten haben zumindest einmal Cannabis (Haschisch, Marihuana), knapp die Hälfte zumindest einmal andere illegale Drogen konsumiert. Die Lebenszeitprävalenzen liegen bei den 18-29jährigen deutlich höher als bei den 15-17- und 30-59jährigen (Abbildung 3.1.1). Dies gilt sowohl für die Erfahrung mit Cannabis als auch für die Erfahrung mit anderen illegalen Drogen (Abbildungen 3.1.2 und 3.1.3). Lediglich bei den Frauen ist die Cannabis-Lebenszeitprävalenz der 15-17jährigen bereits fast so hoch wie die der 18-29jährigen.

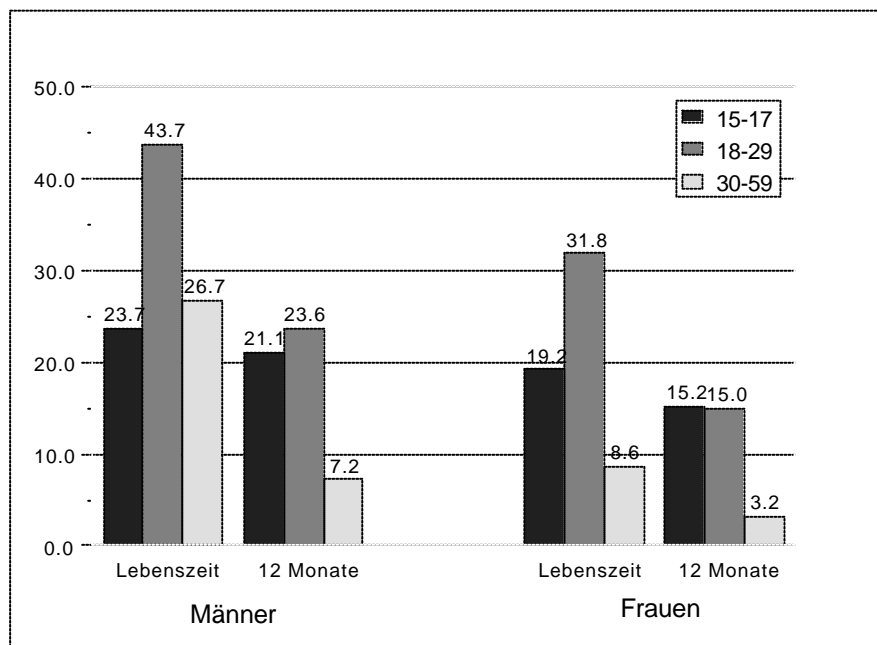


Abbildung 3.1.1: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von illegalen Drogen für Männer und Frauen nach Altersgruppen

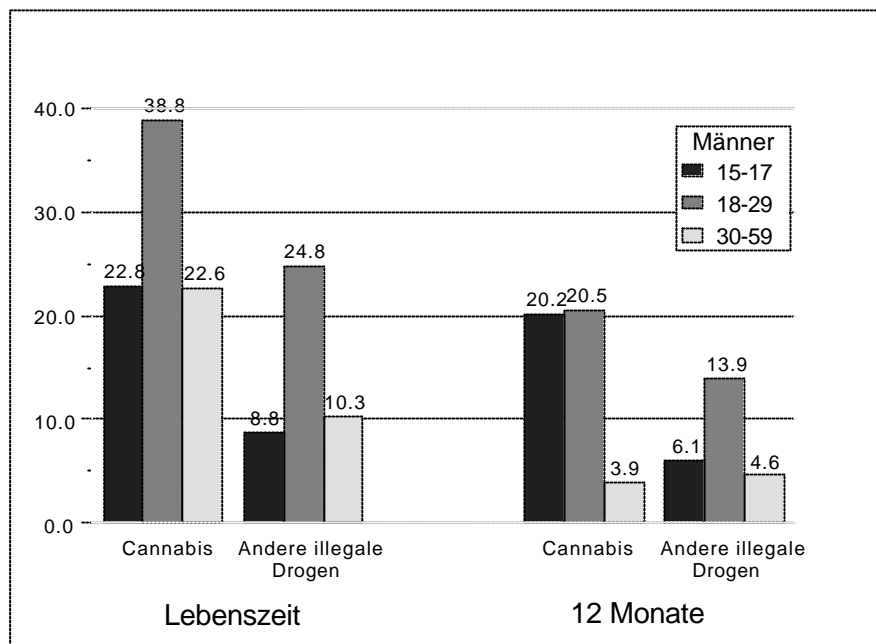


Abbildung 3.1.2: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von Cannabis und anderen illegalen Drogen (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei Männern nach Altersgruppen

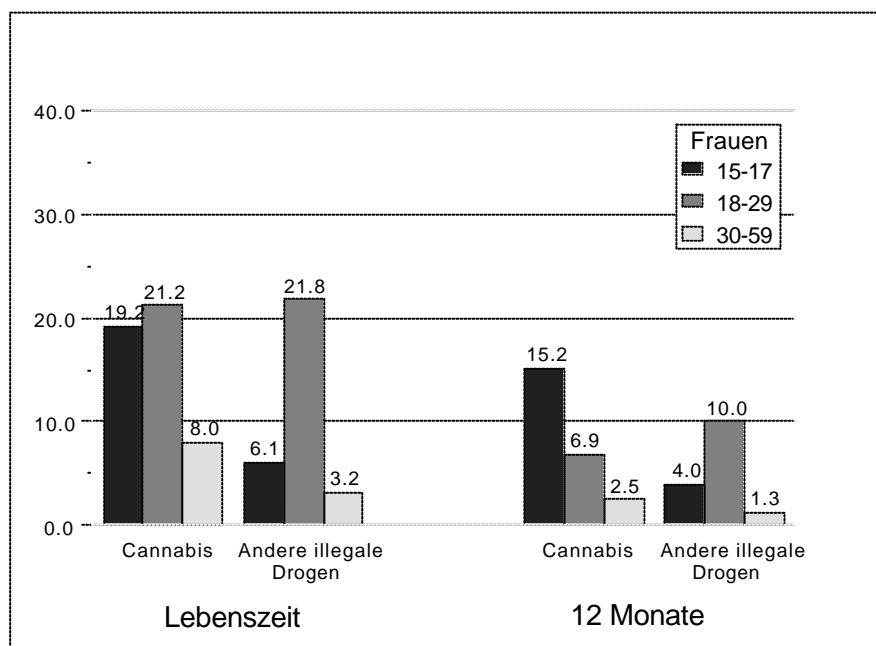


Abbildung 3.1.3: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von Cannabis und anderen illegalen Drogen (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei Frauen nach Altersgruppen

Für die substanzspezifische Betrachtung werden in Abbildung 3.1.4 die einzelnen Substanzen gegenübergestellt. Die Cannabisprävalenz ist in allen Altersgruppen am höchsten. Auffällig ist die im Vergleich zu den anderen Altersgruppen hohe Lebenszeitprävalenz für Amphetamine, Ecstasy und LSD

bei den 18-29jährigen. Wie aus Tabelle 3.1.10 hervorgeht, haben bereits 21,1% der 18-24jährigen Erfahrung mit Ecstasy. Opiate und Kokain/Crack spielen eine deutlich untergeordnete Rolle. Diese Entwicklung zeichnete sich bereits in regionalen Studien in München (Schuster & Wittchen, 1996) und Berlin (Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin, 1996) ab.

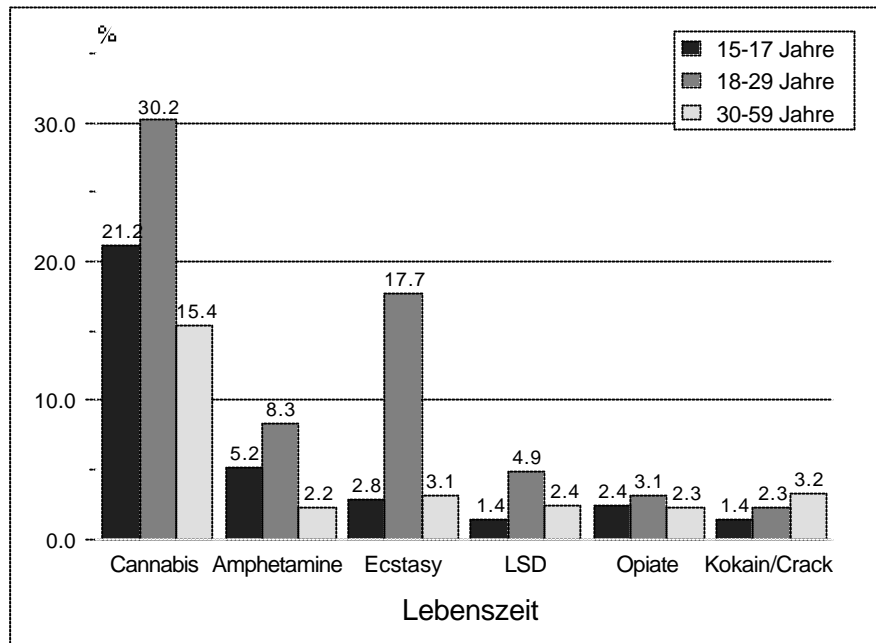


Abbildung 3.1.4: Lebenszeitprävalenz von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten (Heroin, Methadon, andere Opiate) und Kokain/Crack nach Altersgruppen

3.1.2 12-Monats-Prävalenz

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 9,1% der befragten 15-59jährigen illegale Drogen genommen (Tabelle 3.1.10), wobei die 12-Monats-Prävalenz der 15-17jährigen und der 18-29jährigen bei beiden Geschlechtern in etwa gleich hoch ist (Abbildung 3.1.1). Die 30-59jährigen haben dagegen deutlich geringere Prävalenzwerte. Wie aus Tabelle 3.1.10 zusätzlich hervorgeht, weisen die 18-24jährigen mit 28,5% den weitaus höchsten Anteil aktueller Konsumenten auf. Beim Vergleich der Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Cannabis und anderen illegalen Drogen (Abbildungen 3.1.2 und 3.1.3). Bei beiden Geschlechtern ist die 12-Monats-Prävalenz anderer illegaler Drogen bei den 18-29jährigen etwa doppelt so hoch wie bei den Jugendlichen. Cannabis hingegen konsumierten in den letzten 12 Monaten in beiden Altersgruppen etwa 20% der Männer. Überraschend sind die Unterschiede bei den Frauen. Mit 15,2% erreichen die 15-17jährigen Mädchen das Zweifache des Prävalenzwerts der 18-29jährigen Frauen. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) haben 100.000 Personen im letzten Jahr illegale Drogen konsumiert.

Vergleicht man die einzelnen Substanzen in Abbildung 3.1.5, so fällt auf, daß die 12-Monats-Prävalenz bei den 18-29jährigen für Ecstasy den Wert von Cannabis fast erreicht hat. Auffällig sind weiterhin die höheren Werte bei den 15-17jährigen für Cannabis und Amphetamine im Vergleich zu den 18-29jährigen.

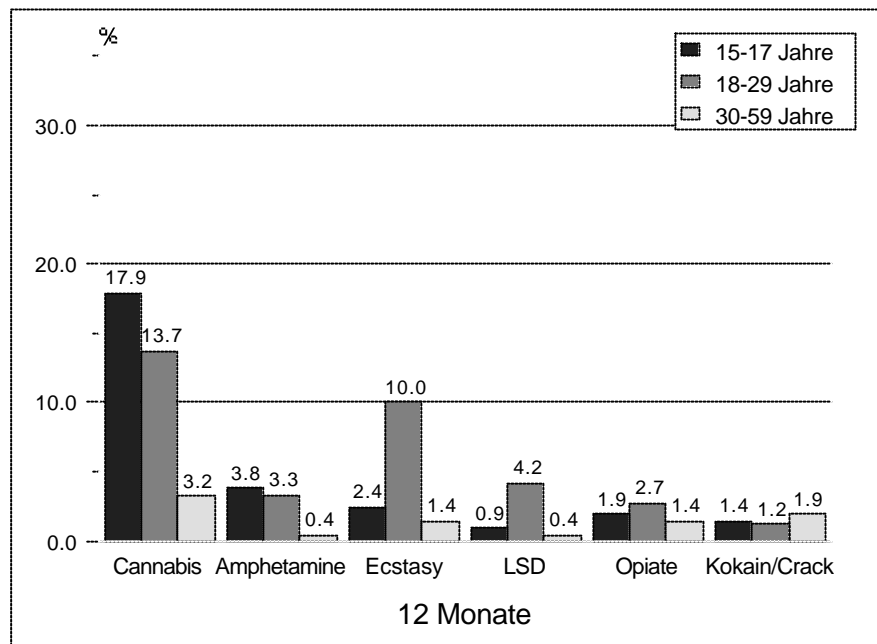


Abbildung 3.1.5: 12-Monats-Prävalenz von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten (Heroin, Methadon, andere Opiate) und Kokain/Crack nach Altersgruppen

3.1.3 Frequenz des Drogengebrauchs

In Tabelle 3.1.11 ist dargestellt, wie häufig die Befragten in den letzten 12 Monaten verschiedene illegale Drogen genommen haben. Etwa 40% der aktuellen Cannabiskonsumenten haben im Jahr vor der Erhebung mindestens zehnmals, 5,3% sogar (fast) täglich (mindestens 200mal) Cannabis konsumiert. Jeder sechste aktuelle Ecstasykonsument hat diese Droge in den letzten 12 Monaten mindestens zehnmals genommen. Die Abbildungen 3.1.6 und 3.1.7 zeigen die Konsumfrequenz von 15-17jährigen bzw. 18-29jährigen Cannabiskonsumenten. Die Jugendlichen konsumieren häufiger Cannabis als die Erwachsenen. 47,6% der 15-17jährigen Cannabiskonsumenten, aber nur 28,1% der 18-29jährigen hat im letzten Jahr mindestens 20mal Cannabisprodukte zu sich genommen.

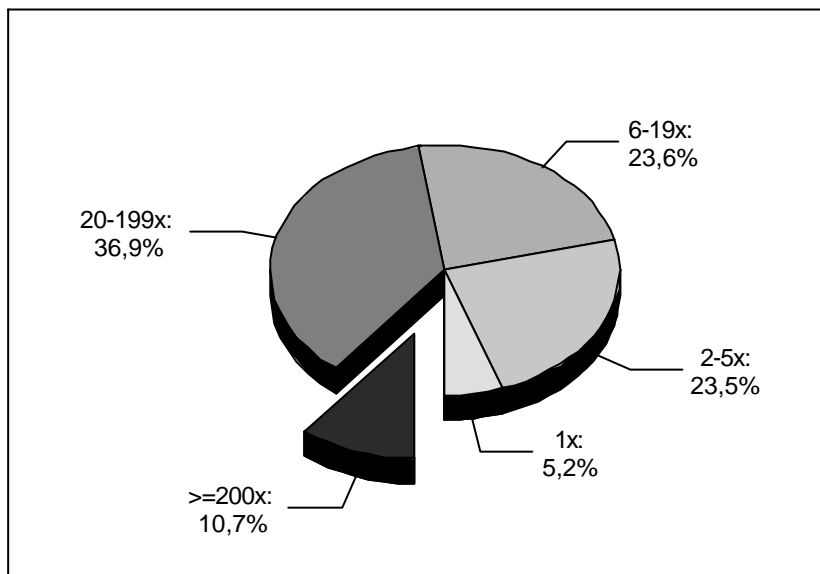


Abbildung 3.1.6: 12-Monats-Frequenz von Cannabis (nur Cannabiskonsumenten) in der Altersgruppen 15 bis 17 Jahre

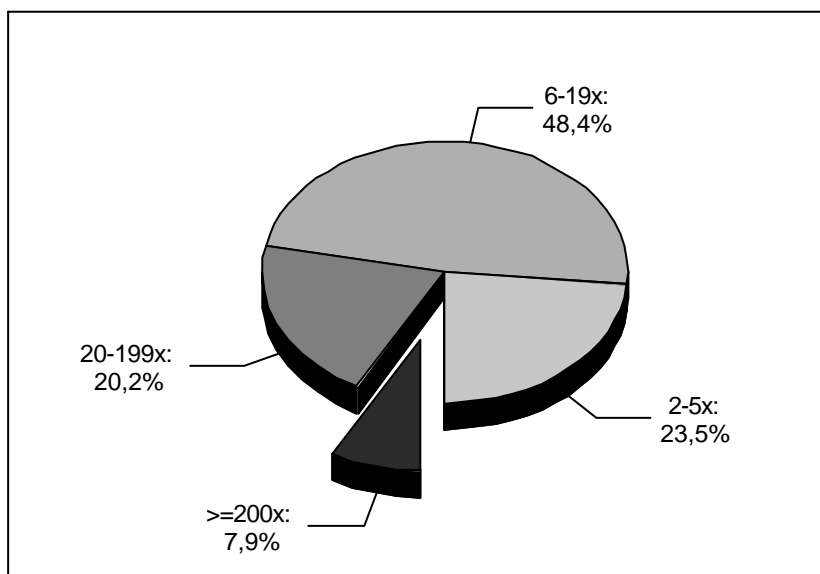


Abbildung 3.1.7: 12-Monats-Frequenz von Cannabis (nur Cannabiskonsumenten) in der Altersgruppen 18 bis 29 Jahre

3.1.4 Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft

Mehr als 50% der Befragten ohne Drogenerfahrung sehen sich nicht in der Lage, innerhalb von 24 Stunden Drogen zu beschaffen (Tabelle 3.1.1). Dabei treten deutliche Unterschiede zwischen den Substanzen auf. Jeweils 14% trauen sich zu, Cannabis oder Ecstasy in diesem Zeitraum zu erwerben. Zudem behauptet jeder zehnte Drogenunerfahrene, in 24 Stunden leicht Amphetamine besorgen zu können. Bei anderen illegalen Drogen wie Heroin und Kokain liegen die Werte bei etwa 5%. Cannabis und stimulierende Substanzen wie Amphetamine, Ecstasy und Kokain scheinen für die unter 25jährigen leicht verfügbar zu sein. Von den drogenunerfahrenen Jugendlichen glauben 24,0% Cannabis, 14,9% Amphetamine, 16,2% Ecstasy und 7,2% Kokain leicht besorgen zu können. Bei den drogenunerfahrenen 18-24jährigen sind dies 32,8% (Cannabis), 25,5% (Amphetamine), 41,8% (Ecstasy) und 9,5% (Kokain). Damit liegen die 15-24jährigen bei diesen Substanzen deutlich über den in Tabelle 3.1.1 angegebenen Vergleichswerten für alle Drogenunerfahrenen.

Tabelle 3.1.1: Beschaffbarkeit von Drogen innerhalb von 24 Stunden

Beschaffbarkeit von	leicht		schwierig		gar nicht	
	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren
Cannabis	13.6	66.7	28.9	18.5	56.2	13.4
Amphetamine	9.9	36.4	30.9	29.5	57.8	32.7
Ecstasy	14.0	47.4	25.6	23.7	59.0	27.5
LSD	5.0	25.3	23.6	31.0	70.1	42.3
Heroin	5.5	16.4	18.7	30.4	74.5	51.8
Methadon	4.9	10.2	20.4	33.2	73.3	55.2
Andere Opiate	4.1	17.0	22.1	34.7	72.4	47.0
Kokain	5.5	20.0	18.7	28.9	74.4	49.7
Crack	5.4	16.2	19.4	29.5	73.9	52.9

Zeilenprozente summieren sich wegen fehlender Angaben nicht zu 100%

Tabelle 3.1.2: Probierbereitschaft¹ bei Drogenunerfahrenen und Drogenerfahrenen

Probierbereitschaft von	keine Drogenerfahrung			Drogenerfahrung		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Cannabis	6.9	9.4	4.8	51.7	46.5	63.1
Amphetamine	3.8	4.4	3.2	21.6	18.6	28.2
Ecstasy	3.5	4.8	2.4	26.6	24.4	31.4
LSD	0.3	0.1	0.4	10.2	5.7	20.1
Heroin	--	0.1	--	6.2	5.0	8.8
Methadon	0.1	0.1	--	2.7	1.2	5.9
Andere Opiate	0.1	0.2	--	12.0	10.8	14.8
Kokain	0.8	1.2	0.5	11.6	11.5	11.6
Crack	0.1	0.2	--	7.6	8.4	5.9

¹ Kategorien Ja oder Vielleicht der Skala: Ja - Vielleicht - Nein - k. A.

Im Vergleich zur Beschaffbarkeit ist die Bereitschaft, ein Drogenangebot anzunehmen, deutlich geringer.

Von den Drogenunerfahrenen würde jeder zehnte Mann und jede zwanzigste Frau Cannabis probieren (Tabelle 3.1.2). Bei Ecstasy und Amphetaminen sinkt der Anteil der Probierbereitschaft auf 4,8% bzw. 4,4% bei den Männern und 2,4% bzw. 3,2% bei den Frauen. Die anderen illegalen Drogen sind für Drogenunerfahrene weniger bis gar nicht attraktiv. Auffallend viele drogenunerfahrene 15-24jährige zeigen hier Interesse an Cannabis (25,8% bei den 15-17jährigen, 13,8% bei den 18-24jährigen), an Amphetaminen (9,5% bei den 15-17jährigen, 8,2% bei den 18-24jährigen) sowie an Ecstasy (jeweils etwa 6%). Bei den Drogenerfahrenen würde jeder zweite ein Cannabis-, jeder vierte ein Ecstasy- und jeder fünfte ein Amphetaminangebot annehmen.

3.1.5 Einschätzung des Drogenproblems und Kenntnisse über die Auswirkungen des Drogengebrauchs

Das Drogenproblem wird von der Mehrheit der Befragten als ein großes gesellschaftliches Problem wahrgenommen (Tabelle 3.1.3). Zwischen den einzelnen Altersgruppen variieren die Meinungen jedoch erheblich. Während 69,4% der Jugendlichen das Drogenproblem für ein großes Problem halten, sind bei den 18-29jährigen weniger als die Hälfte dieser Meinung. Bei der vergleichenden Beurteilung des Schweregrads der illegalen Drogen- und Alkoholproblematik überwiegt bei einem Drittel das Drogenproblem, während knapp ein Viertel aller Befragten Alkohol als das größere Problem ansieht (Tabelle 3.1.12). In allen Altersgruppen hält die überwiegende Mehrheit das Drogenproblem für mindestens so groß (größer oder gleich groß) wie das Alkoholproblem. Dies ist bei den deutlich höheren Prävalenzen alkoholinduzierter Störungen und Alkoholabhängigkeit bemerkenswert (Simon, Tauscher & Gessler, 1997). Fragt man nach dem Kenntnisstand über die schädlichen Auswirkungen des Drogengebrauchs, so behaupten drei von vier Befragten, gut bis sehr gut informiert zu sein. Am besten fühlen sich die 15-17jährigen über die negativen Folgen des Gebrauchs illegaler Drogen informiert, knapp 40% schätzen sich als sehr gut informiert ein (Tabelle 3.1.13).

Tabelle 3.1.3: Beurteilung des Umfangs des Drogenproblems in der Gesellschaft

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
großes Problem	53.9	52.6	55.2	69.4	49.0	46.6	51.7	52.3	61.7
eher ein Problem	30.1	30.9	29.3	20.2	31.7	36.2	36.4	27.0	22.5
eher kein Problem	12.0	11.8	12.3	7.6	14.5	13.7	9.2	16.5	10.4
kein Problem	3.6	4.6	2.6	0.5	4.7	3.5	2.8	3.0	5.4
k. A.	0.3	0.1	0.6	2.3	--	--	--	1.1	--

Kodierung der Rating-Skala: großes Problem (1, 2), eher ein Problem (3), eher kein Problem (4), kein Problem (5,6)

Vergleicht man den Informiertheitsgrad nach Drogenerfahrung und Alter, halten sich die 15-17jährigen Jugendlichen unabhängig von der Drogenerfahrung am besten informiert. Gut bis sehr gut informiert zu sein, geben 87,5% der Jugendlichen, 84,7% der 18-29jährigen und 66,7% der 30-39jährigen ohne Drogenerfahrung an. Bei den Drogenerfahrenen ergeben sich bezüglich des Informiertheitsgrades „sehr gut“ und „eher gut“ keine Altersunterschiede. Daraus läßt sich schließen, daß die Drogenprävention insbesondere bei den 15-29jährigen unabhängig von der subjektiven Drogenerfahrung einen hohen Aufklärungsgrad erreicht (Tabelle 3.1.4).

Tabelle 3.1.4: Informiertheit über schädliche Auswirkungen des Gebrauchs illegaler Drogen

	Informiertheit				
	sehr gut	eher gut	eher schlecht	gar nicht	k. A.
15-17jährige					
Gesamt	38.5	48.4	11.3	0.9	0.9
Drogenerfahrung	45.9	39.1	12.9	0.0	2.1
keine Drogenerfahrung	36.5	51.0	10.8	1.2	0.6
18-29jährige					
Gesamt	26.0	57.5	14.2	1.5	0.8
Drogenerfahrung	19.7	61.8	18.5	0.0	0.0
keine Drogenerfahrung	29.9	54.8	11.6	2.4	1.2
30-59jährige					
Gesamt	19.3	50.1	23.9	6.4	0.2
Drogenerfahrung	19.0	63.2	16.5	0.0	1.3
keine Drogenerfahrung	19.4	47.3	25.5	7.8	0.0

In den letzten zehn Jahren wurden mehrere massenmediale Kampagnen zum Thema Drogen und AIDS durchgeführt. Vorteil der Massenmedien ist, daß breite Bevölkerungsschichten leicht erreicht werden können. Um einen Eindruck zu gewinnen, inwieweit diese Kampagnen registriert werden und im Gedächtnis bleiben, wurden die Erhebungsteilnehmer um die Angabe gebeten, welche von acht vorgegebenen Aufklärungskampagnen sie kennen. Der Bekanntheitsgrad wurde dann getrennt für Drogenerfahrene und Drogenunerfahrene ermittelt.

Tabelle 3.1.5: Kenntnis von Aufklärungskampagnen gegen Drogen und AIDS

Kampagne	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Gib AIDS keine Chance	82.5	81.3	83.6	85.6	92.9	89.1	85.3	74.4	76.8
Stark statt süchtig	17.4	18.7	16.1	12.7	30.3	23.5	18.6	16.2	8.1
Sucht hat immer eine Geschichte	16.4	18.3	14.4	10.3	18.7	19.3	16.3	18.4	13.0
Zoff dem Stoff	20.3	20.0	20.6	13.2	23.5	22.4	24.2	18.8	15.2
Kinder stark machen	24.4	26.1	22.7	19.7	34.8	30.1	27.7	21.2	15.5
Drogen - Nein Danke	57.1	56.6	57.7	53.5	66.2	67.0	58.3	58.1	45.3
Ohne Rauch geht's auch	32.8	32.2	33.5	36.7	57.2	32.6	35.7	33.1	16.2
Keine Macht den Drogen	68.9	70.2	67.7	82.7	87.6	77.2	76.4	58.6	52.2
Andere Kampagnen	1.9	1.3	2.5	0.5	1.3	2.8	1.0	4.1	0.9
Keine Kampagne	5.2	4.2	6.3	3.2	0.0	2.8	2.0	5.2	13.9

Über 80% der Befragten gibt an, „Gib AIDS keine Chance“ zu kennen. Die bekannteste Aufklärungskampagne gegen Drogen, „Keine Macht den Drogen“ kennen bereits deutlich weniger (knapp 70%). Etwa 60% der Befragten haben von „Drogen - Nein Danke“ gelesen, gehört oder gesehen. „Ohne Rauch geht's auch“, eine Kampagne die sich explizit der legalen Droge Tabak widmet, kennen 30%, die restlichen Kampagnen: „Stark statt süchtig“, „Sucht hat immer eine Geschichte“, „Zoff dem Stoff“, „Kinder stark machen“ erreichen einen Bekanntheitsgrad von 15-25%. Nennenswerte Geschlechtsunterschiede treten keine auf. Im Altersgruppenvergleich erreichen fast alle Kampagnen

ihren höchsten Bekanntheitsgrad bei den 18-29jährigen. Mit Ausnahme der Kampagnen „Gib AIDS keine Chance“ und „Keine Macht den Drogen“, die bei über 80% der 15-17jährigen Jugendlichen bekannt sind, zeigen diese Ergebnisse im Vergleich zur Einschätzung des Informiertheitsgrades, daß Drogenaufklärung bei Jugendlichen nur bedingt über massenmediale Kampagnen vermittelbar ist (Tabelle 3.1.5). Daß tendenziell mehr Drogenerfahrene als Drogenunerfahrene die einzelnen Aufklärungskampagnen kennen, zeigt sich auch in den Hamburger Daten. Dieses Ergebnis bestätigt den Befund der Evaluation der Kampagne „Keine Macht den Drogen“. In dieser Untersuchung zeigte sich, daß Personen mit Drogenaffinität, die durch Variablen wie Drogenerfahrung, aktueller Drogenkonsum, Drogenerfahrene im Bekanntenkreis, nach eigenen Angaben großes Interesse am Thema illegale, bzw. legale Drogen und tolerante Haltung gegenüber illegalen Drogen operationalisiert wurde, „Keine Macht den Drogen“ eher kennen als Personen ohne Drogenaffinität (Schumann et al., 1994).

3.1.6 Gründe und Bedingungen des (ersten) Konsums illegaler Drogen

Das häufigste Motiv, Drogen zu nehmen, ist „Neugier“. Von den Personen mit Drogenerfahrung geben zwei Drittel Neugier als Begründung für ihren Konsum illegaler Drogen an (Tabelle 3.1.6). An zweiter und dritter Stelle werden „Geselligkeit“ (41,0%) und „Aufregendes erleben“ (38,3%) geäußert. Gründe wie „mit Problemen besser klar kommen“, „nicht anders können“ und „großes Verlangen danach“, die auf eine Mißbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik schließen lassen, werden von 5-10% der Drogenerfahrenen angegeben, von Männern deutlich häufiger als von Frauen. Geschlechtsunterschiede bestehen auch darin, daß Frauen durch den Drogengebrauch häufiger ein „gutes körperliches Gefühl“ anstreben, während mehr Männer als Frauen „mal was Neues, Aufregendes erleben“ zu wollen als Motiv angeben. Für die Jugendlichen steht im Vergleich zu den Älteren vor allem ein „tolles Glücksgefühl“ im Vordergrund. Überraschenderweise nennen die 15-17jährigen Drogenerfahrenen „Neugier“ und „Aufregendes erleben“, also Items, die als Motiv für den Drogeneinstieg zu werten sind, deutlich seltener als die Erwachsenen. Bei den 15-24jährigen spielt der Grund „weil ich dann zum Beispiel Musik ganz anders höre und die Dinge anders wahrnehme“ eine wichtigere Rolle als bei den Älteren. Dies war bei der bekannten hohen Prävalenz unter Besuchern von Techno-Parties zu erwarten (Tossmann & Heckmann, 1997).

Tabelle 3.1.6: Positive Gründe für Drogenkonsum (Personen mit Drogenerfahrung)

Gründe	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Neugier	66.0	68.1	61.5	34.7	61.3	66.0	64.4	78.2	88.0
Geselligkeit	41.0	42.1	38.5	34.7	34.1	43.4	41.7	42.5	50.0
Aufregendes erleben	38.3	41.0	32.3	19.4	40.2	32.1	41.7	35.6	50.0
Gutes körperliches Gefühl	31.5	27.9	39.2	34.7	45.6	55.7	19.1	21.8	--
Andere Wahrnehmung	27.3	25.5	31.4	43.5	49.0	34.0	15.7	27.6	--
Alltag vergessen	25.9	26.9	23.9	30.5	34.1	21.7	29.6	15.0	12.0
Gutes Gemeinschaftsgefühl	25.0	25.7	23.4	19.6	27.2	26.4	25.2	20.7	23.9
tolles Glücksgefühl	18.9	19.0	18.7	41.5	31.4	25.5	6.9	21.8	12.0
Mit Problemen besser klarkommen	10.9	13.9	4.4	8.8	9.6	17.9	6.9	13.8	12.0

Kann nicht anders	9.1	12.5	1.6	6.6	2.7	--	17.4	13.8	--
Großes Verlangen danach	5.4	6.7	2.4	10.8	9.6	4.7	3.5	6.9	--
Mit Natur verbunden	4.6	4.5	4.8	--	9.6	4.7	2.6	6.9	--

Der erste Drogengebrauch fand bei den meisten Drogenerfahrenen nicht in der Öffentlichkeit statt, sondern auf Festen (31,8%) oder zu Hause (23,6%) (Tabelle 3.1.7). Bei den Jugendlichen fällt auf, daß sie häufig auf Techno-Parties, Raves oder Rockfestivals zum ersten Mal Drogen nehmen. Daß die um zehn Jahre älteren Befragten als Ort des ersten Konsums „zu Hause“, „Fest“ und „Diskothek“ am häufigsten angeben, bei den jüngeren jedoch „Diskothek“ zugunsten von Techno-Parties in den Hintergrund rückt, spiegelt vermutlich nur Moden bei der Freizeitgestaltung Jugendlicher wider. Beim ersten Gebrauch werden Drogen in zwei Dritteln der Fälle vom Freund bzw. der Freundin bezogen (Tabelle 3.1.14). Im Gegensatz zu den Männern (4,9%) nennen Frauen (17%) mit Drogenerfahrung weitaus häufiger Leute auf Festen als erste Bezugsquelle.

Tabelle 3.1.7: Ort des ersten Drogenkonsums (Personen mit Drogenerfahrung)

Ort	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Zu Hause	23.6	25.5	19.4	17.5	13.0	26.4	26.1	21.8	38.0
Auf einem Fest	31.8	30.0	35.8	28.1	35.3	32.1	27.9	42.5	26.1
In Diskothek	13.0	12.5	14.2	2.1	17.7	25.5	6.9	13.8	--
In Kneipe/Lokal	6.3	8.1	2.5	--	--	3.8	10.4	6.9	12.0
Auf Rockfestival/Techno-Party	8.3	6.5	12.2	17.4	8.8	7.6	9.6	--	12.0
Auf einer Reise	9.7	10.2	8.5	6.5	16.4	4.7	12.2	--	12.0
In der Schule	0.1	0.1	--	2.2	--	--	--	--	--
In Park, im Freien	4.6	5.1	3.5	6.5	8.8	--	6.9	--	--
Im Bahnhof/U-Bahnhof	0.9	1.4	--	2.2	--	--	--	6.9	--
Keine Angabe	1.7	0.7	4.0	17.4	--	--	--	8.1	--

3.1.7 Folgen des Gebrauchs illegaler Drogen

Fast drei Viertel derjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis genommen haben, möchten ihren Drogengebrauch nicht ändern (Tabelle 3.1.8). Nur knapp 5% wollen den Konsum verringern oder aufhören und 13,3% geben an, damit bereits aufgehört zu haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn man die Auswertung auf Personen beschränkt, die in den letzten 12 Monaten keine illegalen Drogen außer Cannabis konsumierten. Dagegen meint über ein Viertel der aktuellen Ecstasykonsumenten, daß sie ihren Konsum einstellen oder einschränken sollten. Diese Auswertung stützt sich allerdings auf die Angaben von 25 (Ecstasy) bis 70 (Cannabis) Personen und sollte daher nicht überinterpretiert werden.

Tabelle 3.1.8: Selbsteinschätzung, ob der Gebrauch einer bestimmten Droge verringert oder beendet werden sollte (Konsumenten der letzten 12 Monate)

Droge	Habe schon damit aufgehört	Sollte ich verringern	Sollte ich aufhören	Nehme ich, möchte aber nichts ändern	k. A.
Cannabis	13.3	1.3	3.5	73.0	8.8
Cannabis ohne andere illegale	21.0	1.1	1.6	61.9	14.3

Drogen					
Ecstasy	16.9	16.5	10.5	52.0	4.1

In Tabelle 3.1.15 werden die Auswirkungen des Gebrauchs von Cannabis mit denen anderer Drogen verglichen. Von den Konsumenten anderer illegaler Drogen benennen jeweils 20% „Probleme mit Freunden und Eltern“ sowie „Geldschwierigkeiten und Schulden“ als Folgen ihres Drogengebrauchs. Außerdem werden häufig „gesundheitliche Probleme“ (15,4%), „Abhängigkeit“ (12,9%) und „Probleme am Arbeitsplatz oder in der Schule“ (12,0%) angegeben. In dieser Gruppe von Konsumenten anderer illegaler Drogen haben 7,5% einen „Entzug“ gemacht und 6,9% sind in „therapeutischer Behandlung“ gewesen. Bei den Konsumenten, die ausschließlich Cannabis konsumiert haben, sind Nennungen von Folgen ihres Drogengebrauchs deutlich seltener. Infolge des Cannabiskonsums haben 4,2% „Probleme mit Freunden, Eltern“ und 2,1% „finanzielle Schwierigkeiten“ (Tabelle 3.1.15).

In Tabelle 3.1.16 sind die Gründe für die Aufgabe des Gebrauchs illegaler Drogen aufgeführt. Verglichen werden die Exkonsumenten von Cannabis mit denen, die (auch) andere illegale Drogen genommen haben. In beiden Gruppen behaupten etwa 75-80%, sie wollten „nur mal probieren“. Zwischen 25 und 30% liegt der Anteil derer, die angeben, der Konsum der aufgegebenen Substanz habe „nichts gebracht“. Die „Angst, süchtig zu werden“, hat in beiden Gruppen ca. 23% dazu bewogen, ihren Drogengebrauch einzustellen. „Unangenehme Wirkungen“ nennen die Ex-Cannabiskonsumenten mit 18% etwas häufiger als die ehemaligen Konsumenten anderer illegaler Drogen (14%). Andere Gründe, wie „Angst vor gesundheitlicher Schädigung“ oder „Schulden“, werden dagegen bei Konsumenten anderer illegaler Drogen wesentlich häufiger genannt als bei ausschließlichen Cannabiskonsumenten. Die „Angst vor justitiellen Konsequenzen“ spielt bei den ausschließlichen Cannabiskonsumenten überhaupt keine und bei den Konsumenten anderer illegaler Drogen nur eine ganz geringe Rolle. Auffällig ist, daß ausschließliche Cannabiskonsumentinnen „unangenehme Wirkung“ und „Angst vor gesundheitlichen Schäden“ wesentlich häufiger angeben als ausschließliche Cannabiskonsumenten. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist bei den Konsumenten anderer illegaler Drogen nicht zu beobachten.

Tabelle 3.1.9: Person oder Stelle, bei der Rat oder Unterstützung bei Drogenproblemen gesucht wird (Personen mit Drogenerfahrung)

Unterstützung von	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Eltern	1.9	1.4	2.8	2.1	--	8.5	--	--	--
Geschwister	3.3	4.6	0.3	11.0	3.4	--	3.5	6.9	--
Freunde	16.0	20.8	5.5	32.4	20.6	14.1	16.5	6.9	12.0
Partner(in)	3.7	5.4	--	4.4	3.4	--	3.5	6.9	12.0
Lehrer(in)	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Pfarrer(in)	2.6	3.9	--	--	--	--	6.9	--	--
Arzt/Ärztin	1.6	2.3	--	2.2	3.4	--	--	6.9	--
Sucht-/Drogenberatung	0.9	1.4	--	2.2	--	--	--	6.9	--
Andere Beratungsstelle	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Selbsthilfegruppe	0.8	1.2	--	--	--	--	--	6.9	--
Andere Personen	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Niemanden	9.4	7.1	14.5	8.8	8.8	12.3	6.1	15.0	10.7
Keine Drogenprobleme	71.2	68.5	77.0	47.8	70.6	69.8	73.9	71.3	76.1

Welche Bezugspersonen oder Organisationen von Personen mit Drogenerfahrung bei Drogenproblemen um Rat und Unterstützung gebeten werden, zeigt Tabelle 3.1.9. Mit einem Anteil von 16,0% wenden sich Drogenerfahrene bei Problemen am häufigsten an ihre Freunde. Seltene Ansprechpersonen sind Partner (3,7%) und Geschwister (3,3%). Professionelle Institutionen wie Ärzte (1,6%) und Beratungsstellen (0,9%) werden ebenfalls selten aufgesucht. Die Personengruppe, die trotz Drogenproblemen bei niemanden um Rat und Unterstützung nachfragt, ist mit fast 10% relativ hoch. Fast drei Viertel aller Drogenerfahrenen geben an, keine Drogenprobleme zu haben. Bei den Jugendlichen ist dieser Anteil mit 47,8% deutlich geringer, diese Unterschiede resultieren aber aus der kleinen Anzahl von drogenerfahrenen Befragten in der Stichprobe. Am häufigsten bitten die Jugendlichen ihre Freunde (32,4%) und Geschwister (11,0%) bei Drogenproblemen um Rat und Unterstützung.

3.1.8 Tabellen: Illegale Drogen

Tabelle 3.1.10: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Cannabis	19.1	26.4	11.5	21.2	31.2	29.5	24.4	13.2	5.5
Amphetamine	3.8	4.5	3.0	5.2	7.4	9.1	2.8	2.9	0.7
Ecstasy	6.5	8.1	4.9	2.8	21.1	14.7	6.4	1.8	--
LSD, Mescaline o. ä.	2.9	4.1	1.7	1.4	5.3	4.6	3.8	2.9	--
Heroin	1.5	2.0	1.1	1.0	1.0	1.4	2.8	1.8	--
Methadon	0.5	1.0	--	0.5	--	--	1.0	0.9	--
Andere Opiate, z. B. Codein, Opium, Morphin	1.3	2.2	0.5	1.4	2.1	1.8	1.0	1.8	0.7
Kokain	2.6	3.4	1.8	1.4	3.4	1.4	4.8	2.9	--
Crack	0.3	0.6	--	0.5	--	--	1.0	--	--
Andere Drogen als Cannabis	10.7	13.6	7.6	7.5	24.8	22.1	12.2	4.7	1.5
Illegale Drogen ¹	22.7	30.6	14.5	21.6	38.8	37.2	29.2	13.2	7.0
Schnüffelstoffe	2.3	3.6	0.9	3.3	2.7	--	3.8	1.8	1.6
12-Monate									
Cannabis	6.4	8.6	4.1	17.9	22.0	7.0	5.3	2.9	0.7
Amphetamine	1.2	2.0	0.4	3.8	5.0	1.8	1.0	--	--
Ecstasy	3.5	4.4	2.5	2.4	14.0	6.7	2.8	0.9	--
LSD, Mescaline o. ä.	1.3	2.2	0.4	0.9	5.3	3.2	1.0	--	--
Heroin	1.2	1.3	1.1	1.0	1.0	1.4	2.8	--	--
Methadon	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Andere Opiate, z. B. Codein, Opium, Morphin	0.6	0.9	0.3	1.4	1.0	1.8	--	0.9	--
Kokain	1.4	2.2	0.6	1.4	1.0	1.4	3.0	0.9	--
Crack	0.3	0.6	--	0.5	--	--	1.0	--	--
Andere Drogen als Cannabis	5.2	6.9	3.4	5.2	16.6	8.1	6.6	0.9	--
Illegale Drogen ¹	9.1	11.7	6.4	18.4	28.5	11.6	10.2	2.9	0.7
Schnüffelstoffe	0.4	0.7	--	2.4	--	--	1.0	--	--
30-Tage									
Cannabis	3.9	5.8	1.9	15.1	16.9	3.5	2.0	0.9	0.7
Amphetamine	0.7	1.2	0.3	2.8	3.7	1.8	--	--	--
Ecstasy	1.2	1.7	0.7	2.4	5.8	1.8	1.0	--	--
LSD, Mescaline o. ä.	1.0	1.6	0.4	0.9	2.7	3.2	1.0	--	--
Heroin	0.8	1.2	0.5	0.5	--	--	2.8	--	--
Methadon	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Andere Opiate, z. B. Codein, Opium, Morphin	0.1	0.1	--	1.4	--	--	--	--	--
Kokain	1.1	2.2	--	0.5	--	--	3.0	0.9	--
Crack	0.3	0.6	--	--	--	--	1.0	--	--
Andere Drogen als Cannabis	3.6	5.5	1.6	3.8	8.5	4.9	5.8	0.9	--
Illegale Drogen ¹	6.0	8.6	3.2	16.0	19.0	6.7	6.8	0.9	0.7
Schnüffelstoffe	0.4	0.7	--	1.4	--	--	1.0	--	--

¹ Mindestens eine illegale Droge

Tabelle 3.1.11: 12-Monats-Frequenz

Droge	Frequenz								
	k. A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	>=200x
Cannabis	3.5	8.3	30.1	16.3	18.5	9.7	4.5	3.6	5.3
Amphetamine	24.3	--	33.0	13.3	15.1	3.4	10.9	--	--
Ecstasy	--	9.6	44.0	29.7	4.8	8.0	3.9	--	--
LSD	--	36.9	27.8	22.7	10.9	1.6	--	--	--
Heroin	25.2	1.8	--	25.8	45.4	--	1.8	--	--
Methadon	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Andere Opiate	--	51.6	3.5	37.7	7.2	--	--	--	--
Kokain	13.8	14.6	28.6	--	41.5	1.5	--	--	--
Crack	--	6.6	--	93.4	--	--	--	--	--
Schnüffelstoffe	--	5.0	10.5	79.3	--	--	--	--	5.2

Tabelle 3.1.12: Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem

Drogen/Alkohol	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
größer	33.4	30.5	36.4	26.8	36.4	36.1	33.6	34.6	30.2
gleich	42.7	43.5	41.8	50.7	33.5	43.5	42.5	42.8	45.2
kleiner	23.6	25.7	21.4	22.0	30.1	20.4	23.9	22.6	23.0
weiß nicht	0.4	0.3	0.4	0.5	--	--	--	--	1.6

Tabelle 3.1.13: Informiertheit über die schädlichen Auswirkungen des Gebrauchs von Drogen

Informiertheit	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
sehr gut	21.7	20.8	22.7	38.5	33.0	20.0	23.9	21.5	11.1
eher gut	51.8	54.0	49.4	48.4	54.6	60.0	56.5	47.5	44.1
eher schlecht	21.1	21.7	20.5	11.3	12.4	15.8	16.3	24.1	34.0
gar nicht	5.0	3.1	7.0	0.9	--	2.8	3.3	6.8	10.1
k. A.	0.4	0.3	0.4	0.9	--	1.4	--	--	0.7

Tabelle 3.1.14: Durch wen zum ersten Mal an Drogen gekommen (Personen mit Drogenerfahrung)

Person	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
durch Partner(in)	2.3	3.4	--	--	--	4.7	3.5	--	--
durch Freund(in)	65.4	68.1	59.4	60.8	57.8	70.7	65.2	64.4	76.1
durch Geschwister	0.1	--	0.3	2.1	--	--	--	--	--
durch Mitschüler(in)	8.3	6.9	11.1	--	15.0	--	12.2	6.9	--
durch Leute auf einem Fest	8.7	4.9	17.0	15.5	14.2	11.3	6.1	--	12.0
durch Fremde	9.1	9.9	7.6	2.1	13.0	13.2	6.1	6.9	12.0
durch Dealer	4.4	6.3	0.3	2.1	--	--	6.9	13.8	--
k. A.	1.7	0.5	4.3	17.3	--	--	--	8.1	--

Tabelle 3.1.15: Folgen¹ des bzw. Erfahrungen mit dem Drogenkonsum (Lebenszeitkonsumenten)

Folge	Konsumenten von Cannabis ²			Konsumenten anderer illegaler Drogen ³		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Probleme mit Freunden, Eltern	4.2	5.4	1.2	20.4	25.7	10.8
Geldprobleme, Schulden	2.1	2.7	0.6	20.1	23.5	13.8
Gesundheitsprobleme	0.5	0.7	--	15.4	18.5	9.6
Probleme am Arbeitsplatz, in der Schule	1.5	1.9	0.6	12.0	14.9	6.6
Wechsel von Wohnung, Wohnort	--	--	--	2.0	3.1	--
Beratung aufgesucht	--	--	--	6.2	9.6	--
Abhängig geworden	0.4	0.5	--	12.9	18.4	3.0
Entzug gemacht	--	--	--	7.5	11.6	--
Therapie gemacht	--	--	--	6.9	7.2	6.5
Verfahren gegen mich	--	--	--	2.0	3.1	--
Gerichtliche Verurteilung	--	--	--	2.0	3.1	--
War in Haft	--	--	--	2.0	3.1	--
Nichts trifft zu	92.1	90.0	97.6	68.3	65.4	73.6
k. A.	0.3	0.2	0.6	0.2	0.3	--

¹ Mehrfachantworten² Ausschließlich Cannabiskonsum³ Mit oder ohne Cannabiskonsum**Tabelle 3.1.16:** Gründe¹ mit dem Konsum illegaler Drogen aufzuhören (Exkonsumenten)

Gründe	Konsumenten von Cannabis ²			Konsumenten anderer illegaler Drogen ³		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Nur probieren	79.0	79.6	77.1	74.8	74.4	75.6
Hat nichts gebracht	29.6	29.8	29.2	25.6	24.8	27.2
Wirkung unangenehm	17.5	14.0	28.5	13.9	14.0	13.9
Angst süchtig zu werden	22.5	22.3	22.9	23.6	22.8	25.5
Angst vor gesundheitl. Schäden	12.2	9.3	21.1	24.1	21.5	29.6
Ablehnung durch Freunde	2.3	3.0	--	3.8	5.3	0.7
Ärger mit Eltern/Partner	0.2	--	0.9	5.7	3.4	10.7
Angst vor Trennung vom Partner	3.1	4.1	--	5.8	8.7	--
Probleme an Arbeitsplatz/Schule	2.0	2.6	--	5.8	8.7	--
Angst vor Bestrafung	--	--	--	2.6	3.9	--
Schulden	2.0	2.6	--	12.3	15.2	6.5
War abhängig	--	--	--	2.3	3.4	--
Beratung aufgesucht	--	--	--	2.3	3.4	--
Entzug gemacht	--	--	--	2.3	3.4	--
Therapie gemacht	--	--	--	8.5	8.7	8.1
Verfahren gegen mich	--	--	--	2.3	3.4	--
Gerichtliche Verurteilung	--	--	--	2.3	3.4	--
War in Haft	--	--	--	2.3	3.4	--

¹ Mehrfachantworten² Ausschließlich Cannabiskonsum³ Mit oder ohne Cannabiskonsum

3.2 Alkoholkonsum

Zur Erfassung des Gebrauchs alkoholischer Getränke wurde ein international üblicher Frequenz-Menge-Index verwendet. Zunächst wurde gefragt, wie häufig, d.h. an wie vielen der letzten 30 Tage jemand ein bestimmtes Getränk (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) genommen hat. Anschließend sollte die an einem Trinktag durchschnittlich konsumierte Menge pro Getränk angegeben werden. Daraus lässt sich für die letzten 30 Tage die Gesamtmenge an reinem Alkohol in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Personen, die zwar nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert haben, werden ebenfalls mit einem Frequenz-Menge-Index erfasst. Für einen Liter der alkoholischen Getränke Bier, Wein/Sekt und Spirituosen wird jeweils ein Reinalkoholgehalt von 40 Gramm, 92 Gramm und 320 Gramm Ethanol angesetzt. Aufgrund der Komplexität der Fragen zur Berechnung der Grammengen in Reinalkohol pro Tag bezogen auf die letzten 12 Monate lassen sich nicht für alle Konsumenten Grammwerte berechnen. Die Anteile sind mit 8,6% bei Männern und mit 6,3% bei Frauen jedoch relativ gering. Personen, für die keine Grammwerte berechnet werden können, werden nicht berücksichtigt.

3.2.1 Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht

Die Abbildungen 3.2.1 und 3.2.2 zeigen für Männer und Frauen in drei verschiedenen Altersgruppen die prozentuale Verteilung verschiedener Konsumintensitäten in bezug auf die letzten 12 Monate vor der Untersuchung.

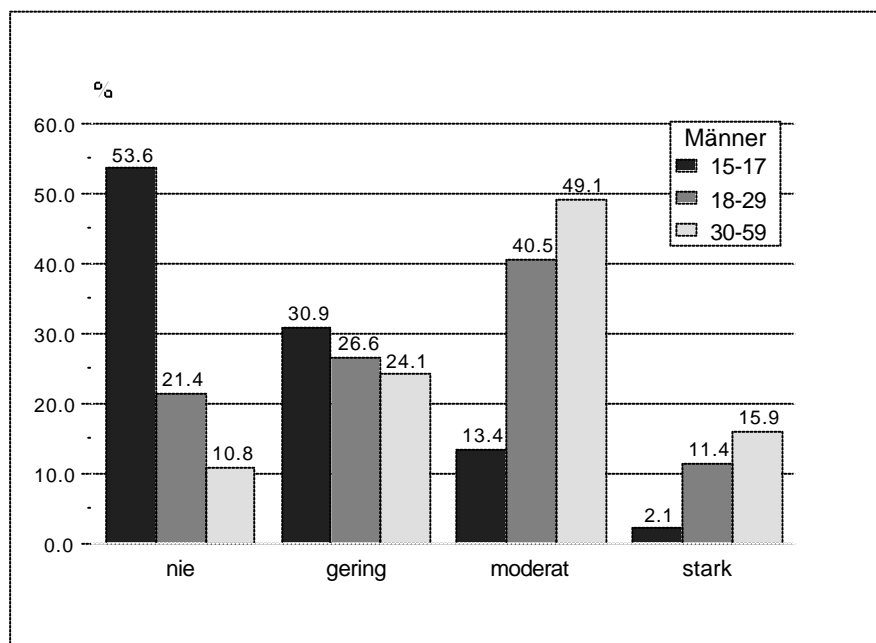


Abbildung 3.2.1: Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) bei Männern in Gramm Reinalkohol pro Tag (nie: 0g; gering: 1-10g; moderat: 11-40g; stark: >40g) nach Altersgruppen

In der Gruppe der 15-17jährigen ist jeweils etwa die Hälfte der Jungen und Mädchen alkoholabstinent. Mit zunehmendem Alter wird die Abstinenz bei Männern seltener. Bei den 50-59jährigen verzichten in den letzten 12 Monaten lediglich 6,7% auf Alkohol (Tabelle 3.2.5). Bei Frauen zeigt sich ein anderer

Verlauf. Hier sinkt der Anteil alkoholabstinenter Frauen bereits bei den 18-24jährigen auf 21%, liegt in der Altersgruppe der 25-39jährigen unter 20% und nimmt bei den über 40jährigen wieder zu (Tabelle 3.2.6). Etwa ein Viertel der befragten Männer gibt einen geringen Alkoholkonsum von 1-10 Gramm Reinalkohol pro Tag an. Bei den Frauen ist dieser Anteil deutlich höher und zeigt eine starke Zunahme im Altersverlauf. Über die Hälfte der 30-59jährigen Frauen fällt in diesen geringen Konsumbereich. Beim moderaten (11-40g pro Tag) und starken (>40g pro Tag) Alkoholkonsum der Männer zeigt sich über die drei Altersgruppen hinweg ein Anstieg. Ein starker Alkoholkonsum, der auch als „riskanter Gebrauch“ definiert wird, ist bei den 30-59jährigen mit 15,9% am häufigsten und bei den 15-17jährigen mit 2,1% am niedrigsten. Für die Frauen wird eine Reinalkoholmenge von über 20g pro Tag als starker bzw. riskanter Gebrauch bezeichnet. Dieser hohe Konsum tritt mit 16,2% bei den 18-29jährigen Frauen am häufigsten auf. Für die 15-17jährigen Mädchen beträgt dieser Anteil 5,6%.

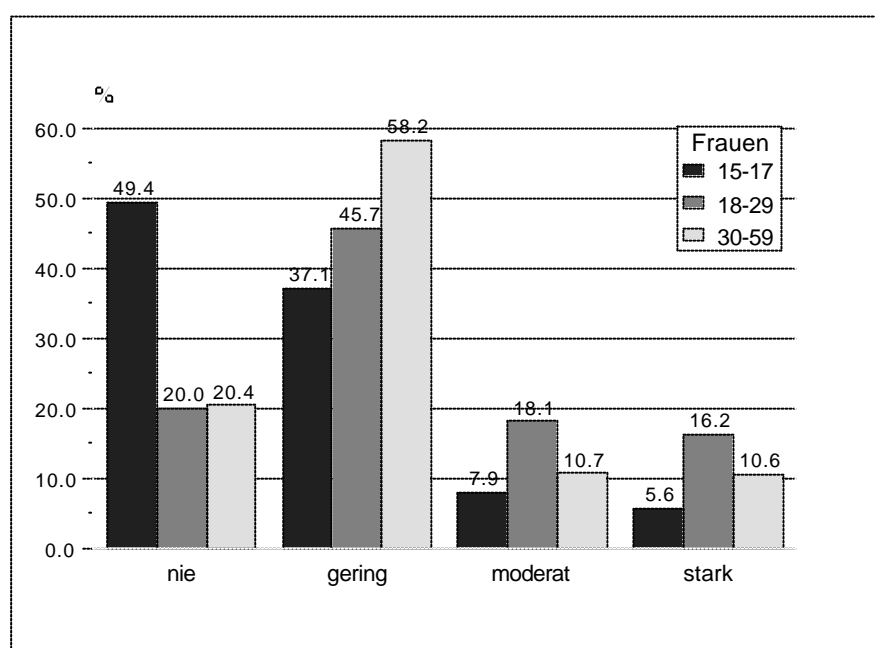


Abbildung 3.2.2: Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) bei Frauen in Gramm Reinalkohol pro Tag (nie: 0g; gering: 1-10g; moderat: 11-20g; stark: >20g) nach Altersgruppen

3.2.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten

Etwa drei Viertel der Männer haben in den letzten 30 Tagen zumindest ein Glas Bier getrunken, fast die Hälfte zumindest ein Glas Wein/Sekt oder Spirituosen (Tabelle 3.2.7). Auch unter den 15-17jährigen Jungen finden sich mit 45,6% mehr Biertrinker als Wein/Sekt- (30,7%) bzw. Spirituosenkonsumenten (21,9%). Die Frauen bevorzugen dagegen Wein/Sekt. Knapp zwei Drittel trinken Wein und je ein Viertel Bier und Spirituosen. Bei den 15-17jährigen Mädchen ist der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen zumindest ein Glas Bier getrunken haben, mit 33,3% beinahe schon so hoch wie bei den 18-24jährigen Frauen (Tabelle 3.2.8).

Die Abbildungen 3.2.3 und 3.2.4 zeigen getrennt nach Geschlecht und Altersgruppe den durch-

schnittlichen Verbrauch der Konsumenten des jeweiligen Getränks in Liter pro Woche. Von 1,3 Liter Bier pro Woche bei den 15-17jährigen Jungen über 2,8 Liter bei den 18-29jährigen bis zu 3,2 Liter bei den 30-59jährigen ergibt sich bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme des durchschnittlichen Bierkonsums. Beim Wein/Sekt- und Spirituosenkonsum liegen die 15-17jährigen Jungen mit 0,4 Liter bzw. 0,1 Liter pro Woche bereits auf ähnlich hohem Niveau wie die Älteren. In feiner gegliederten Altersgruppendarstellung in Tabelle 3.2.7 zeigt sich bei den 30-39jährigen Männern ein besonders hoher Spirituosenkonsum (0,17 Liter pro Woche).

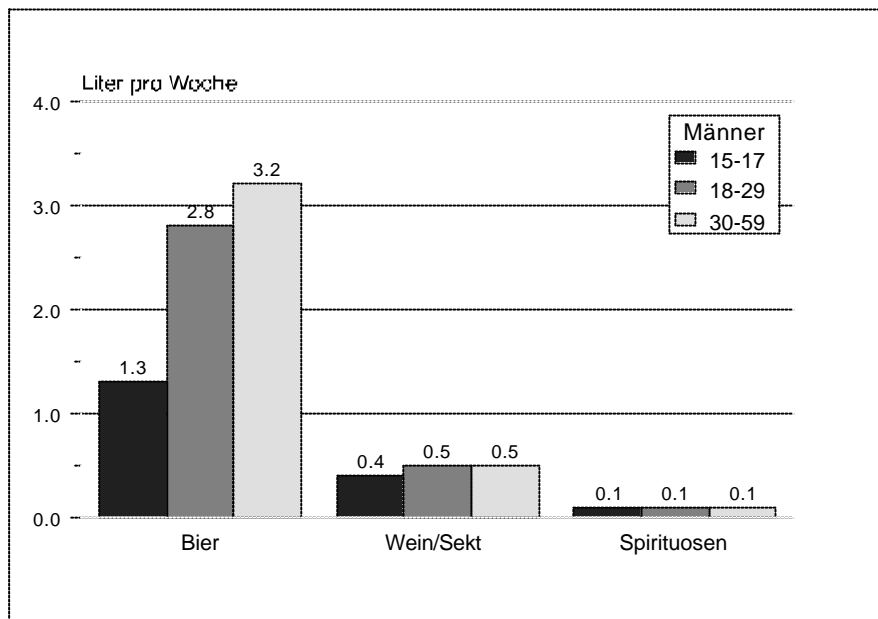


Abbildung 3.2.3: Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Liter pro Woche (Mittelwerte) bei männlichen Konsumenten nach Altersgruppen

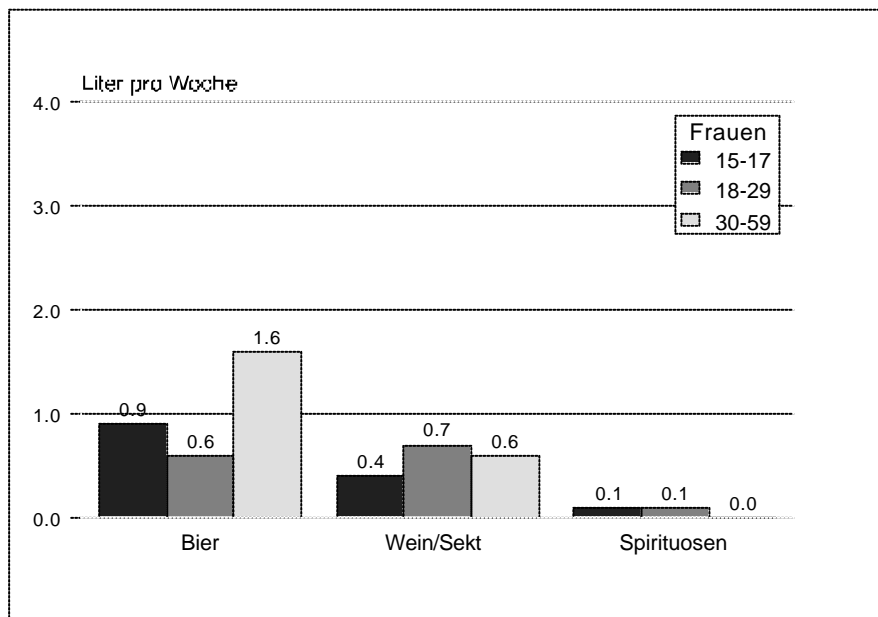


Abbildung 3.2.4: Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Liter pro Woche (Mittelwerte) bei weiblichen Konsumenten nach Altersgruppen

Die 15-17jährigen Mädchen trinken mit 0,9 Liter Bier pro Woche überraschenderweise mehr als die 18-29jährigen Frauen. Nach Tabelle 3.2.8 ergibt sich für die 50-59jährigen Frauen ein auffällig hoher Bierkonsum von 3,2 Liter. Während die Trinkmenge für Wein/Sekt bei den 15-17jährigen Mädchen etwas unter dem Durchschnitt der anderen Altersgruppen liegt, hat der Spirituosenkonsum in der jüngsten Altersgruppe mit 0,10 Liter den höchsten Wert.

3.2.3 Folgen des Alkoholkonsums

Zur Erfassung negativer Konsequenzen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten sind die Screening-Verfahren AUDIT (Babor et al., 1989) und CAGE (Ewing, 1984) sowie das internationale Diagnostikinstrument DSM-IV eingesetzt worden. Internationale Diagnostiksysteme wie ICD und DSM wurden bereits erfolgreich in repräsentativen Surveys verwendet (Robins, Locke & Regier, 1991; Kessler et al., 1994; Grant et al., 1994; Holly et al., 1997), erfordern aber in der Regel den Einsatz geschulter Interviewer. Weitverbreitet sind Screeningverfahren zur Erfassung von Alkoholismus wie der Michigan Alcoholism Test (MAST) oder der damit verwandte Kurzfragebogen CAGE (Ewing, 1984). Neuere Entwicklungen zielen nicht so sehr auf die Erfassung von Alkoholismus, sondern auf die Identifikation von Personen mit einem riskantem Alkoholkonsum in einem Stadium vor Abhängigkeit sowie vor physischen, psychischen oder sozialen Schäden. Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ist ein Instrument zur Früherkennung alkoholinduzierter Störungen. Er besteht aus zehn Items, die sowohl Menge und Frequenz des Alkoholkonsums als auch Probleme und Schäden im Zusammenhang mit Alkohol erfassen (Babor et al., 1989; Saunders et al., 1993).

Vieles spricht für die Verwendung des AUDIT in allgemeinen Bevölkerungssurveys. Die Entwicklung und Validierung erfolgte an einem internationalen Datensatz, was Vergleiche zwischen Staaten mit ähnlichen politischen, ökonomischen und kulturellen Systemen ermöglicht. Seine Verwendung beschränkt sich nicht auf persönliche Interviews, der Fragebogen kann von den Befragten selbst ausgefüllt werden. Der CAGE-Test basiert auf vier Items, die schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit erfassen: „Gefühl, den Alkoholkonsum verringern zu müssen“; „Verärgerung wegen Kritik am eigenen Alkoholkonsum“; „Schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle wegen Alkoholkonsum“ und „Morgendliches Entzugstrinken“. Anders als mit dem CAGE werden mit dem AUDIT neben der Abhängigkeitssymptomatik auch Konsummuster wie Häufigkeit, Menge und Intensität erfaßt. Der AUDIT Screening Test überschneidet sich mit den Items des CAGE. Die im AUDIT enthaltenen CAGE-Items sind „Schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle wegen Alkoholkonsum“ und „Morgendliches Entzugstrinken“. Die Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV sieht die Unterscheidung von Störungen nach Substanzgebrauch in Abhängigkeit und Mißbrauch vor. Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei der in Tabelle 3.2.1 aufgeführten sieben Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum aufgetreten sind. Bei Substanzmißbrauch muß mindestens eines der vier Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein, ohne daß Substanzabhängigkeit vorliegt (Saß et al., 1998). Die Itemformulierung für die Erfassung der Symptome erfolgt in Anlehnung an die erweiterte Version des Münchener Diagnostic Interview Schedule (M-CIDI, Wittchen et al., 1995).

Tabelle 3.2.1: Kriterien nach CAGE, AUDIT und DSM-IV (Abhängigkeit und Mißbrauch)

CAGE	AUDIT	DSM-IV Abhängigkeit
(1) Gefühl, Alkoholkonsum verringern zu müssen	(1) Häufigkeit des Konsums	(1) Toleranzentwicklung
(2) Verärgerung wegen Kritik	(2) Menge pro Trinktag	(2) Entzugssymptome oder Trinken zur Abschwächung oder Vermeidung der Symptome
(3) Schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle	(3) Häufigkeit 6 oder mehr Gläser pro Gelegenheit	(3) Konsum länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt
(4) Morgendliches Entzugstrinken	(4) Kontrollminderung	(4) Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, Konsum zu kontrollieren
	(5) Soziale Erwartungen können nicht erfüllt werden	(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Erholung
	(6) Morgendliches Entzugstrinken	(6) Aufgabe/Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
	(7) Schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle	(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen
	(8) Erinnerungslücken	DSM-IV Mißbrauch
	(9) Verletzung von sich selbst oder anderer Personen	(1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule wg. Alkohol (z.B. Vernachlässigung, schlechte Leistungen)
	(10) Verwandter, Freund, oder Arzt äußern Bedenken wegen Trinkverhalten	(2) Alkoholkonsum in gefährlichen Situationen
		(3) Probleme mit dem Gesetz wegen Alkohol
		(4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme

Für jede der zehn Fragen des AUDIT wird in Abhängigkeit der Häufigkeit ein Punktwert von null bis vier vergeben, was einen Maximalwert von 40 Punkten entspricht. Legt man für den AUDIT einen Cut-off-point von acht Punkten (Saunders et al., 1993) zugrunde, dann ergibt sich für 22,6% der Befragten ein riskanter und schädlicher Alkoholkonsum (Tabelle 3.2.2). Bei den Männern ist der Anteil mit 33,3% ungefähr dreimal so hoch wie bei den Frauen (11,5%). In den Abbildungen 3.2.5 und 3.2.6 ist zu erkennen, daß bereits bei den 15-17jährigen 18,1% der Jungen und 10,6% der Mädchen das Kriterium eines zumindest riskanten Konsums nach AUDIT erfüllt ist. Bei den 18-29jährigen ist der Prozentwert sowohl bei den Männern (37,5%) als auch bei den Frauen (17,3%) am höchsten.

Tabelle 3.2.2: Folgen des Alkoholgebrauchs (letzte 12 Monate) nach verschiedenen Definitionen

Definition nach	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
AUDIT (≥8)	22.6	33.3	11.5	14.6	23.3	31.2	23.0	15.3	25.2
CAGE (≥2)	6.0	8.9	3.0	4.5	9.1	6.7	8.4	3.0	4.0
DSM-IV									
Mißbrauch	7.5	9.5	5.5	12.7	10.6	13.3	9.4	5.0	1.6
Abhängigkeit	3.4	4.8	1.9	2.5	10.2	1.8	3.8	2.0	1.7

Fehlende Angaben nicht berücksichtigt (valid cases)

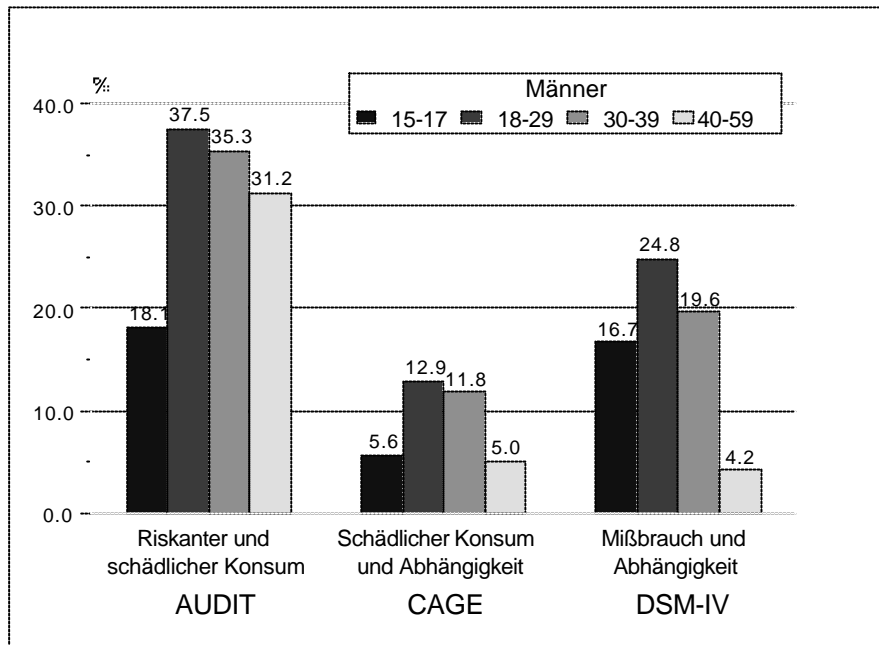


Abbildung 3.2.5: Schädlicher Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (letzte 12 Monate) nach verschiedenen Definitionen bei Männern nach Altersgruppen

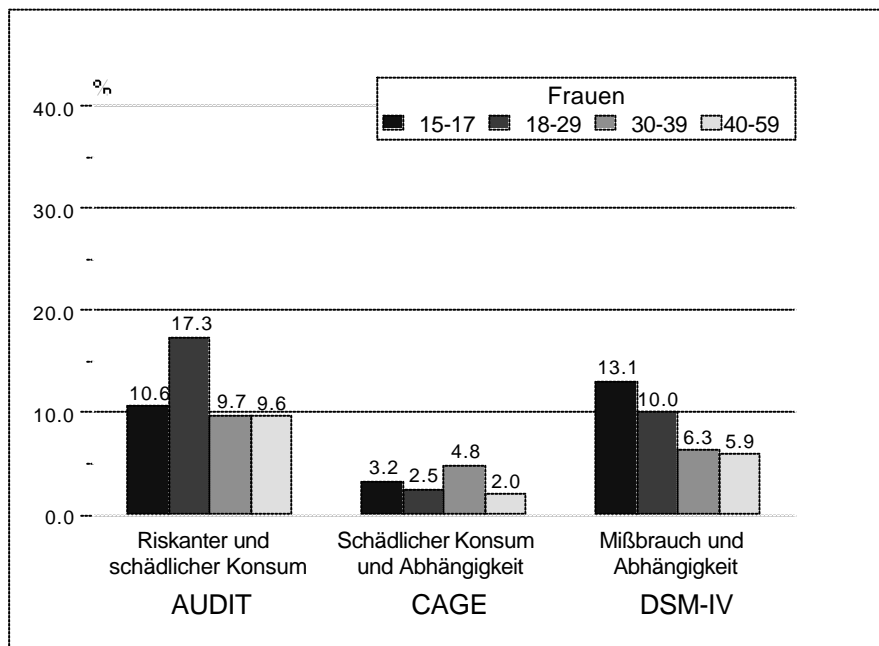


Abbildung 3.2.6: Schädlicher Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (letzte 12 Monate) nach verschiedenen Definitionen bei Frauen nach Altersgruppen

Im Gegensatz zum AUDIT erfaßt der CAGE-Test schädlichen Gebrauch und Alkoholabhängigkeit. Bei einem Cut-off-point von zwei Punkten (maximal vier Punkte) liegen 6,0% aller Befragten im kritischen Wertebereich. Bei den Männern ist der Prozentsatz mit 8,9% im Verhältnis zu den Frauen (3,0%) wie schon beim AUDIT dreimal so hoch. Im Altersgruppenvergleich in Abbildung 3.2.5 zeigt sich, daß von

den 15-17jährigen Jungen bereits 5,6% einen positiven Score im CAGE erhalten. Während sich dieser Anteil bei den 18-29jährigen Männern verdoppelt, fällt der Prozentwert für die 40-59jährigen wieder deutlich ab. Im Gegensatz dazu gibt es bei den Frauen über die Altersgruppen hinweg geringe Schwankungen (Abbildung 3.2.6). Auffallend ist der bereits hohe Wert bei den 15-17jährigen Mädchen. Im Vergleich dazu werden gemäß den Abhängigkeitskriterien des DSM-IV seltener Abhängigkeitsdiagnosen vergeben. Demnach sind 3,4% aller Befragten alkoholabhängig und 7,5% erhalten die Diagnose Alkoholmißbrauch ohne Abhängigkeit (Tabelle 3.2.2). Im Altersvergleich erhält bei den 18-24jährigen ein überaus hoher Anteil von 10,2% eine Abhängigkeitsdiagnose. Eine weitere Besonderheit zeigt sich bei den Jugendlichen, bei denen mit 12,7% sehr viele die Diagnose Mißbrauch aufweisen. Betrachtet man die Abbildung 3.2.6, stellt man für die 15-17jährigen Mädchen fest, daß sie im Altersvergleich nach DSM-IV am häufigsten die Diagnose Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit erhalten.

Tabelle 3.2.3: Konsequenzen des Alkoholkonsums¹

Konsequenz	Gesamt	Männer	Frauen
Unfall unter Alkoholeinfluß	2.2	2.6	1.8
Verletzung unter Alkoholeinfluß	4.4	6.0	2.6
Führerscheinentzug wegen Alkohol	1.2	2.3	--
Medizinisch-psychologische Untersuchung	0.2	0.3	--
Familienstreit wegen Alkohol	2.5	2.3	2.8
Rat vom Arzt weniger zu trinken	0.7	1.3	--
Arztbesuch wegen Alkoholproblemen	0.7	0.7	0.7
Besuch einer Beratungsstelle wegen Alkohol	--	--	--
Entziehungskur/Therapie	0.3	--	0.6

¹ Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

In Tabelle 3.2.3 sind weitere Konsequenzen des Alkoholkonsums aufgelistet. Am häufigsten sind Unfälle und Verletzungen unter Alkoholeinfluß sowie Familienstreitigkeiten wegen Alkohol. Auffällig selten sind Angaben zu Arztbesuchen wegen Alkoholkonsums und Angaben zu ärztlichen Interventionen wie den Hinweis auf Reduktion des Konsums. Dies mag zum einen Ausdruck dafür sein, daß niedergelassenen Ärzten in bezug auf die Suchtproblematik eine untergeordnete Rolle zukommt. Zum anderen könnte in bezug auf diese Items eine geringe Antwortbereitschaft vorliegen oder die Erreichbarkeit von Fällen mit bereits fortgeschrittener Suchtproblematik eingeschränkt sein.

3.2.4 Einstellungen zum Thema Alkohol

Die Tabelle 3.2.4 stellt die Einstellung zum Thema Alkohol getrennt nach Alter und Ausmaß des Alkoholkonsums dar. Die Einstellungen der 15-17jährigen gegenüber dem Thema Alkohol sind deutlich negativer als diejenigen der 18-29jährigen. Während z.B. von den Jugendlichen ein Drittel der Aussage „mäßig trinken darf man, so oft man will“ zustimmt, sind es bei den 18-29jährigen die Hälfte und bei den 30-59jährigen bejahen dies 60%. Für die Beurteilung ist neben dem Alter vor allem das eigene Konsumverhalten entscheidend. Während es beispielsweise bei den 15-17jährigen Alkoholabstinenten lediglich 7,4% „nicht schlimm finden, sich zu betrinken, wenn es nicht zur Gewohnheit wird“, vertreten 83,6% von den 15-17jährigen mit starkem Alkoholkonsum diese Meinung.

Tabelle 3.2.4: Einstellungen zum Thema Alkohol

Einstellung ¹	Alkoholkonsum ²				
	Gesamt	niemals	leicht	moderat	stark
15-17jährige					
Mäßig trinken darf man so oft man will	33.1	20.1	34.5	40.0	100.0
Party ohne Alkohol ist langweilig	30.0	8.3	42.5	40.0	100.0
Immer Alkoholika zu Hause	21.3	5.4	34.3	15.2	67.1
Schwips ist sehr angenehm	27.1	5.3	35.9	34.9	83.6
Auch wenig Alkohol schadet	56.6	77.2	44.4	35.1	32.9
Es ist nicht schlimm sich zu betrinken, wenn es nicht zur Gewohnheit wird	22.7	7.4	30.9	25.2	83.6
18-29jährige					
Mäßig trinken darf man so oft man will	50.3	8.0	58.0	61.7	73.3
Party ohne Alkohol ist langweilig	47.9	3.9	36.3	82.5	80.0
Immer Alkoholika zu Hause	42.4	3.9	34.8	68.6	67.4
Schwips ist sehr angenehm	45.2	7.3	42.8	69.4	67.4
Auch wenig Alkohol schadet	36.7	58.6	38.4	24.6	17.6
Es ist nicht schlimm sich zu betrinken, wenn es nicht zur Gewohnheit wird	38.2	--	37.1	56.0	48.6
30-59jährige					
Mäßig trinken darf man so oft man will	60.8	44.4	57.7	65.0	83.0
Party ohne Alkohol ist langweilig	44.3	7.3	34.6	61.1	78.7
Immer Alkoholika zu Hause	51.4	13.9	47.6	67.2	78.4
Schwips ist sehr angenehm	43.1	10.1	35.5	56.4	71.2
Auch wenig Alkohol schadet	40.4	67.5	39.7	32.5	18.2
Es ist nicht schlimm sich zu betrinken, wenn es nicht zur Gewohnheit wird	37.1	8.6	34.8	45.7	57.9

¹ Kodierung für Zustimmung: 1 und 2 der Rating-Skala 1 (trifft genau zu) bis 5 (trifft gar nicht zu)

² Alkoholkonsum (letzte 30 Tage) in Gramm Reinalkohol pro Tag: Männer: nie: 0g; gering: 1-10g; moderat: 11-40g; stark: >40g; Frauen: nie: 0g; gering: 1-10g; moderat: 11-20g; stark: >20g

3.2.5 Tabellen: Alkohol

Tabelle 3.2.5: Konsum in Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer (letzte 12 Monate)

Konsum in Gramm/Tag	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
0	15.3	53.6	29.7	14.3	13.3	11.5	6.7
1-10	25.1	30.9	24.3	28.6	15.6	25.0	35.0
11-20	23.2	8.2	29.7	10.7	31.1	23.1	20.0
21-40	22.2	5.2	8.1	32.1	20.0	30.8	21.7
41-60	7.2	2.1	5.4	7.1	8.9	5.8	8.3
61-	7.0	--	2.7	7.1	11.1	3.8	8.3

Fehlende Angaben nicht berücksichtigt (valid cases)

Tabelle 3.2.6: Konsum in Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen (letzte 12 Monate)

Konsum in Gramm/Tag	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
0	21.7	49.4	21.4	19.4	15.3	24.4	23.6
1-10	55.0	37.1	40.5	51.6	57.6	62.2	56.4
11-20	12.4	7.9	28.6	9.7	16.9	4.4	9.1
21-40	7.8	4.5	9.5	12.9	5.1	8.9	7.3
41-60	1.4	1.1	--	3.2	3.4	--	--
61-	1.7	--	--	3.2	1.7	--	3.6

Fehlende Angaben nicht berücksichtigt (valid cases)

Tabelle 3.2.7: Prävalenz und Trinkmenge nach Getränkesorten für Männer

Konsumenten von	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Bier % ¹	77.7	45.6	56.4	79.3	84.3	76.4	86.6
Liter ²	3.1	1.3	2.3	3.2	3.2	2.7	3.5
Wein/Sekt %	52.1	30.7	43.6	55.2	60.8	56.4	43.3
Liter	0.5	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.4
Spirituosen %	52.7	21.9	48.7	65.5	62.7	38.2	53.7
Liter	0.11	0.06	0.10	0.09	0.17	0.06	0.07

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

² Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

Tabelle 3.2.8: Prävalenz und Trinkmenge nach Getränkesorten für Frauen

Konsumenten von	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Bier % ¹	29.7	33.3	39.1	42.9	28.6	23.4	24.6
Liter ²	1.3	0.9	0.7	0.6	1.1	0.8	3.2
Wein/Sekt %	63.8	37.4	65.2	74.3	76.2	53.2	56.1
Liter	0.6	0.4	0.6	0.8	0.7	0.5	0.5

Spirituosen	25.5	24.2	41.3	37.1	23.8	23.4	15.8
%							
Liter	0.05	0.10	0.08	0.03	0.05	0.05	0.04

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

² Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

3.3 Medikamente

Der Mißbrauch von Medikamenten mit psychoaktiver Wirkung kann in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen nur in sehr beschränktem Maße erfaßt werden. Da weder Tagesdosen noch Indikationen valide erhoben werden können, lassen sich lediglich Aussagen über die Frequenz der Medikamenteneinnahme machen. Gefragt wurde nach der Konsumfrequenz von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Abführmitteln und Appetitzüglern in den letzten vier Wochen vor der Befragung, also Stoffe mit hohem Mißbrauchspotential. Informationen, seit wann die Medikamente genommen werden und ob sie nicht eventuell in naher Zukunft wieder abgesetzt werden, liegen nicht vor. Problematisch ist weiterhin, daß die Wirksamkeit der Medikamente von den Befragten selbst beurteilt wird. In einer 1993/94 in Österreich durchgeführten Repräsentativerhebung zum Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster stellte sich heraus, daß ein nicht zu vernachlässigender Teil der Befragten Medikamente falsch klassifizierte (Uhl & Springer, 1996).

Insgesamt haben mehr als doppelt so viele Frauen (17,9%) wie Männer (8,0%) in den letzten vier Wochen zumindest einmal pro Woche ein oder mehrere der oben genannten Medikamente eingenommen (Tabelle 3.3.1). In allen Altersgruppen außer bei den Jugendlichen, bei denen 6,1% der Jungen und 5,1% der Mädchen zumindest einmal pro Woche Medikamente nahmen, liegt der Prävalenzwert der Frauen deutlich über dem der Männer. Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz bei den 25-29jährigen niedriger als bei den jüngeren Erwachsenen und steigt danach kontinuierlich mit zunehmendem Alter an. Bei den 50-59jährigen Frauen ist der Anteil derer mit mindestens einem Medikament pro Woche mit 24,6% am höchsten.

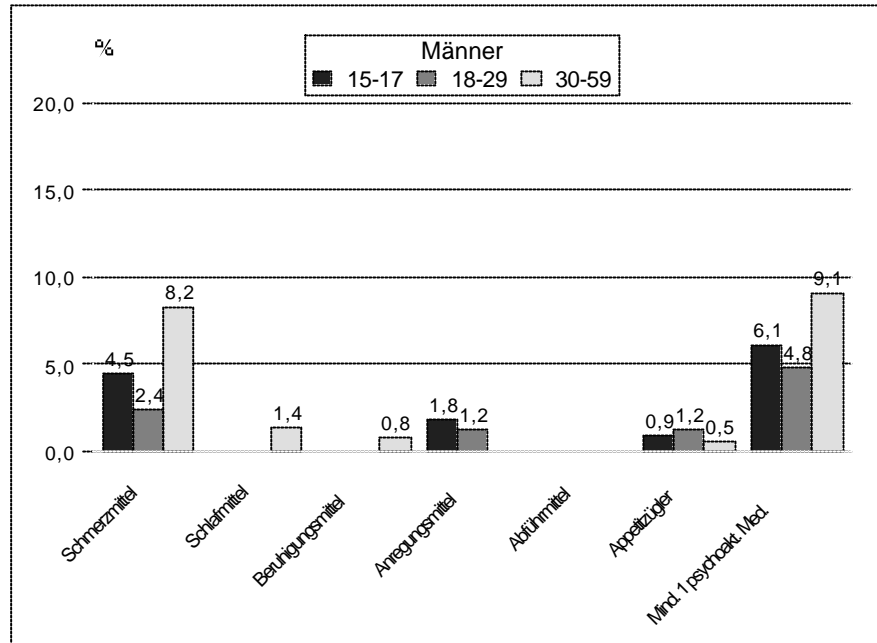


Abbildung 3.3.1: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente (mindestens einmal pro Woche) bei Männern nach Altersgruppen

In allen Medikamentengruppen überwiegt die Prävalenz bei den Frauen (Tabelle 3.3.2). 9% aller Befragten nehmen mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel ein. Nur bei den 18-29jährigen Frauen werden auch häufig Appetitzüger (6,5%) und Abführmittel (3,5%) eingenommen. Auffällig ist, daß bei den Jugendlichen mehr Jungen als Mädchen Schmerzmittelkonsum angeben (Abbildung 3.3.1 und 3.3.2).

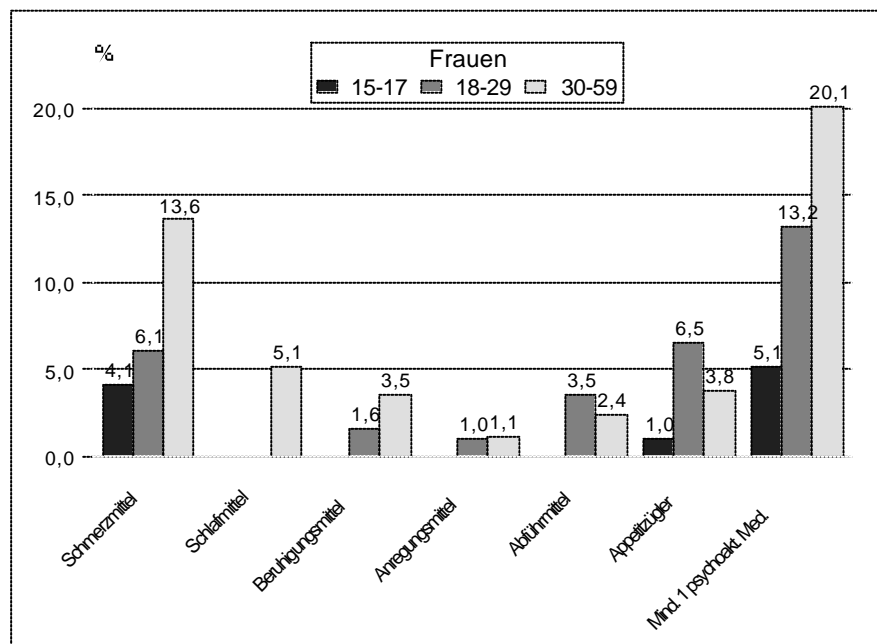


Abbildung 3.3.2: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente (mindestens einmal pro Woche) bei Frauen nach Altersgruppen

3.3.1 Tabellen: Medikamente

Tabelle 3.3.1: Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten¹

	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Gesamt	12.8	5.6	12.6	5.6	10.5	14.1	20.5
Männer	8.0	6.1	10.3	--	3.9	9.1	16.4
Frauen	17.9	5.1	15.2	11.4	17.5	19.1	24.6

¹ Mindestens ein Medikament pro Woche (Schmerzmittel. Schlafmittel. Beruhigungsmittel. Anregungsmittel. Abführmittel oder Appetitzügler). Codes 1 – 3 der Skala: 1: Täglich; 2: mehrmals pro Woche; 3: einmal pro Woche; 4: selten(er); 5: nie; 9: k. A.

Tabelle 3.3.2: Prävalenz der häufigen Einnahme verschiedener Medikamente¹

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	9.0	6.6	11.5	4.3	5.8	2.8	7.4	10.0	16.2
Schlafmittel	2.3	1.0	3.7	--	--	--	0.8	3.0	6.8
Beruhigungsmittel	1.7	0.6	2.9	--	--	1.4	2.5	1.1	2.6
Anregungsmittel	0.7	0.4	1.0	1.0	2.4	--	--	--	1.8
Abführmittel	1.3	--	2.6	--	2.1	1.4	--	3.2	0.9
Appetitzügler	2.5	0.7	4.3	1.0	6.6	1.4	1.5	5.2	--

¹ Mindestens einmal pro Woche

Codes 1 – 3 der Skala: 1: Täglich; 2: mehrmals pro Woche; 3: einmal pro Woche; 4: selten(er); 5: nie; 9: k. A.

3.4 Tabak

3.4.1 Umfang des Tabakkonsums

Die Abbildungen 3.4.1 und 3.4.2 zeigen die Verteilungen der Raucher, Nichtraucher und ehemaligen Raucher (Exraucher) sowie den Zigarettenkonsum pro Tag für Männer und Frauen. Raucher sind definiert als Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Insgesamt rauchen 44% der Männer und 29,7% der Frauen und jeweils etwa 20% sind Exraucher/Innen. Bei den Jugendlichen rauchen inzwischen fast ebenso viele Mädchen (34,3%) wie Jungen (37,7%). Bei den 18-24jährigen Hamburgern bewegt sich die Raucherprävalenz in der gleichen Größenordnung wie bei den Jugendlichen. 35,9% der Männer dieser Altersgruppe und 34,8% der Frauen haben in den letzten 30 Tagen Tabakwaren konsumiert. Dagegen rauchen im Altersbereich zwischen 25 und 59 Jahre 40-50% der Männer, aber nur 25-30% der Frauen. Die Anteile der Exraucher/Innen nehmen im Altersverlauf tendenziell zu (Tabelle 3.4.4).

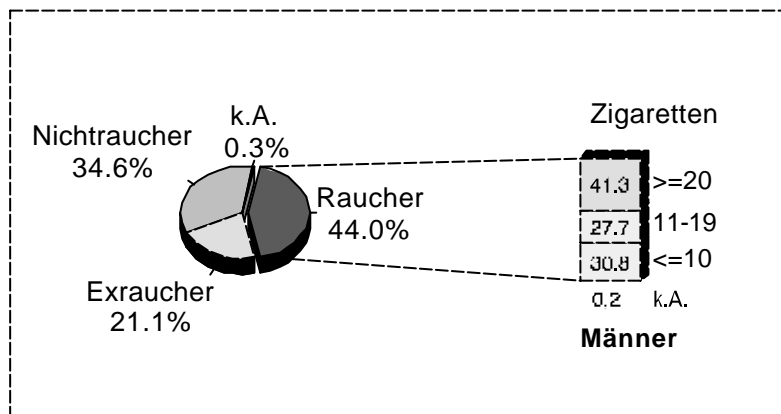


Abbildung 3.4.1: Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag bei Männern (15 bis 59 Jahre)

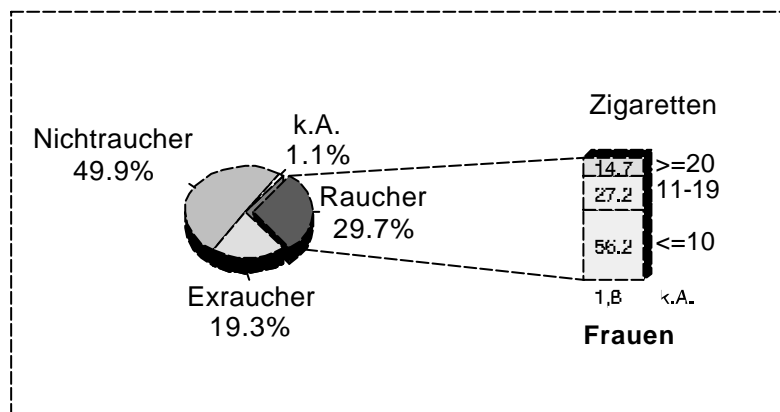


Abbildung 3.4.2: Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag bei Frauen (15 bis 59 Jahre)

Der Zigarettenkonsum ist wie der Alkoholkonsum mit einem Frequenz-Menge-Index erfaßt worden. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag berechnet sich aus der Frequenz in den letzten 30 Tagen und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Konsumtag gerauchten Zigaretten. Bei den männlichen Rauchern ist der Anteil der starken Konsumenten (20 oder mehr Zigaretten am Tag) unter den Zigarettenrauchern mit 41,3% fast dreimal so hoch wie bei den Raucherinnen (14,7%). Bei den jugendlichen Raucher/Innen sind bereits 11,9% der Jungen und 5,9% der Mädchen starke Raucher/Innen. Der Anteil der starken Konsumenten ist bei den 50-59jährigen mit 58,6% der Raucher und 33,3% der Raucherinnen am höchsten (Tabelle 3.4.5).

3.4.2 Beendigung des Tabakkonsums

Eine ärztliche Empfehlung, das Rauchen einzuschränken oder einzustellen, erhielten 15,5% der Raucher und 9,8% der Raucherinnen. Dagegen wollen deutlich mehr Raucherinnen als Raucher ihren Konsum aufgeben. Jede vierte Raucherin, aber nur jeder sechste Raucher überlegt ernsthaft, mit dem Rauchen aufzuhören. Außerdem hat jede fünfte Raucherin und jeder achte Raucher - wenn auch anscheinend erfolglos - in den vergangenen zwei Jahren ernsthaft versucht, sich das Rauchen abzugewöhnen (Tabelle 3.4.1).

Tabelle 3.4.1: Stellungnahmen zum Thema "Rauchen aufhören" (Raucher)

	Gesamt	Männer	Frauen
Rat vom Arzt, das Rauchen aufzuhören	13.2	15.5	9.8
Ernsthafte Überlegungen, das Rauchen aufzuhören	19.8	16.7	24.5
Versuch, in den letzten zwei Jahren aufzuhören	15.7	12.6	20.3

Welche Hilfsmittel diese Raucher (ungewichtet 43 Personen) dabei eingesetzt haben, zeigt Tabelle 3.4.2. Am häufigsten mit 40,8% sind Nikotinpflaster oder -kaugummi benutzt worden. Knapp ein Viertel konnte auf die Unterstützung von Partner, Freundeskreis und Familie durch Kontrolle des Tabakkonsums oder Zuwendung zählen. Anhand von Medien wie Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos haben 20,5% versucht, das Rauchen aufzuhören und 10,5% wollten dies im Rahmen eines Entwöhnungskurses erreichen. Ein Drittel der Aufhörwilligen hat keine Hilfsmittel verwendet und ganz alleine versucht, das Rauchen aufzugeben. Bei den Frauen ist dieser Prozentsatz mit 39,4% deutlich höher als bei den Männern (26,7%).

Tabelle 3.4.2: Benutzte Hilfsmittel, um mit dem Rauchen aufzuhören (Personen, die versucht haben, das Rauchen aufzuhören)

Hilfsmittel	Gesamt	Männer	Frauen
Entwöhnungskurs oder -seminar	10.5	5.9	14.8
Nikotinpflaster oder -kaugummi	40.8	46.5	35.5
Bücher, Broschüren, Kassetten, CD's, Videos	20.5	25.0	16.3
Akupunktur, Akupressur, Energieübertragung	6.7	5.9	7.4
Partner, Freund, Familie	23.8	19.4	27.9
Andere Hilfsmittel	8.2	7.5	8.9

Keine Hilfsmittel	33.3	26.7	39.4
-------------------	------	------	------

Mehrfachnennungen möglich

Im Vergleich dazu ist es interessant, mit welchen Methoden ehemalige Raucher (ungewichtet 110 Personen) erfolgreich waren. Von den Exrauchern, von denen 57,5% (58,1% der Männer und 56,9% der Frauen) früher regelmäßig geraucht haben, geben 65,0% an, ohne Hilfsmittel und ganz alleine aufgehört zu haben. 20,6% wurden vom Partner, Freundeskreis und Familie unterstützt. Nikotinsubstitution mit Pflaster oder Kaugummi, Selbstlernmedien wie Bücher, Kassetten etc. sowie Entwöhnungskurse werden dagegen deutlich seltener angegeben (Tabelle 3.4.3). Am gravierendsten unterscheiden sich die Angaben von erfolgreichen und erfolglosen Aufhörwilligen bei Nikotinpflaster/Kaugummi und Entwöhnungskursen. 40,8% bzw. 10,5% bei denen, die jetzt noch rauchen, stehen nur 6,1% bzw. 2,1% erfolgreiche Aufhörer gegenüber. 17,4% der Exraucher (15,7% der Männer und 19,4% der Frauen) hatte der Arzt, als sie noch rauchten, geraten, das Rauchen einzuschränken oder ganz aufzuhören.

Tabelle 3.4.3: Benutzte Hilfsmittel, mit denen es gelang, aufzuhören (Exraucher)

Hilfsmittel	Gesamt	Männer	Frauen
Entwöhnungskurs oder -seminar	2.1	--	4.4
Nikotinpflaster oder -kaugummi	6.1	3.5	9.1
Bücher, Broschüren, Kassetten, CD's, Videos	3.9	1.8	6.3
Akupunktur, Akupressur, Energieübertragung	3.8	1.5	6.5
Partner, Freund, Familie	20.6	23.0	17.9
Andere Hilfsmittel	7.0	7.1	7.0
Keine Hilfsmittel	65.0	69.0	60.5

Mehrfachnennungen möglich

3.4.3 Tabellen: Tabak

Tabelle 3.4.4: Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Geschlecht und Altersgruppen

Männer	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Nichtraucher	34.6	56.1	59.0	34.5	37.3	25.5	22.4
Exraucher	21.1	6.1	5.1	17.2	21.6	27.3	28.4
Raucher	44.0	37.7	35.9	48.3	41.2	47.3	47.8
k. A.	0.3	--	--	--	--	--	1.5
Frauen							
Nichtraucher	49.9	61.6	58.7	48.6	52.4	48.9	42.1
Exraucher	19.3	4.0	6.5	20.0	17.5	21.3	28.1
Raucher	29.7	34.3	34.8	25.7	30.2	29.8	28.1
k. A.	1.1	--	--	5.7	--	--	1.8

Tabelle 3.4.5: Zigarettenkonsum pro Tag für Männer und Frauen nach Geschlecht und Altersgruppen

Männer	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
bis 10	30.8	52.4	57.1	30.8	33.3	16.0	27.6
11-19	27.7	31.0	28.6	15.4	27.8	48.0	13.8
20 oder mehr	41.3	11.9	14.3	53.8	38.9	36.0	58.6
k. A.	0.2	4.8	--	--	--	--	--
Frauen							
bis 10	56.2	79.4	75.0	54.5	61.1	50.0	40.0
11-19	27.2	8.8	12.5	45.5	16.7	42.9	26.7
20 oder mehr	14.7	5.9	12.5	--	22.2	--	33.3
k. A.	1.8	5.9	--	--	--	7.1	--

4 Konsummuster

Die bisherigen Ergebnisse beschränken sich auf den Gebrauch einzelner Substanzen bzw. Substanzgruppen. Darüber hinaus ist die Frage nach dem Konsum mehrerer verschiedener psychoaktiver Substanzen von Interesse. Die Kombination bestimmter Substanzen birgt aufgrund komplexer Wechselwirkungen ein zusätzliches Gefährdungspotential. Neben dem Mischkonsum unterschiedlicher illegaler Substanzen sind vor allem Kombinationen von illegalen Drogen mit Alkohol und Tabak verbreitet.

4.1 Konsum verschiedener illegaler Drogen

In der Tabelle 4.1.1 sind die Häufigkeiten des Gebrauchs verschiedener Drogen in den unterschiedlichen Altersgruppen dargestellt. Etwa ein Drittel der drogenerfahrenen Jugendlichen hat schon zwei und mehr Drogen konsumiert. Bei den 18-29jährigen Drogenerfahrenen überwiegt sogar der Anteil derer, die bereits mit verschiedenen Substanzen experimentiert haben.

Tabelle 4.1.1: Gebrauch verschiedener Drogen

	keine Droge	eine Droge	zwei Drogen	3-5 Drogen	≥ 6 Drogen
Lebenszeit					
15-17	78.4	14.6	3.8	2.8	0.5
18-29	62.1	18.5	12.8	6.6	--
30-59	82.2	12.7	2.0	2.8	0.3
12 Monate					
15-17	81.6	13.7	1.9	2.4	0.5
18-29	80.6	10.2	4.6	4.6	--
30-59	94.8	3.0	1.1	1.1	--
30 Tage					
15-17	84.0	12.7	0.9	1.9	0.5
18-29	87.6	7.1	4.1	1.2	--
30-59	96.7	1.8	1.1	0.4	--

In bezug auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung hat von den jugendlichen aktuellen Drogenkonsumenten ungefähr ein Viertel mehrere Substanzen genommen. Bei den Älteren liegt der Anteil bei 47% (18-29jährige) bzw. 42% (30-59jährige). Ein Fünftel der Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen Drogen konsumierten, nahmen zwei oder mehr Drogen. In den anderen beiden Altersgruppen steigt dieser Anteil wiederum auf knapp 50%. Neuere Untersuchungen zu Ecstasy und der Techno-Szene weisen auf eine häufige Kombination insbesondere von Ecstasy mit anderen legalen und illegalen Drogen hin (Ayer, Gmel & Schmid, 1997). Die hohe Affinität zu anderen illegalen Drogen scheint dabei mit der Art und Weise des Ecstasykonsums im Zusammenhang zu stehen. Tossmann (1997) beobachtet in einer Untersuchung, daß illegale Drogen um so häufiger eingenommen werden, je „härter“ das Konsummuster bei Ecstasy ausfällt.

4.2 Konsum von illegalen Drogen und Alkohol

Wie stark der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Drogenerfahrung ist, zeigt Tabelle 4.2.1. Die altersspezifischen Drogenprävalenzen (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz), nehmen tendenziell mit der Menge konsumierten Alkohols zu. Am stärksten ist dieser Zusammenhang bei den Jugendlichen. In dieser Altersgruppe steigt die 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen von 1,1% bei Alkoholabstinenz auf 71,2% bei starkem Alkoholkonsum.

Tabelle 4.2.1: Alkoholkonsum¹ und Drogenerfahrung

	niemals	leicht	moderat	stark	Durchschnitt
Lebenszeit					
15-17	4.2	23.8	55.2	71.2	21.6
18-29	10.5	28.4	54.7	71.6	37.9
30-59	3.9	10.1	27.5	33.4	17.8
12 Monate					
15-17	1.1	17.6	55.2	71.2	18.4
18-29	5.6	11.7	33.4	31.9	19.4
30-59	2.1	--	7.5	16.3	5.2
30 Tage					
15-17	1.1	11.2	55.2	71.2	16.0
18-29	2.5	7.0	21.6	22.3	12.4
30-59	2.1	--	3.9	7.6	3.3

¹ Alkoholkonsum (letzte 30 Tage) in Gramm Reinalkohol pro Tag: Männer: nie: 0g; gering: 1-10g; moderat: 11-40g; stark: >40g; Frauen: nie: 0g; gering: 1-10g; moderat: 11-20g; stark: >20g

4.3 Konsum von illegalen Drogen und Tabak

Auch die Assoziation zwischen dem Konsum illegaler Drogen und Rauchen ist analog zum Alkohol stark ausgeprägt. Dies zeigt sich wiederum am deutlichsten bei den Jugendlichen (Tabelle 4.3.1). Während bei den 15-17jährigen Nichtraucher lediglich 1,6% in den letzten 30 Tagen illegale Drogen genommen haben, steigt die 30-Tage-Prävalenz bei den Rauchern (bis 20 Zigaretten pro Tag) auf 40,1% und bei den starken Rauchern (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sogar auf 55,4%. Da Cannabis, die am häufigsten konsumierte illegale Droge, üblicherweise geraucht wird (z.B. Haschisch oft auch als Mischung mit Tabak), ist es nicht verwunderlich, daß Cannabiskonsum vor allem bei Rauchern verbreitet ist.

Tabelle 4.3.1: Tabakkonsum und Drogenerfahrung

	Nichtraucher	bis 20 Zig.	mehr als 20 Zig.	Durchschnitt
Lebenszeit				
15-17	6.4	47.8	55.4	21.9
18-29	19.3	61.8	67.8	38.1
30-59	6.5	25.4	45.3	18.4
12 Monate				
15-17	2.4	44.8	55.4	18.5
18-29	7.3	39.9	40.9	21.4
30-59	1.7	12.6	6.2	5.8
30 Tage				
15-17	1.6	40.1	55.4	16.5

18-29	5.4	27.3	12.5	13.2
30-59	1.1	8.5	--	3.2

4.4 Konsum von illegalen Drogen nach soziodemographischen Aspekten

Der Zusammenhang zwischen der 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen und dem Nettoeinkommen des Haushaltes, in dem die Befragten leben, ist je nach Altersgruppe unterschiedlich. Bei den Jugendlichen mit einem häuslichen Nettoeinkommen im mittleren Bereich ist aktueller Drogenkonsum am weitesten verbreitet (Tabelle 4.4.1). Die 18-29jährigen im oberen Einkommensbereich haben mit 32,1% die höchste 12-Monats-Prävalenz. Bei den 30-59jährigen haben dagegen Personen mit geringem Einkommen mit Abstand den höchsten Prävalenzwert. Die Aussagekraft dieser Statistik ist allerdings durch den hohen Anteil fehlender Angaben (19,7%) bei den Jugendlichen stark eingeschränkt. Bei den anderen beiden Altersgruppen geben nur etwa je 3% keine Auskunft.

Tabelle 4.4.1: Drogenerfahrung in den letzten 12 Monaten in Abhängigkeit von der Einkommenssituation des Haushalts

Einkommen	15-17	18-29	30-59
< 2000 DM/mtl.	14.5	17.8	21.5
2000 - 4000 DM/mtl.	18.7	12.3	3.0
> 4000 DM/mtl.	9.0	32.1	2.8

Auch in bezug auf die Schulbildung zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang. Bei den 18-29jährigen weisen Personen mit mittlerer Schulbildung die niedrigste 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen auf. Sowohl von den Schülern, die vermutlich das Abitur anstreben, als auch von denen mit maximal Hauptschulabschluß hat fast jeder Vierte in den letzten 12 Monaten Drogen genommen (Tabelle 4.4.2). Bei den Älteren finden sich unter den Absolventen von Fachhochschulen oder Gymnasium die meisten aktuellen Drogenkonsumenten. Auf die Altersgruppe der 15-17jährigen wird in diesem Zusammenhang verzichtet. Nahezu alle Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Schulausbildung.

Tabelle 4.4.2: Drogenerfahrung in den letzten 12 Monaten in Abhängigkeit des Schulabschlusses

Schulabschluß	18-29	30-59
Hauptschule (mit und ohne Abschluß)	25.0	3.5
Realschule	17.3	3.6
Fachhochschule/Gymnasium	21.3	6.9
noch in Schulausbildung	26.3	--

Die Frage des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und aktuellem Drogengebrauch konnte aufgrund der geringen Anzahl arbeitslos gemeldeter Befragter (einer bei den 15-17jährigen, 8 bei den 25-29jährigen, 37 bei den 30-59jährigen) in der Stichprobe nicht untersucht werden.

4.5 Alter des ersten Drogenkonsums

Die Diskussion um das Alter ersten Drogengebrauchs dreht sich einerseits um den Zusammenhang eines

frühen Einstiegs in den Drogenkonsum und späteren Folgen (Robins & Przybeck, 1985) und zum anderen um die Frage, ob sich das Einstiegsalter weiter nach vorne verlagert hat (Hurrelmann, 1994; Lachnit & Kampe, 1996). Untersuchungen auf der Grundlage von singulären Querschnittsdaten vergleichen die Angaben zum Alter ersten Drogengebrauchs über Kohorten (Perkonigg et al., 1997; Warner et al., 1995). Dabei werden Geburtskohorten untereinander verglichen, die zum Zeitpunkt der Befragung unterschiedlich alt sind. Retrospektive Angaben sind aber in Abhängigkeit vom Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung kognitiven Prozessen wie z.B. Vergessen, Vor- oder Rückverlagerung der Ereignisse unterworfen (Engels, Knibbe & Drop, 1997; Kandel & Yamaguchi, 1985). Wird beim Vergleich verschiedener Kohorten das Alter bei der Befragung kontrolliert und mit Hilfe der Sterbetafel-Methode die Inzidenzrate geschätzt, zeigt sich keine Verlagerung des Altersrisikos des Einstiegs in den Drogenkonsum (Kraus, Bauernfeind & Herbst, 1998; Gmel & Rehm, 1996). Was sich lediglich beobachten läßt, ist die in vielen neueren Studien in allen Altersgruppen und für verschiedene Substanzen berichtete allgemeine Zunahme der Prävalenz des Drogengebrauchs Anfang der 90er Jahre (Schuster & Wittchen, 1996; Perkonigg et al., 1997; Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin, 1996). Die Zunahme der Drogenerfahrung ist dabei keineswegs ein primär deutsches Phänomen. Zunahmen der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen lassen sich in nahezu allen europäischen Ländern beobachten (Kraus, 1997; EMCDDA, 1997).

Die in Abbildung 4.5.1 dargestellte empirische (kumulative) Verteilungsfunktion zeigt die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in einem bestimmten Alter für verschiedene Kohorten. Bis zum Alter von 16 Jahren haben in der ältesten Kohorte (Jahrgang 1938-1967) ca. 2% bereits Erfahrung mit illegalen Drogen. In der mittleren Altersgruppe (Jahrgang 1968-1979) haben in diesem Alter bereits 8% und in der jüngsten Kohorte (Jahrgang 1980-1982) 25% das erste Mal illegale Drogen genommen. Bei den beiden älteren Kohorten zeigt sich deutlich durch die ab dem 20. Lebensjahr sukzessive flacher werdende Kurve, daß nach dem 25. Lebensjahr nur noch wenige mit dem Drogenkonsum beginnen.



Abbildung 4.5.1: Stichproben-Verteilungsfunktion verschiedener Kohorten

Trotz möglicher Effekte wie Vergessen oder Rückverlagerung des Alters ersten Drogenkonsums in der Altersgruppe der 30-59jährigen wird ein erheblicher Anstieg der Drogenprävalenz für die jüngeren Altersgruppen deutlich. Dies ist in erster Linie ein Hinweis auf die in letzter Zeit stattfindende Zunahme des Drogenkonsums (vgl. dazu Abschnitt 5.2).

5 Veränderungen seit 1990

Bereits im Jahre 1990 wurde eine Regionalauswertung für die Hansestadt Hamburg durchgeführt. Aufgrund der Neukonzeption der Bundesstudie zu Beginn der 90er Jahre (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, in Druck) müssen beim Vergleich der Querschnitterhebungen von 1990 und 1997 Unterschiede im Altersspektrum der Befragungspersonen, bei der Stichprobenziehung und dem Erhebungsinstrument berücksichtigt werden.

5.1 Methode

Die Regionalauswertung Hamburg 1990 hat 886 Personen im Alter von 12 bis 39 Jahre untersucht. Der Altersbereich der Hamburger Erhebung aus dem Jahre 1997 liegt zwischen 15 und 59 Jahren. Damit sind für die 15-39jährigen, die zu beiden Zeitpunkten erhoben wurden, Vergleiche zwischen 1990 und 1997 möglich.

Während 1997 die Befragungspersonen im ADM-Design, bzw. im Quotenverfahren ausgewählt wurden, wurden 1990 in einem zweistufigen Verfahren Adressen aus Einwohnermeldekarteien gezogen. In der ersten Stufe wurden die Gemeinde- bzw. Wohnregionen gemäß ihrer Größe geschichtet und anschließend wurden die Sample-Points größenproportional zur Anzahl der 12-39jährigen Deutschen in den Gemeinde- bzw. Wohnregionen festgelegt. Pro Sample-Point wurden 20 Adressen in systematischer Zufallsauswahl aus den Einwohnermeldekarteien gezogen. Die Stichprobenziehungen 1990 und 1997 unterscheiden sich also in der Bestimmung des Sample-Points (1990: Gemeinde- bzw. Wohnregion; 1997: Wahlbezirke), Festlegung der Zielperson (1990: Zufallsauswahl aus den Einwohnermeldekarteien; 1997: Random-Route-Begehung durch Mitarbeiter des Feldinstituts und Auswahl mittels Geburtstagsfrage), Kontaktierung der Zielperson (1990: vollständig postalisch; 1997: durch Mitarbeiter des Feldinstituts) und in der zu erfassenden Grundgesamtheit (1990: deutsche Staatsangehörigkeit; 1997: deutschsprechende Wohnbevölkerung). Infolgedessen kann ein Einfluß der unterschiedlichen Stichprobentechniken auf die Trendergebnisse nicht ganz ausgeschlossen werden.

Außer bei den Primäreinheiten (Wahlbezirke beim ADM-Stichprobenverfahren, Gemeinden bei der Stichprobenziehung aus Einwohnermelderegistern) unterscheiden sich die beiden Auswahlverfahren auf der zweiten Stufe: Mit der Random-Route-Begehung steht - da die ausgewählten Haushalte räumlich nah beieinander liegen und die Kosten für die Ziehung aus den Einwohnermelderegistern entfallen - ein vergleichsweise kostengünstigsten Ziehungsverfahren zur Verfügung. Dafür muß man bei der Random-Route-Ziehung eine weitere mögliche Fehlerquelle in Kauf nehmen: Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß leichter erreichbare Haushalte von den Mitarbeitern des Feldinstituts eher ausgewählt werden. Bei der Ziehung aus Einwohnermeldeämtern kann dieser Einfluß auf die Auswahl der Zielpersonen ausgeschlossen werden. Daneben ist zu befürchten, daß die Auswahl räumlich eng benachbarter Haushalte zu - im Vergleich zur Grundgesamtheit - relativ homogenen Stichproben führt. Dieser Effekt tritt allerdings auch bei der Ziehung aus Einwohnermelderegistern auf. In einem Vergleich zweier Random-Route- und einer Einwohnermelderegister-Stichprobe stellt Koch (1997) fest, daß in allen Erhebungen Frauen, ältere Personen, Personen mit höchstens Hauptschulabschluß, Arbeiter,

Ledige sowie allein lebende Personen im Vergleich zum Mikrozensus unterrepräsentiert sind. Die Differenzen sind bei der Einwohnermelderegister-Stichprobe bei einigen Merkmalen zwar geringer; die Unterschiede sind im Großen und Ganzen jedoch nicht so groß, daß sie den Verzicht des Random-Route-Verfahrens zugunsten des deutlich teureren Einwohnermelderegister-Verfahrens mit seiner erheblich längeren Feldzeit erfordern würden. Darüber hinaus kann das Ergebnis dieses Vergleichs auch dahingehend interpretiert werden, daß Angaben aus Random-Route-Verfahren und Einwohnermelderegister-Stichproben durchaus vergleichbar sind. Koch verglich zwar nicht die Prävalenzwerte psychotroper Substanzen, sondern soziodemographische Merkmale; man kann jedoch davon ausgehen, daß der Konsum psychotroper Substanzen stark mit soziodemographischen Merkmalen korreliert ist. Außerdem werden durch die Gewichtung zwei dieser Merkmale (Alter und Geschlecht) kontrolliert.

Beim Vergleich der Stichproben der 15-17jährigen von 1990 und 1997 stehen sich ebenfalls zwei unterschiedliche Auswahlverfahren gegenüber. Obwohl methodische Einwände gegen das Quoten-Design bestehen, sind auch Random-Auswahlen - ob aus Einwohnermelderegistern oder nach dem Vorbild des ADM - nicht frei von Nachteilen. Eine repräsentanzorientierte Quotenauswahl, die über eine Vielzahl von Sample-Points eine breite Streuung bietet, bildet die Grundgesamtheit relativ gut ab. Demgegenüber vermögen Random-Erhebungen die Grundgesamtheit generell exakter abzubilden, aber auch hier sind aufgrund von Ausfällen Diskrepanzen zwischen „Soll“ und „Ist“ zu beobachten (Althoff, 1997; Hoffmeyer-Zlotnik, 1997b).

Neben dem Auswahlverfahren wurde zwischen 1990 und 1997 auch das Befragungsinstrument im Zuge neu durchgeführter Bevölkerungssurveys neu konzipiert und mehrfach aktualisiert. Welche Ergebnisse der Studie 1990 und 1997 in den Trendanalysen zu illegalen Drogen, Alkohol und Tabak vergleichbar sind, wird im folgenden den jeweiligen Themenbereichen vorangestellt. Die Unterschiede in den Anteilen zu den verschiedenen Zeitpunkten wurden mit einem zweiseitigen Test auf Trends geprüft (Margolin, 1988). Da keine einfachen Zufallstichproben vorliegen, wurden die Varianzen zur Berücksichtigung des Stichprobendesigns mit SUDAAN geschätzt (Shah, Barnwell & Bieler, 1997).

5.2 Illegale Drogen

Ein Vergleich der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen ist für Cannabis, Amphetamine, LSD, Opiate und Kokain/Crack möglich. Weiterhin werden Einschätzungen zu Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Opiaten und Kokain gegenübergestellt. In Tabelle 5.2.1 werden für den Vergleich der Erhebungen 1990 und 1997 die Ergebnisse der Lebenszeitprävalenz verschiedener illegaler Drogen im Altersbereich von 15 bis 39 Jahre dargestellt. Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis blieb nahezu unverändert. Insgesamt haben im Jahr 1990 27,9% und 1997 26,5% angegeben, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Ebenso hat sich die Lebenszeitprävalenz der anderen Substanzen in der untersuchten Altersgruppe der 15-39jährigen kaum verändert. Veränderungen zeigen sich erst bei der Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen.

Die stärksten Veränderungen sind bei den 15-17jährigen zu beobachten. Hier zeigen sich hohe Zuwachsraten bei Cannabis und Amphetaminen. Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis hat sich bei den Jugendlichen von 9,2% im Jahr 1990 auf 21,2% im Jahr 1997 mehr als verdoppelt. Während 1990

noch keiner der 15-17jährigen Erfahrung mit Amphetaminen gehabt hat, sind dies 1997 bereits 5,2% der Jugendlichen ($p < 0,01$). Betrachtet man die Veränderungen in der Altersgruppe der 18-29jährigen, zeigt sich bei gleichbleibender Cannabisprävalenz eine leichte, aber nicht signifikante Zunahme bei Amphetaminen und LSD. Die Lebenszeitprävalenzwerte bei Opiaten und Kokain weisen in dieser Altersgruppe im zeitlichen Verlauf nur geringfügige Schwankungen auf. Bei den 30-39jährigen steht einer Abnahme der Lebenszeitprävalenz bei Cannabis, Amphetaminen, LSD und Opiaten eine Zunahme bei Kokain/Crack gegenüber, wobei sich lediglich der Unterschied bei Amphetaminen dem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ annähert.

Geht man für 1990 von einer Prävalenzerfahrung von nahe null bis maximal 2% für Ecstasy aus, lassen sich aus Tabelle 3.1.10 die zeitlichen Veränderungen seit 1990 leicht feststellen. Wie sich zeigt, sind es nicht wie häufig vermutet die 15-17jährigen, sondern überwiegen die 18-29jährigen, die Erfahrung mit dieser Droge machen. In dieser Altersgruppe liegt 1997 die Lebenszeiterfahrung mit 17,7% deutlich über den Werten von Amphetaminen (8,3%) und LSD (4,9%) (vgl. Abbildung 3.1.4). Die Zunahme in der Lebenszeitprävalenz fällt im Sieben-Jahres-Vergleich somit bei den 15-17jährigen für Cannabiskonsum und bei den 18-29jährigen für Ecstasykonsum am höchsten aus.

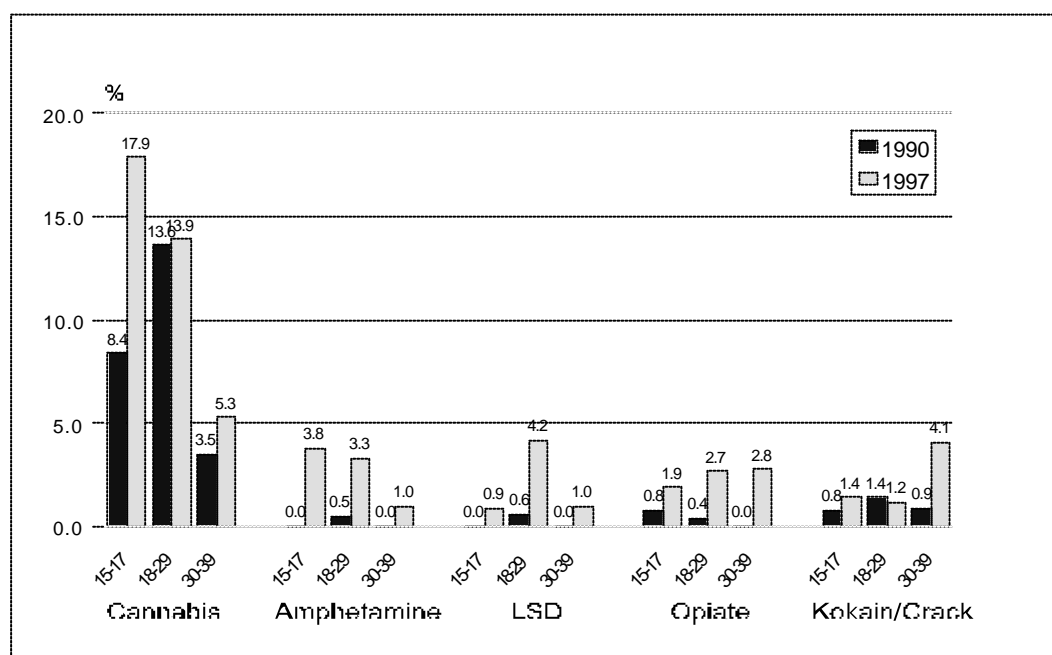


Abbildung 5.2.1: 12-Monats-Prävalenz von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten (Heroin, Methadon, andere Opiate) und Kokain/Crack nach Altersgruppen: 1990-1997

Die Abbildung 5.2.1 zeigt die Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz für drei Altersgruppen und fünf Substanzen. Es ist ein generell ansteigender Trend erkennbar. Bei den Jugendlichen fällt auf, daß sich die 12-Monats-Prävalenz bei Cannabis ausgehend von einem bereits recht hohen Prävalenzniveau im Jahr 1990 (8,4%) in sieben Jahren auf 17,9% mehr als verdoppelt hat ($p < 0,01$, Tabelle 5.2.2). Der Amphetaminkonsum nimmt in der jüngsten und mittleren und LSD in der mittleren Altersgruppe zu, während sich der Opiat- und Kokainkonsum auf die mittlere und ältere Altersgruppe konzentriert.

Tabelle 5.2.1: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen nach Altersgruppen: 1990-1997

	1990	1997	Testwert	P
Gesamt: 15-39 Jahre				
Cannabis	27.9	26.5	-0.41	0.6807
Amphetamine	6.9	5.2	-0.96	0.3387
LSD	3.9	4.1	0.14	0.8906
Opiate ¹	3.6	3.4	-0.13	0.8991
Kokain/Crack ²	3.3	4.1	0.52	0.6010
15 bis 17 Jahre				
Cannabis	9.2	21.2	3.19	0.0015
Amphetamine	0.0	5.2	3.40	0.0007
LSD	0.0	1.4	1.74	0.0815
Opiate ¹	0.8	2.4	1.24	0.2138
Kokain/Crack ²	0.8	1.4	0.59	0.5585
18-29 Jahre				
Cannabis	29.2	30.2	0.24	0.8075
Amphetamine	6.4	8.3	0.73	0.4628
LSD	2.5	4.9	1.21	0.2281
Opiate ¹	2.1	3.1	0.67	0.5030
Kokain/Crack ²	3.4	2.3	-0.72	0.4746
30-39 Jahre				
Cannabis	29.6	24.4	-0.86	0.3877
Amphetamine	8.9	2.8	-1.95	0.0515
LSD	6.4	3.8	-0.85	0.3943
Opiate ¹	6.2	3.8	-0.82	0.4143
Kokain/Crack ²	3.5	5.8	0.79	0.4295

¹ Heroin, Methadon oder andere Opiate² Kokain ohne Crack 1990

Tabelle 5.2.2: 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen nach Altersgruppen: 1990-1997

	1990	1997	Testwert	P
Gesamt: 15-39 Jahre				
Cannabis	9.3	9.8	0.28	0.7778
Amphetamine	0.3	2.1	2.26	0.0243
LSD	0.3	2.3	2.22	0.0264
Opiate ¹	0.3	2.7	2.35	0.0187
Kokain/Crack ²	1.2	2.7	1.29	0.1982
15 bis 17 Jahre				
Cannabis	8.4	17.9	2.66	0.0080
Amphetamine	0.0	3.8	2.88	0.0040
LSD	0.0	0.9	1.42	0.1559
Opiate ¹	0.8	1.9	0.94	0.3486
Kokain/Crack ²	0.8	1.4	0.59	0.5585
18-29 Jahre				
Cannabis	13.6	13.9	0.11	0.9138
Amphetamine	0.5	3.3	1.80	0.0718
LSD	0.6	4.2	2.07	0.0387
Opiate ¹	0.4	2.7	1.59	0.1123
Kokain/Crack ²	1.4	1.2	-0.15	0.8815
30-39 Jahre				
Cannabis	3.5	5.3	0.65	0.5153
Amphetamine	0.0	1.0	1.01	0.3149
LSD	0.0	1.0	1.01	0.3149
Opiate ¹	0.0	2.8	1.74	0.0814
Kokain/Crack ²	0.9	4.1	1.42	0.1549

¹ Heroin, Methadon oder andere Opiate² Kokain ohne Crack 1990

5.3 Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft illegaler Drogen

Für die Personen ohne Drogenerfahrung zeigen die Abbildungen 5.3.1 bis 5.3.3 die Veränderungen zwischen 1990 und 1997 in der Bereitschaft, ein Angebot von Cannabis, Kokain und Opiaten anzunehmen, und in der subjektiven Beurteilung, diese Drogen innerhalb von 24 Stunden beschaffen zu können. Dabei beziehen sich anders als im Kapitel 3.1.4 die Prozentangaben jeweils auf Respondenten, die diese Fragen beantwortet haben.

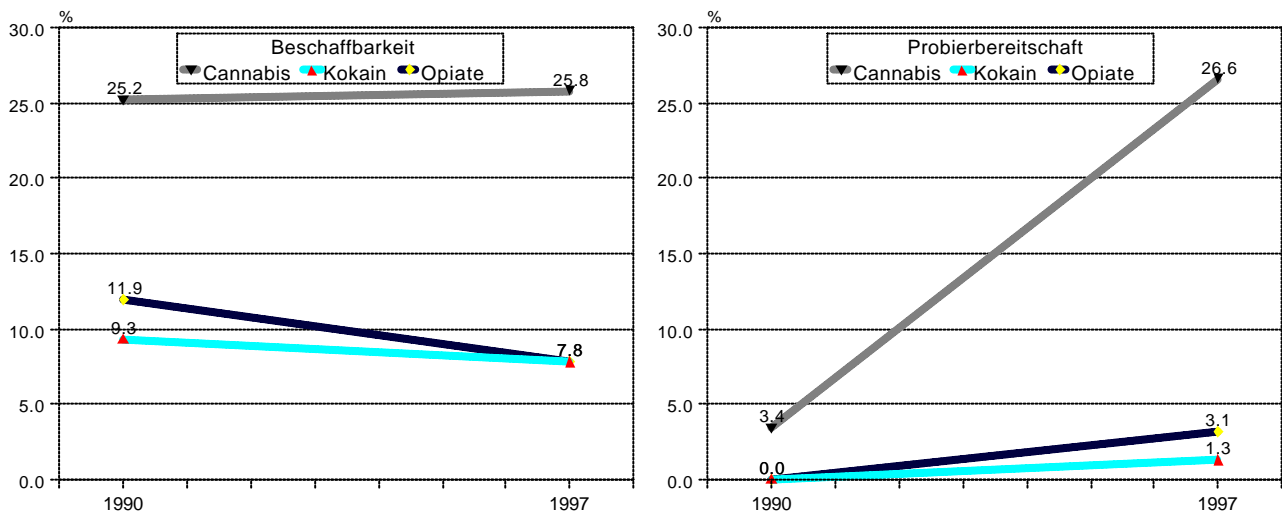


Abbildung 5.3.1: Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 15- bis 17-jährigen ohne Drogenerfahrung: 1990-1997

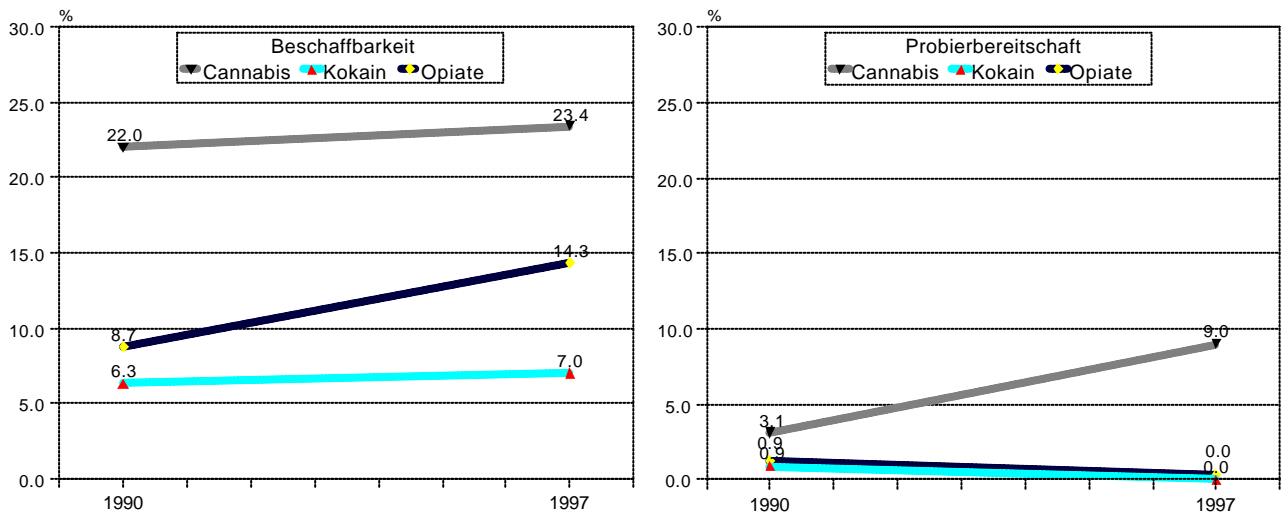


Abbildung 5.3.2: Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 18- bis 29-jährigen ohne Drogenerfahrung: 1990-1997

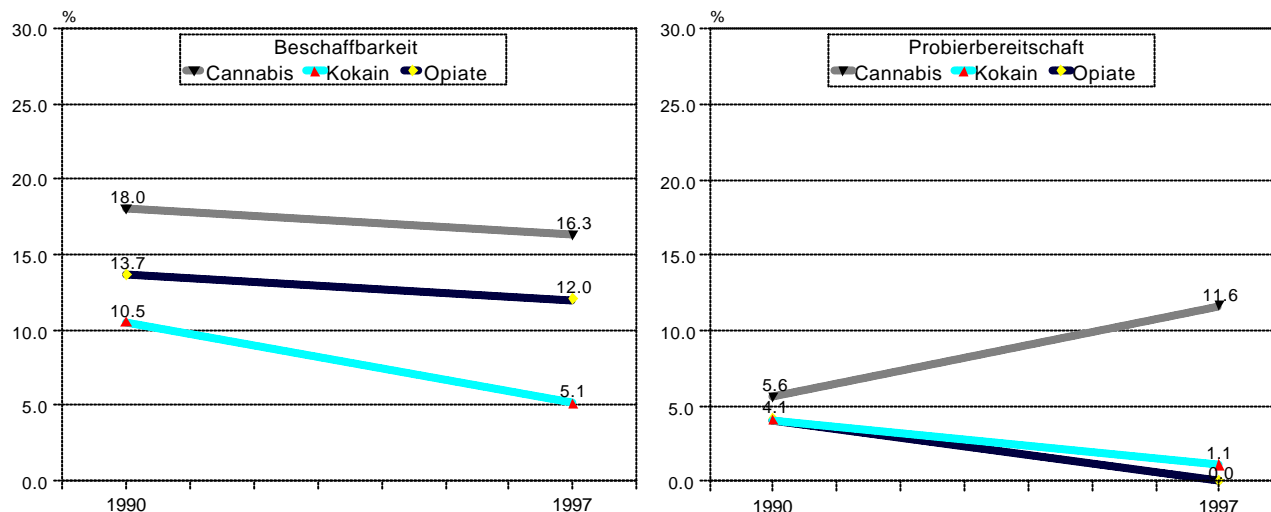


Abbildung 5.3.3: Beschaffbarkeit und Provierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 30- bis 39-jährigen ohne Drogenenerfahrung: 1990-1997

Bei den Jugendlichen 15-17-jährigen Drogenunerfahrenen ist für Cannabis bei gleichbleibender Beschaffbarkeit der extreme Anstieg der Provierbereitschaft besonders auffällig. Im Jahr 1997 ist ein Viertel der 15-17-jährigen Drogenunerfahrenen bereit, ein Cannabisangebot anzunehmen. Die Provierbereitschaft für Opiate und Kokain hat sich bei den Jugendlichen von 0% auf 3,1% bzw. 1,3% erhöht. Im Gegensatz dazu sind die Werte für die Einschätzung der Beschaffbarkeit von Kokain und Opiaten gesunken (Abbildung 5.3.1).

Bei den 18-29-jährigen Drogenunerfahrenen sind Veränderungen im wesentlichen für Cannabis und Opiate erkennbar. Während bei Cannabis sowohl die Provierbereitschaft als auch die Beschaffbarkeit zugenommen haben, zeigt sich bei Opiaten ein Anstieg nur bei der Beschaffbarkeit. Für Kokain und Opiate ist die Provierbereitschaft tendenziell rückläufig (Abbildung 5.3.2).

Im Altersbereich von 30 bis 39 Jahren hat die Provierbereitschaft für Kokain und Opiate zwischen 1990 und 1997 abgenommen. Bei Kokain ist auch die Beschaffbarkeit gesunken. Überraschend ist, daß in diesem für den Beginn des Konsums illegaler Drogen eigentlich recht hohen Alter, die Provierbereitschaft von Cannabis deutlich höher geworden ist. Die Ergebnisse weisen auf eine zunehmende Akzeptanz von Cannabis hin (Abbildung 5.3.3.).

5.4 Alkohol

Von der Umgestaltung des Fragebogens war insbesondere der Abschnitt zum Alkoholkonsum betroffen. Seit 1995 liegt der Schwerpunkt auf den Konsequenzen von Alkoholkonsum, in den früheren Erhebungen hingegen auf Trinkgewohnheiten und Einstellungen. Zwar wurde auch 1990 schon die durchschnittliche Konsummenge und damit der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum geschätzt, das Verfahren wurde jedoch mit der Einführung des Frequenz-Menge-Index ab 1995 verfeinert. Mit Bezugnahme auf einen klaren zeitlichen Rahmen, nämlich die letzten 30 Tage bzw. die letzten 12 Monate können nun selbst unterschiedliche Konsummuster genau erfaßt werden. Aufgrund der Methodenänderung können die Konsummengen zwischen 1990 und 1997 nicht verglichen werden. Um dennoch Anhaltspunkte für die Entwicklung im Alkoholbereich zu bekommen, wurde die Frage nach den Konsumhäufigkeiten von 1990 auch in derselben Form 1997 gestellt. Da 1990 zwischen Cocktails, Likören und Wermut einerseits und hochprozentigen alkoholischen Getränken wie Rum, Weinbrand oder klaren Schnäpsen andererseits unterschieden wurde, kann auf die Häufigkeit des Konsums von Spirituosen allgemein nicht geschlossen werden. Somit sind nur die Konsumfrequenzen von Bier und Wein/Sekt zwischen 1990 und 1997 vergleichbar.

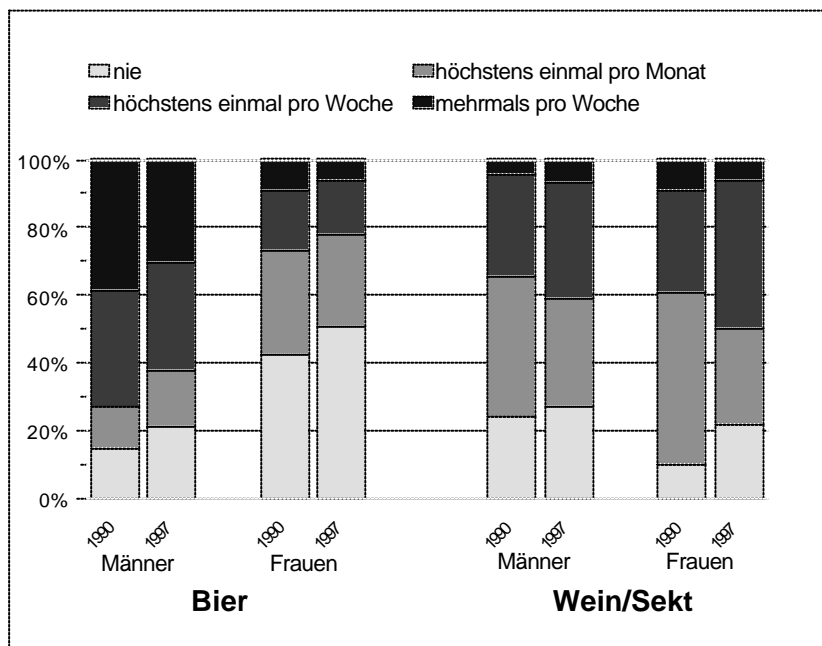


Abbildung 5.4.1: Konsumfrequenz für Bier und Wein/Sekt 15-39jähriger nach Geschlecht: 1990-1997

Es sind keine großen Veränderungen zu beobachten. In Abbildung 5.4.1 ist eine leichte Tendenz zu vermehrter Abstinenz von Bier und Wein/Sekt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen erkennbar. Zudem hat sich der Anteil, der mehrmals pro Woche Bier trinkt, verringert. Der Unterschied ist jedoch auf dem 5%-Niveau statistisch nicht signifikant (Tabelle 5.4.1). Beim Wein-/Sektkonsum nehmen in diesem Häufigkeitsbereich die Prävalenzwerte in geringem Umfang bei den Männern zu und bei den Frauen ab.

Die Abbildungen 5.4.2 und 5.4.3 zeigen auch in den einzelnen Altersgruppen eine Zunahme der Abstinenz des Bier- und Wein-/Sektkonsums. Bei den 18-29jährigen geht der mehrmalige Bierkonsum pro Woche am deutlichsten zurück ($p < 0,01$, Tabelle 5.4.2).

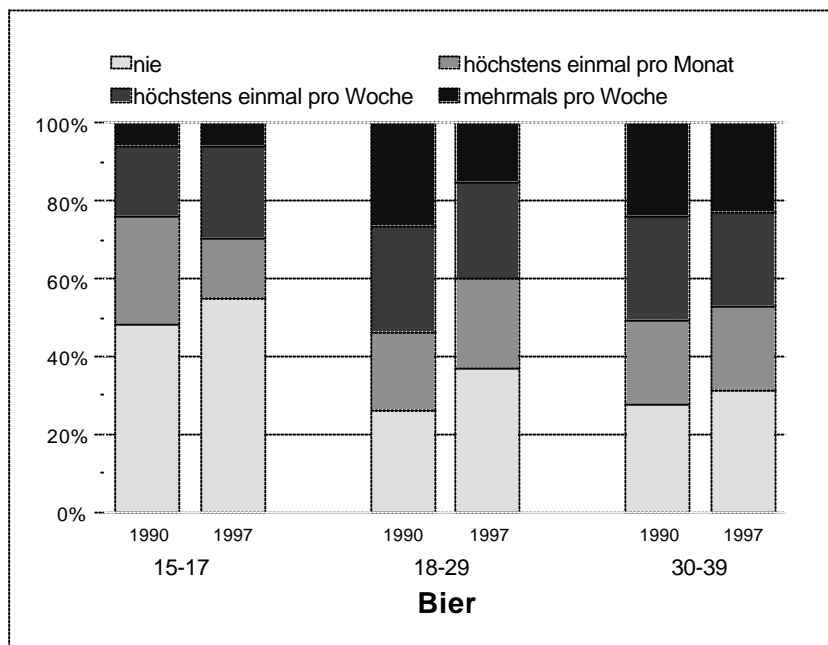


Abbildung 5.4.2: Konsumfrequenz für Bier nach Altersgruppen: 1990-1997

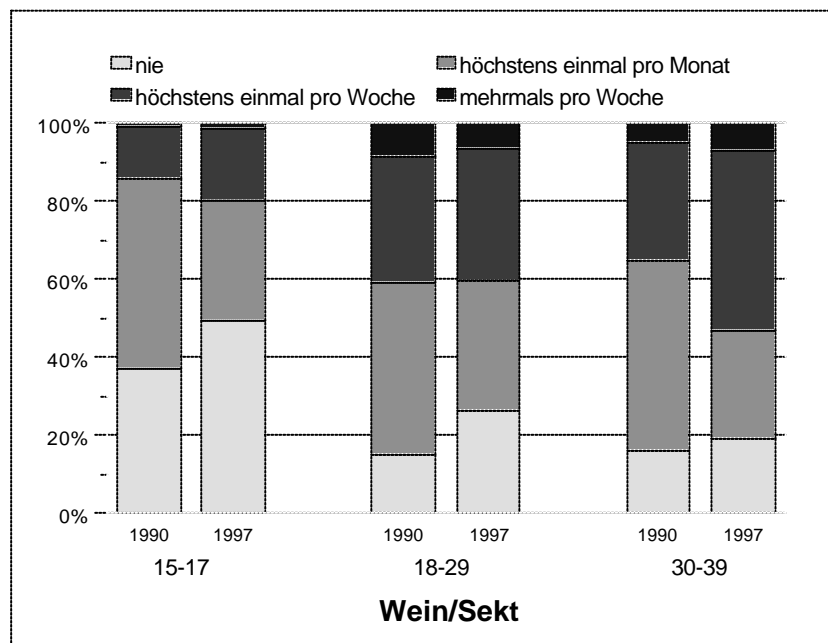


Abbildung 5.4.3: Konsumfrequenz für Wein/Sekt nach Altersgruppen: 1990-1997

Tabelle 5.4.1: Konsumfrequenz von Bier und Wein/Sekt (mehrmals pro Woche) 15-39jähriger nach Geschlecht: 1990-1997

	Gesamt				Männer				Frauen			
	1990	1997	Testwert t	P	1990	1997	Testwert t	P	1990	1997	Testwert t	P
Bier	24.1	18.6	-1.73	0.0845	38.5	30.2	-1.60	0.1097	9.0	6.2	-1.01	0.3111
Wein/Sekt	6.6	6.4	-0.10	0.9207	4.3	6.7	0.93	0.3533	8.9	6.0	-1.06	0.2888

Tabelle 5.4.2: Konsumfrequenz von Bier und Wein/Sekt (mehrmals pro Woche) nach Altersgruppen: 1990-1997

	15 -17 Jahre				18-29 Jahre				30-39 Jahre			
	1990	1997	Testwert t	P	1990	1997	Testwert t	P	1990	1997	Testwert t	P
Bier	6.2	6.2	0.00	1.0000	26.5	15.3	-2.92	0.0035	24.0	23.1	-0.16	0.8713
Wein/Sekt	0.8	1.4	0.59	0.5528	8.7	6.4	-0.94	0.3478	4.7	7.1	0.77	0.4399

Mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA liegen für die Häufigkeit des Alkoholkonsums Trenddaten seit 1973 vor. Wie sich zeigt, ist der Anteil täglichen oder mehrmaligen Konsums pro Woche in der Altersklasse 14-25 Jahre für alle alkoholischen Getränke leicht gefallen (BZgA, 1994). Dieser Trend scheint sich regional in den 90er Jahren fortzusetzen.

5.5 Tabak

Zwischen 1990 und 1997 können die Prävalenzwerte des Rauchens in den letzten 30 Tagen und des starken Zigarettenkonsums verglichen werden. Anders als in Abschnitt 3.4 sind hier starke Raucher nicht als Personen definiert, die in den letzten 30 Tagen im Durchschnitt mehr als 20 Zigaretten geraucht haben. Aufgrund der 1990 etwas anderen Filterführung (nur Respondenten, die täglich rauchen, wurde die Frage nach der Konsummenge gestellt), wurden für den Trendvergleich nur die Raucher als starke Raucher klassifiziert, die täglich rauchen und dabei im Mittel mehr als 20 Zigaretten konsumieren.

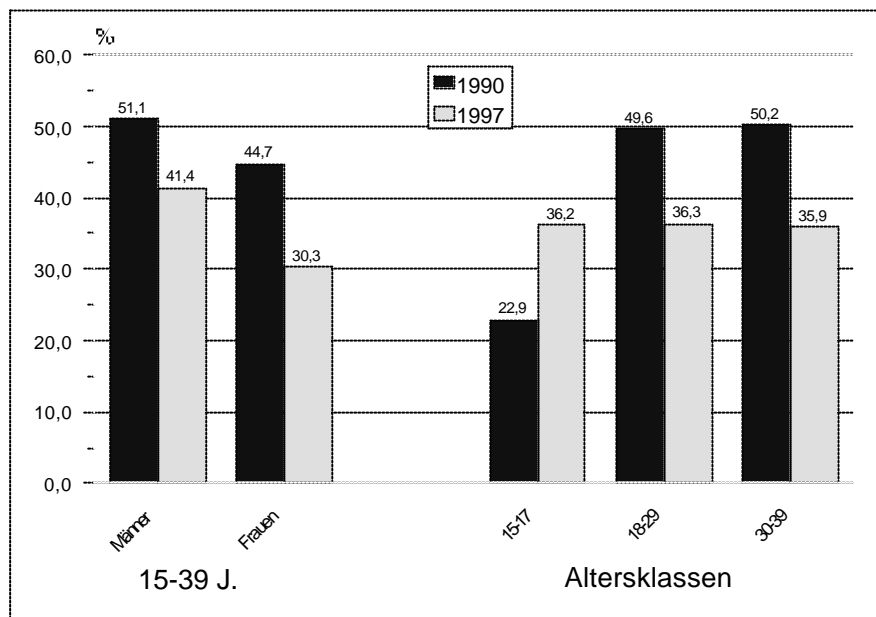


Abbildung 5.5.1: Prävalenz des Rauchens nach Geschlecht und Altersgruppen: 1990-1997

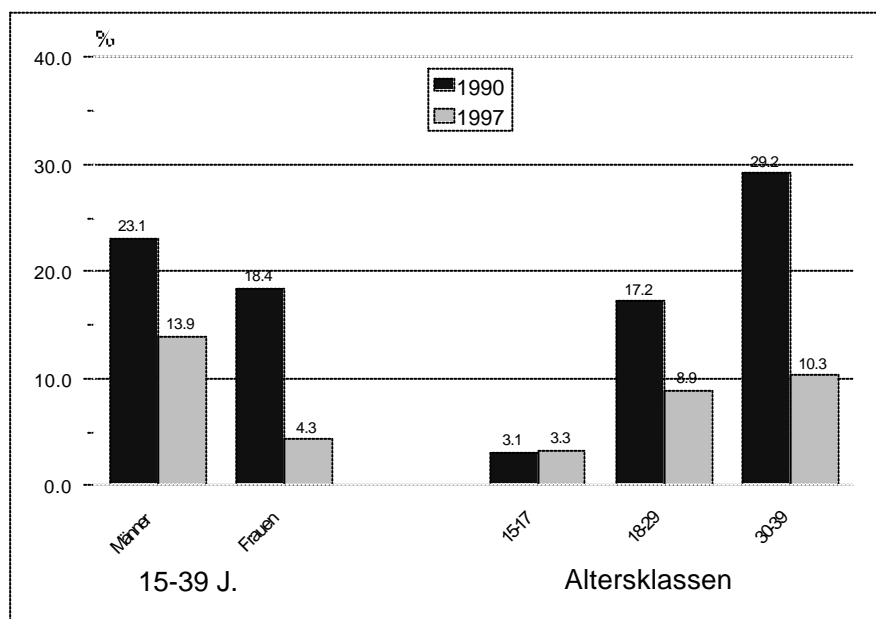


Abbildung 5.5.2: Prävalenz des täglichen Rauchens von mindestens 20 Zigaretten nach Geschlecht und Altersgruppen: 1990-1997

Wie in Abbildung 5.5.1 zu erkennen ist, sind beim Rauchen die Verhältnisse sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen durch einen deutlichen Prävalenzrückgang gekennzeichnet (Tabelle 5.5.1). Dies ist jedoch auf den Rückgang bei den Erwachsenen zurückzuführen. Der Anteil der 15-17jährigen Raucher hat sich von 22,9 % im Jahr 1990 auf 36,2% im Jahr 1997 erhöht ($p < 0,01$, Tabelle 5.5.2). Dies ergibt für die letzten sieben Jahre eine Zuwachsrate von 50%. Die Prävalenz des Rauchens bei den Jugendlichen hat damit das Niveau der Erwachsenen erreicht. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie des BZgA für ständiges und gelegentliches Rauchen bei 14-17jährigen zeigt von 1973 bis 1993 einen Rückgang von 53% auf 29% (BZgA, 1994; S. 29). Möglicherweise deuten die Werte in Hamburg auf eine Trendwende bei Jugendlichen hin.

Abbildung 5.5.2 zeigt die Veränderung des Anteils der starken Zigarettenkonsumenten. Die Prävalenz des starken Zigarettenkonsums ist wie die Prävalenz des Rauchens bei Männern und Frauen erheblich zurückgegangen ($p < 0,05$, Tabelle 5.5.3). Im Altersvergleich bilden die Jugendlichen wiederum die einzige Ausnahme in dieser Entwicklung. Bei den 15-17jährigen Rauchern blieb der Anteil der starken Raucher unverändert (Tabelle 5.5.4).

Tabelle 5.5.1: Prävalenz 15-39jähriger Raucher nach Geschlecht: 1990-1997

	Gesamt				Männer				Frauen			
	1990	1997	Testwert	P	1990	1997	Testwert	P	1990	1997	Testwert	P
Raucher	48.0	36.0	-3.25	0.0012	51.1	41.4	-1.81	0.0709	44.7	30.3	-2.94	0.0033

Tabelle 5.5.2: Prävalenz des Rauchens nach Altersgruppen: 1990-1997

	15 bis 17 Jahre				18-29 Jahre				30-39 Jahre			
	1990	1997	Testwert	P	1990	1997	Testwert	P	1990	1997	Testwert	P
Raucher	22.9	36.2	2.69	0.0072	49.6	36.3	-2.84	0.0046	50.2	35.9	-2.18	0.0292

Tabelle 5.5.3: Prävalenz starken Rauchens 15-39jähriger nach Geschlecht: 1990-1997

	Gesamt				Männer				Frauen			
	1990	1997	Testwert	P	1990	1997	Testwert	P	1990	1997	Testwert	P
mind. 20 Zigaretten/Tag	20.8	9.2	-4.25	0.0000	23.1	13.9	-2.17	0.0300	18.4	4.3	-4.34	0.0000

Tabelle 5.5.4: Prävalenz starken Rauchens nach Altersgruppen: 1990-1997

	15 bis 17 Jahre				18-29 Jahre				30-39 Jahre			
--	-----------------	--	--	--	-------------	--	--	--	-------------	--	--	--

	1990	1997	Testwer t	P	1990	1997	Testwer t	P	1990	1997	Testwer t	P
mind. 20 Zi- garetten/Tag	3.1	3.3	0.16	0.8751	17.2	8.9	-2.63	0.0085	29.2	10.3	-3.54	0.0004

6 Diskussion

Mit der Repräsentativerhebung Hamburg 1997 liegen in bezug auf eine norddeutsche Großstadtbevölkerung aktuelle Daten vor, mit denen sich die Entwicklung des Konsums psychotroper Substanzen in den 90er Jahren beobachten läßt.

Illegale Drogen

Der Einzug synthetischer Drogen in die Jugendkultur Anfang der 90er Jahre als Freizeit- und Party-Droge erster Wahl schlägt sich deutlich in den Prävalenzwerten im Jahre 1997 nieder. Obwohl Cannabis nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge darstellt, liegt der Anteil der Lebenszeitprävalenz von Ecstasy in der Altersgruppe zwischen 18 und 29 Jahren im zweistelligen Bereich. 21% der 18-24jährigen und 15% der 25-29jährigen haben bereits Erfahrung mit dieser Droge. Ecstasy nimmt damit bei jugendlichen Konsumenten nach Cannabis Platz zwei in der Beliebtheit illegaler Drogen ein. Verglichen mit einer Untersuchung in Berlin im Jahre 1995/96 ergeben sich für Ecstasy bei Jugendlichen recht ähnliche Ergebnisse (Senat für Jugend, Schule und Sport, Berlin, 1996). Der Anteil der 18-24jährigen mit Konsum in den letzten 12 Monaten liegt in beiden Erhebungen bei 14%, wobei der aktuelle Cannabiskonsum in dieser Altersgruppe in Hamburg mit 22% deutlich über dem Wert der Berliner jungen Erwachsenen mit 12,8% liegt. Die sich in Berlin andeutende Umkehr in der Reihenfolge der Beliebtheit der Drogen Cannabis und Ecstasy ist in Hamburg weder in dieser noch in anderen Altersgruppen zu beobachten.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen einer 1995 im Münchner Großraum mit Interviews durchgeführten Untersuchung ist für die Lebenszeitprävalenzwerte der Altersgruppe 18 bis 24 Jahre möglich (Perkonigg et al., 1997). Die Münchner Stichprobe weist etwas höhere Cannabisprävalenzen auf (18-21 Jahre: 35,4%; 22-24 Jahre: 41,3%) als die entsprechende Altersgruppe in Hamburg (18-24 Jahre: 31,2%). Leider sind die Prävalenzwerte für Ecstasy in der Publikation von Perkonigg und Kollegen nicht getrennt ausgewiesen. In einer Analyse zum Ecstasykonsum in einer weiteren Publikation derselben Untersuchung (Schuster & Wittchen, 1996) zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz zwischen Münchner und Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Münchner Studie berichtet in der Altersgruppe der 18-24jährigen eine Lebenszeitprävalenz für Halluzinogene von ca. 4% (18-19 Jahre: 4,2%, 20-21 Jahre: 3,5%, 22-24 Jahre: 3,7%) und für Ecstasy und verwandte Amphetamine einen Wert von ca. 5% (18-19 Jahre: 3,3%, 20-21 Jahre: 4,6%, 22-24 Jahre: 6,0%). Die entsprechenden Werte der 18-24jährigen in Hamburg sind 5,3% für Halluzinogene, 21,1% für Ecstasy und 7,4% für Amphetamine. Hier können sowohl der zeitliche Abstand von 2 Jahren zwischen den Untersuchungen als auch regionale Unterschiede für die Differenzen verantwortlich sein. Weiter Vergleiche der Lebenszeitprävalenzen von Opiaten und Kokain weisen nur geringe Unterschiede auf.

Neben einer generellen Zunahme des Konsums illegaler Drogen in den 90er Jahren spielt die Zunahme der Attraktivität synthetischer Drogen bei Mädchen und Frauen eine erhebliche Rolle. Auffällig ist hier die hohe Beliebtheit von Amphetaminen und Ecstasy bei Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren. Bei den 15-17jährigen Jugendlichen ist Ecstasy dagegen nicht die Droge erster Wahl. Hier zeigen sich

im Vergleich zu Cannabis und zu den jungen Erwachsenen deutlich niedrigere Prävalenzwerte (5%), wobei die aktuelle Prävalenz von Cannabis nur geringfügig niedriger ist als die der 18-24jährigen, aber erheblich höher als die der Erwachsenen im Alter von über 25 Jahren. Ab diesem Alter fängt der Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten bereits an abzuklingen. Nach dem 30. Lebensjahr sind die 12-Monats-Prävalenzwerte nur noch sehr gering.

Die Entwicklung seit 1990 zeigt im Zeitvergleich für die 12-Monats-Prävalenz der 15-39jährigen nur einen geringen Zuwachs bei Cannabis, eine leichte Erhöhung bei Amphetaminen, LSD und Opiaten. Bezogen auf einzelne Altersgruppen sind es die Jüngeren (15-17 Jahre), bei denen im Vergleich zu 1990 der Cannabis- und Amphetaminkonsum zunimmt, während bei den Älteren (18-29 Jahre) der Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und LSD steigt.

Alkohol

Nimmt man als Kriterium für Abstinenz den Verzicht auf alkoholische Getränke in den letzten 12 Monaten, nimmt der Anteil von Personen ohne Alkoholkonsum bei den Männern mit dem Alter erwartungsgemäß ab. Bei den Frauen zeigt sich dagegen eher eine U- bis J-förmige Verteilung der 12-Monats-Abstinenz mit einem Minimum in der Altersgruppe der 30-39jährigen. Definiert man riskanten Alkoholkonsum über Grammgrenzen reinen Alkohols pro Tag (>20g für Frauen und >40g für Männer) liegen in der Gesamtstichprobe der 15-59jährigen in Hamburg 14,2% der Männer und 11,7% der Frauen über dieser kritischen Grenze. Männliche Konsumenten konsumieren im Durchschnitt mehr Alkohol (z.B. 3,1 Liter Bier pro Woche) als Frauen (1,3 Liter Bier pro Woche). Betrachtet man verschiedene Verfahren mit unterschiedlicher Zielsetzung bei der Bestimmung von Folgen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten - riskanter Alkoholkonsum (AUDIT), schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit (CAGE) sowie Mißbrauch und Abhängigkeit (DSM-IV) - ergeben sich unterschiedliche Werte. Nach der allgemeinsten Definition des AUDIT, der riskanten Alkoholkonsum inklusive Mißbrauch und Abhängigkeit erfaßt, fallen 22,6% der 15-59jährigen unter dieses Kriterium, nach dem CAGE haben 6% einen schädlichen Gebrauch oder sind alkoholabhängig und nach DSM-IV erhalten 3,4% die Diagnose Abhängigkeit und 7,5% die Diagnose Mißbrauch. Während im AUDIT das Trinkverhalten, d.h. Trinkmenge und Trinkfrequenz, in das Verfahren eingehen, werden im CAGE (vier Items) und für die DSM-Diagnose (sieben Kriterien) Symptome wie Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen, gescheiterte Abstinenz-/Kontrollversuche etc. erfaßt.

Für den von der WHO entwickelten Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) wurde ursprünglich ein Cut-off-score von 11 Punkten vorgeschlagen, der später revidiert und auf 8 Punkte verringert wurde (Saunders et al., 1993). Validierungen wurden an klinischen Populationen sowie an verschiedenen nicht-klinischen Untergruppen vorgenommen (vgl. Conigrave, Hall & Saunders, 1995). Daneben fand der AUDIT in jüngster Zeit auch Anwendung in Populationssurveys in Australien (Fleming, 1996) und Finnland (Holmila, 1995), die beide schriftlich mit selbstauszufüllenden Fragebogen durchgeführt wurden.

Mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe nehmen die Anteile positiver Scores im AUDIT mit dem Alter leicht ab. Dies steht im Gegensatz zu dem Ergebnis, daß der Anteil starken Trinkkonsums mit dem Alter zunimmt. Hier spielen möglicherweise wie in allen Erhebungen zum Konsum von Alkohol und illegalen Drogen das Problem des Underreportings und des Antwortverhaltens (Verweigerung, unterschiedliche

Erreichbarkeit problematischer Konsumenten) eine Rolle. Eine Lübecker Forschergruppe arbeitet z. Z. an der Validierung des AUDIT in der Allgemeinbevölkerung.

Der CAGE-Test ist mit vier Items der kürzeste Fragebogen zur Erfassung alkoholbedingter Probleme. In einer jüngst durchgeführten Studie in Lübeck wurde der CAGE mit guten Ergebnissen an einer Stichprobe von Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus validiert und mit anderen Screening-Tests wie dem SMAST (Short MAST, Michigan Alcoholism Screening Test) und dem LAST (Lübecker Alkoholabhängigkeits- und mißbrauchs-Screening-Test) verglichen (Rumpf et al., 1997). Die Fragen des CAGE beziehen sich jedoch auf irgendeinmal im Leben stattgefundenere Ereignisse zum Alkoholmißbrauch, sie unterscheiden nicht zwischen aktuellem und früherem Mißbrauch. Die in der Untersuchung in Hamburg eingeführte zeitliche Eingrenzung auf die letzten 12 Monate wurde unseres Wissens bisher in keiner anderen Untersuchung vorgenommen. Über die Eigenschaften des ursprünglichen CAGE als Screening Test in Bevölkerungsbefragungen ist wenig bekannt. Internationale Diagnostikinstrumente wie ICD oder DSM wurden dagegen schon häufig in Bevölkerungssurveys eingesetzt (Grant, 1997; Midanik et al., 1996; Holly et al., 1997). Im Gegensatz zur vorliegenden Studie (selbstauszufüllende Fragebogen) wurden die bisherigen Studien als Interviews und z.T. mit Unterstützung von Laptops durchgeführt.

Vergleiche der Häufigkeit des Alkoholkonsums zwischen 1990 und 1997 zeigen im Gegensatz zum Konsum illegaler Drogen keine wesentlichen Änderungen. Insgesamt scheint der mehrmalige Konsum von Bier pro Woche insbesondere in der Altersgruppe 18-29 Jahre etwas zurückzugehen. Die Prävalenz mehrmaligen Wein-/Sektkonsums pro Woche ist dagegen konstant geblieben. Aufgrund der Änderungen bei der Erfassung von Alkoholmengen lassen sich hier keine Zeitvergleiche vornehmen. Neben multiplen Querschnittsstudien der BZgA in Deutschland und von Infratest in Bayern (Schneider, Potthoff & Hoeltz, 1995), die seit 1973 einen stetigen Rückgang des häufigen Alkoholkonsums beobachten, weisen auch die Verbrauchsstatistiken (definiert als „Produktion abzüglich Ausfuhr zuzüglich Einfuhr“) in den letzten Jahren auf einen leichten Rückgang des Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols hin (Breitenacher, 1997).

Medikamente

Die Erfassung des Medikamentenkonsums in Repräsentativerhebungen stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Ohne Bezugnahme auf genaue Arzneimittelbezeichnungen und Hersteller lassen sich nur grobe Klassen nach der Wirkungsweise der Medikamente bilden. Weiterhin erfordert die Erfassung von Informationen über Tagesdosen, Indikationen und Dauer der Einnahme einen erheblich höheren Aufwand, als er in einer schriftlichen Befragung über sämtliche psychotrope Substanzen geleistet werden kann. Ohne Angaben von Indikationen geben in den letzten vier Wochen vor der Befragung insgesamt 13% der 15-59jährigen Befragten die häufige Einnahme von Medikamenten wie Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Abführmittel oder Appetitzügler an. Bei Frauen ist dieser Anteil mit 18% deutlich höher als bei Männern mit 8%. Wegen der in den beiden Untersuchungen unterschiedlichen Zeiträume für die Erfassung des Medikamentenkonsums wurde in diesem Zusammenhang auf Trendvergleiche verzichtet.

Tabak

Tabakkonsum wird wie der Gebrauch von Alkohol seit 1995 mit Hilfe eines Frequenz-Menge-Index

erfaßt. Demnach sind ca. 44% der Männer und 30% der Frauen im Alter zwischen 15 und 59 Jahre aktuelle Raucher. Durch eine starke Zunahme des Rauchens bei den Jugendlichen und einem gleichzeitig ebenso großen Rückgang des Rauchens bei den Erwachsenen, gibt es inzwischen keine Altersunterschiede mehr. Der Raucheranteil hat sich 1997 bei den 15-39jährigen auf 36% altersstabil eingependelt. Langjährige Trenduntersuchungen bei Jugendlichen (BZgA, 1994) zeigen bei 14-17jährigen zwischen 1973 und 1993 einen erheblichen Rückgang der Raucherprävalenz. Die Entwicklung in Hamburg weist indes entweder auf regionale Unterschiede oder aber auf eine generelle Trendwende des Rauchverhaltens bei Jugendlichen unter 18 Jahren hin.

7 Literaturverzeichnis

- Althoff, S. (1997). Quotenauswahlverfahren - Warum nicht?. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 19-32). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ayer, S., Gmel, G. & Schmid, H. (1997). Ecstasy und Techno - Eine Befragung in der französischsprachigen Schweiz. *Sucht*, 3, 182-190.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. B. & Grant, M. (1989). *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Breitenacher, M. (1997). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '98* (S. 9-18). Geesthacht: Neuland.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1994). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiederholungsbefragung 1993/1994. Köln: BZgA.
- Conigrave, K. M., Hall, W. D. & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: Choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349-1356.
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Ed.) (1997). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Lisbon: European Communities.
- Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A. & Drop, M. J. (1997). Inconsistencies in adolescents' self-reports of initiation of alcohol and tobacco use. *Addictive Behaviors*, 22, 613-623.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism - the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Fleming, J. (1996). The epidemiology of alcohol use in Australian women: Findings from a national survey of women's drinking. *Addiction*, 91, 1325-1334.
- Gmel, G. & Rehm, J. (1996). Zum Problem der Schätzung des Alters beim Drogeneinstieg in Querschnittsbefragungen am Beispiel der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41, 257-261.
- Grant, B. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 464-473.
- Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, T. A., Chou, P., Dufour, M. & Pickering, R. (1994). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1992. *Alcohol Health & Research World*, 18, 243-248.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland*. Schriftliche Erhebung 1995. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J. (1997a). Random-Route-Stichproben nach ADM. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 33-42). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Hoffmeyer-Zlotnik, J. (1997b). Quoten versus Random-Route. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 68-80). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Holly, A., Türk, D., Nelson, C. B., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 171-178.
- Holmila, M. (1995). Intoxication and hazardous use of alcohol: Results from the 1992 Finnish Drinking Habits Study. *Addiction*, 90, 785-792.
- Hurrelmann, K. (1994). Alkohol: Risikoverhalten im Jugendalter. *Drogen-Report*, 2, 12-16.
- Kandel, D. B. & Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. In C. L. Jones & R. J. Battejes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. (ADM) 85-1335, pp. 193-235). Washington: Government Printing Office.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Highes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Koch, A. (1997). ADM-Design und Einwohnermelderegister-Stichprobe. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 99-116). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kraus, L. (1997). Prävalenzschätzungen zum Konsum illegaler Drogen in Europa. *Sucht*, 43, 329-341.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G. (1998). *Epidemiologie des Drogenkonsums. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996*. Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Herbst, K. (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben? Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980-1995. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 20-29.
- Lachnit, G. & Kampe, H. (1996). Konsumorientierung und Suchtgefährdung. *Sucht*, 42, 6-19.
- Margolin, B. H. (1988). Trend in proportion, test for. In S. Kotz & N. L. Johnson (Eds.), *Encyclopedia of statistical sciences* (Vol. 9, pp. 334-336). New York: Wiley.
- Midanik, L. T., Tam, T. W., Greenfield, Th. K. & Caetano, R. (1996). Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US national sample. *Addiction*, 91, 1427-1437.
- Perkonig, A., Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, Ch. B. & Pfister, H. (1997). Prävalenz von Drogenmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnose und Auftreten erster Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 247-257.
- Robins, L. N. & Przybeck, T. R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In C. L. Jones & R. J. Battejes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. (ADM) 85-1335, pp. 178-192). Washington: Government Printing Office.
- Robins, L. N., Locke, B. Z. & Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In: L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.) *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 328-366). New York: Free Press.

- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A. & John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 894-898.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Dt. Bearb.) (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Hofgrefe: Göttingen.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schneider, R., Potthoff, P. & Hoeltz, J. (1995). Was trinken Jugendliche in Deutschland? *Ernährungsumschau*, 42, 208-211.
- Schneller, J. (1997). Stichprobenbildung nach dem repräsentativen Quoten-Verfahren. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 5-18). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schumann, J., Scherer, K., Bühringer, G. & Kröger, Ch. (1994). *Evaluation der Kampagne KEINE MACHT DEN DROGEN*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Schuster, P. & Wittchen, H.-U. (1996). Ecstasy- und Halluzinogengebrauch bei Jugendlichen - Gibt es eine Zunahme? *Verhaltenstherapie*, 6, 222-232.
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin (1996). Pressemitteilung vom 27.12.1996.
- Shah, B., Barnwell, B. & Bieler, G. (1997). *SUDAAN User's Manual, Release 7.5*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Simon, R., Bühringer, G. & Wiblishauser, P. M. (1991). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Simon, R., Herbst, K. & Grieb, L. (1992). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Regionalauswertung für die Hansestadt Hamburg*. IFT-Bericht Bd. 63, München: IFT.
- Simon, R., Tauscher, M. & Gessler, A. (1997). *Suchtbericht Deutschland 1997*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Tossmann, H.-P. & Heckmann, W. (1997). *Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene*. Köln: BZgA.
- Tossmann, H.-P. (1997). Ecstasykonsummuster, Konsumkontexte und Komplikationen. Ergebnisse der Ecstasy-Infoline. *Sucht*, 2, 121-129.
- Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Repräsentativerhebung 1993/94*. Wien: Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., Anthony J. C. & Nelson, C. B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 52, 219-229.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegglänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.