

Ludwig Kraus
Alexander Pabst
Elena Gomes de Matos
Daniela Piontek

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

2012 Epidemiological Survey of Substance Abuse
in the Adolescent and Adult Population of Berlin

Epidemiologischer Suchtsurvey 2012.
Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch
psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen
in Berlin¹

2012 Epidemiological Survey of Substance Abuse
in the Adolescent and Adult Population of Berlin

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

IFT Institut für Therapieforschung, München

Fassung vom 25. 02. 2014

1) Gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 185

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). *Suchthilfestatistik 2010. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 180). München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	11
Vorwort.....	13
Kurzfassung	15
Summary	17
1 Einleitung	19
2 Methode	21
3 Illegale Drogen	33
4 Alkohol	39
5 Tabak	49
6 Medikamente	57
7 Diskussion.....	63
8 Literatur.....	73
9 Anhang: Instrumente.....	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Berlin 2012.....	21
Tabelle 2-2:	Demographische Verteilung der Bruttostichprobe, der Nettostichprobe (ungewichtet und gewichtet) und der Grundgesamtheit sowie die Bruttorealisierung	24
Tabelle 2-3:	Soziodemographische Merkmalsverteilung in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Bevölkerung (in Prozent)	25
Tabelle 2-4:	Epidemiologischer Suchtsurvey in Deutschland-West (1990) und in Berlin (1995-2012)	30
Tabelle 2-5:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Berlin 1990-2012	31
Tabelle 3-1:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen	34
Tabelle 3-2:	12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums, auf Konsumenten bezogen	35
Tabelle 3-3:	Anteil der Personen mit einer cannabisbezogenen Störung nach DSM-IV.....	36
Tabelle 3-4:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 15- bis 39-Jährigen, 1990-2012	37
Tabelle 3-5:	Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 15- bis 17-Jährigen, 1990-2012	37
Tabelle 3-6:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von cannabisbezogenen Störungen nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012	38
Tabelle 4-1:	Verteilung des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)	39
Tabelle 4-2:	Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen in den letzten 30 Tagen	40
Tabelle 4-3:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter (Konsumenten der letzten 30 Tage).....	41
Tabelle 4-4:	Häufigkeit des Rauschtrinkens nach Konsumkategorien (durchschnittliche Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage).....	41
Tabelle 4-5:	Anteil der Personen mit einer alkoholbezogenen Störung nach DSM-IV.....	43
Tabelle 4-6:	Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht	44
Tabelle 4-7:	Durchschnittliche tägliche Reinalkoholmenge in Gramm nach Geschlecht und Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	44

Tabelle 4-8: Riskanter Konsum und Rauschtrinken nach Sozialschicht (Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage)	44
Tabelle 4-9: Trends des Alkoholkonsums 15- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2012.....	45
Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 15- bis 59-Jähriger, 1995-2012	46
Tabelle 4-11: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei 18- bis 59- Jährigen, 1995-2012	47
Tabelle 4-12: Trends der 12-Monats-Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012	47
Tabelle 4-13: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag).....	48
Tabelle 4-14: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen.....	48
Tabelle 5-1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher	49
Tabelle 5-2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)	50
Tabelle 5-3: Anteil der Personen mit Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV	53
Tabelle 5-4: Anteil der Nichtraucher, Raucher und Exraucher nach Geschlecht und Sozialschicht	53
Tabelle 5-5: Prävalenz des täglichen Zigarettenrauchens nach Geschlecht und Sozialschicht	54
Tabelle 5-6: Prävalenz des Rauchens von täglich 20 oder mehr Zigaretten nach Sozialschicht	54
Tabelle 5-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens, 1990-2012	55
Tabelle 5-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag, 1990-2012	56
Tabelle 5-9: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012.....	56
Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme	57
Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schmerzmitteln nach DSM-IV	59
Tabelle 6-4: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schlafmitteln nach DSM-IV	59
Tabelle 6-5: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Beruhigungsmitteln nach DSM-IV	60

Tabelle 6-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme 18- bis 59-Jähriger, 1995-2012	61
Tabelle 6-7: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums.....	36
Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen.....	42
Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer.....	43
Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen.....	51
Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer.....	51
Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen.....	52
Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer.....	52

Vorwort

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) wird seit den 80er Jahren in regelmäßigen Zeitabständen der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands erfasst. Damit ergänzt der Survey als wichtige Datenquelle die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Darüber hinaus bietet er die Möglichkeit, die spezifische Situation des Substanzkonsums auf Ebene der Bundesländer zu beobachten. Berlin beteiligt sich mit der aktuellen Erhebung bereits zum vierten Mal mit einer erweiterten Stichprobe am ESA und erlaubt damit nicht nur aktuelle Schätzungen zum Ausmaß des Substanzkonsums sowie substanzbezogener Störungen, sondern darüber hinaus auch die Beurteilung deren Veränderungen seit dem Jahr 1990. Während der ESA auf Bundesebene auf den Erwachsenenbereich beschränkt ist, liegt die Altersuntergrenze in Berlin bei 15 Jahren. Dadurch können Konsumwerte eines ausgesprochen großen Altersbereichs direkt miteinander verglichen werden.

An der aktuellen Befragung des Epidemiologischen Suchtsurveys in Berlin nahmen insgesamt 1.024 Personen teil. Die Daten bieten eine gute Grundlage für die Planung und Umsetzung effektiver, zielorientierter Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention schädlichen Substanzgebrauchs. Der vorliegende Bericht leistet damit einen wesentlichen Beitrag für eine Bedarfsschätzung, für die Zuweisung von Ressourcen zu bestimmten Interventionen sowie die Implementierung verhältnispräventiver politischer Maßnahmen.

Dezember 2013

Prof. Dr. Ludwig Kraus

Kurzfassung

Seit den 1990er Jahren wurde die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) in regelmäßigen Zeitabständen so angelegt, dass differenzierte Analysen für das Bundesland Berlin vorgenommen werden können. Der Bericht beschreibt die aktuelle Verbreitung und Muster des Konsums von illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamenten. Weiterhin wird die zeitliche Entwicklung des Konsums und substanzbezogener Störungen untersucht. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 1.024 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 45,9 %.

Illegale Drogen

Von den 15- bis 64-jährigen Befragten berichteten 42,5 % über Erfahrungen mit illegalen Drogen, 12,2 % über den Konsum in den letzten 12 Monaten und 5,9 % über den Konsum in den letzten 30 Tagen. Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 11,3 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz. Etwa ein Viertel (24,6 %) der 30-Tage-Konsumenten hatte im letzten Monat täglich oder fast täglich Cannabis genommen. Für 0,8 % der Befragten wurde eine Cannabisabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV diagnostiziert. Insgesamt stieg die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei den 15- bis 39-Jährigen seit 1995 kontinuierlich von 21,0 % auf 55,7 %. Auch die 12-Monats-Prävalenz nahm zu. Anstiege fanden sich in Bezug auf fast alle illegalen Substanzen.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in der Allgemeinbevölkerung in Berlin weit verbreitet. Lediglich 4,6 % der Befragten konnten als lebenslang abstinent bezeichnet werden. Weitere 7,9 % hatten zwar Alkoholerfahrung, lebten aber im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent. Die Mehrheit der 15- bis 64-Jährigen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 24 g (Männer) bzw. 12 g (Frauen) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 16,8 % der Männer und 19,5 % der Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 42,9 % der Männer und 27,7 % der Frauen. Nach den Kriterien des DSM-IV wurden bei 3,6 % der 15- bis 64-Jährigen eine Alkoholabhängigkeit und bei 5,4 % ein Missbrauch festgestellt. Männer hatten verglichen mit Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko eines Missbrauchs, während sich die Abhängigkeitsraten nicht zwischen den Geschlechtern unterschieden. Schichtspezifische Analysen belegen einen erhöhten Anteil Abstinenter in der niedrigen Sozialschicht. Gleichzeitig zeigten Konsumenten dieser Gruppe jedoch ein ungünstigeres Trinkverhalten als Konsumenten höherer Sozialschichten. Seit 1995 kam es zu einer Verschiebung des Alkoholkonsums hin zu einem höheren Anteil risikoarmer und einem niedrigeren Anteil riskant Konsumierender.

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 39,2 % der 15- bis 64-jährigen Männer und 28,4 % der gleichaltrigen Frauen. Zu den ehemaligen Rauchern zählten 27,4 % der Männer und ebenso viele (27,8 %) Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rau-

chen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (31,8 % vs. 19,8 %). Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV wurde bei 13,9 % der Befragten geschätzt (Männer: 17,0 %, Frauen: 10,8 %). Ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Rauchen zeigt sich in einem höheren Raucheranteil sowie einem höheren Anteil starker Raucher in der niedrigen Sozialschicht. In allen untersuchten Altersgruppen war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten. Keine signifikanten Veränderungen gegenüber dem Jahr 2000 zeigen sich bezüglich der Nikotinabhängigkeit.

Medikamente

Etwa zwei Drittel (65,5 %) aller Befragten nahmen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) ein und 23,4 % der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung ein Medikament mindestens einmal pro Woche eingenommen zu haben. Allgemein berichteten Frauen und Personen des mittleren Erwachsenenalters über einen häufigeren Medikamentengebrauch als Männer bzw. andere Altersgruppen. Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen. Eine medikamentenbezogene Störung bestand ebenfalls am häufigsten in Bezug auf Schmerzmittel. Die Raten lagen bei 2,7 % für Abhängigkeit und 11,1 % für Missbrauch. Trendvergleiche der mindestens einmal wöchentlichen Einnahme zwischen 1995 und 2012 zeigen einen Anstieg in Bezug auf Schmerzmittel und einen Rückgang bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Appetitzüglern. Die Prävalenzen medikamentenbezogener Störungen blieben gegenüber dem Jahr 2000 unverändert.

Summary

Since the 1990ies the sample of the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) has been enlarged repeatedly to allow separate estimations for the state of Berlin. The report describes current use and consumption patterns of illicit drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. It also investigates temporal changes in consumption and substance-related disorders. The survey employed self-administered questionnaires, telephone interviews and online questionnaires in combination (mixed-mode-design). The response rate was 45.9 %, resulting in 1,024 respondents aged 15 to 64 years who participated in the study.

Illicit drugs

Overall, 42.5 % of the respondents aged 15 to 64 years reported lifetime illegal drug use; 12.2 % reported the use of illegal drugs within the last twelve months, and 5.9 % within the last 30 days. With a 12-months prevalence of 11.3 % cannabis was the most commonly consumed illegal drug. Approximately a quarter (24.6 %) of past month cannabis users reported daily or almost daily consumption. According to the DSM-IV, 0.8 % of the respondents were classified as cannabis dependent. Overall, lifetime experience with illegal drugs among individuals aged 15 to 39 years increased from 21.0 % in 1995 to 55.7 % in 2012. 12-months prevalence increased as well. These changes over time affected nearly all illegal substances.

Alcohol

Alcohol use is wide-spread among the general population of Berlin. Only 4.6 % of respondents were lifetime abstainers. Another 7.9 % had already drunk alcohol, but not within the past twelve months. The majority of respondents aged 15 to 64 years reported an average daily intake below the volume of 24g ethanol for males and 12g for females, which can be considered as a threshold for risky consumption. Drinking above these limits was reported by 16.8 % of males and 19.5 % of females. Heavy episodic drinking (five alcoholic drinks on one day) within the last 30 days was prevalent in 42.9 % of males and 27.7 % of females. Applying DSM-IV criteria, 3.6 % of respondents were diagnosed as alcohol dependent and 5.4 % as alcohol abusing. Males had an increased risk for abuse compared to females, whereas dependence rates were comparable. Socioeconomic differences emerged with higher abstinence rates in the lower status group, but also a higher risk for disadvantageous drinking patterns among consumers within this group. Overall, drinking behavior has moved towards a less risky consumption since 1995.

Tobacco

Overall, 39.2 % of males aged 15 to 64 years and 28.4 % of females of the same age group reported having smoked during the last 30 days. Another 27.4 % of males and just as many females (27.8 %) reported former smoking. Male cigarette smokers reported heavy smoking (at least 20 cigarettes per day) more often than female smokers (31.8 % vs. 19.8 %). Altogether, 13.9 % of respondents fulfilled DSM-IV criteria for nicotine dependence (males: 17.0 %, females: 10.8 %). Higher smoking prevalence and higher prevalence of heavy smoking could be observed in the lowest socioeconomic group in both males and females. Within

all age groups, tobacco use as well as heavy use declined over the last years. With regard to nicotine dependence, there were no significant changes compared to the year 2000.

Prescription drugs

About two thirds (65.5 %) of study participants consumed one or more prescription drugs of the assessed categories (analgesics, hypnotics, tranquillizers, stimulants, anorectics, antidepressants, and neuroleptics) within the past 12 months, and 23.4 % reported an intake at least once per week during the past 30 days. Females and middle aged adults used prescription drugs more often than males and individuals of other age groups. Analgesics were by far most widely used, and were also responsible for most prescription drug use disorders. Prevalence was 2.7 % for analgesics dependence and 11.1 % for abuse. Trend analyses of at least weakly consumption revealed an increase for analgesics use and a decrease for hypnotics, tranquilizers and anorectics use. The prevalence of dependence and abuse remained stable compared to 2000.

1 Einleitung

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

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

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

Das Monitoring des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen ist von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Es liefert die Grundlage für die Beurteilung des Ausmaßes substanzbezogener gesundheitlicher Schäden in der Bevölkerung und in bestimmten Teilgruppen. Auf dieser Grundlage können Entscheidungen für die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Maßnahmen zur Minimierung substanzbezogener Probleme getroffen werden. Mit

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

In Berlin liegen mit fünf Erhebungen seit 1990 Daten über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahrzehnten vor. Im vorliegenden Bericht werden aktuelle Daten zum Substanzkonsum und den negativen Folgeerscheinungen für das Jahr 2012 sowie zeitliche Entwicklungen des Konsumverhaltens seit dem Jahr 1990 anhand ausgewählter Indikatoren dargestellt.

2 Methode

Die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 wurde hinsichtlich der Fallzahlen in Berlin erweitert, so dass Aussagen für die Wohnbevölkerung dieses Bundeslands möglich sind. Dazu wurde die Realisierung von 1.200 Befragungen angestrebt. Tabelle 2-1 zeigt im Überblick das Altersspektrum, den Stichprobenumfang, die Responserate, das Stichprobenverfahren und die Erfassungsmethode des Epidemiologischen Suchtsurveys in Berlin für das Jahr 2012.

Tabelle 2-1: Übersicht über den Epidemiologischen Suchtsurvey in Berlin 2012

Alter	n	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
15-64	1.024	45,9 %	Einwohnermeldestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2013

Stichprobe

Die Datenbasis des ESA für Berlin bilden alle in Privathaushalten lebenden Personen, die in den Jahren zwischen 1948 und 1997 geboren wurden. Diese Altersgruppe umfasst etwa 2,3 Mio. Personen (Stand 31.12.2011, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Die Durchführung der Erhebung für die Aufstockungsstichprobe in Berlin wurde entsprechend der Bund-Studie durchgeführt. Dabei wurden die Zielpersonen in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. In einer ersten Stufe wurden elf Stadtteile (Sample-Points) ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt aus den Einwohnermelderegistern. Die Zahl der Sample-Points wurde proportional zur Anzahl der Zielpersonen gewählt und jedem ausgewählten Sample-Point wurde die gleiche Anzahl an Personen entnommen. Durch die bevölkerungsproportionale Verteilung der Sample-Points erhält man bei Auswahl einer konstanten Anzahl von Zielpersonen im Ergebnis eine selbstgewichtende Stichprobe. Dieses Verfahren gewährleistet eine größtmögliche geografische und siedlungsstrukturelle Proportionalität der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit.

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

Design

Die Daten wurden im Zeitraum von April bis August 2012 durch infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH erhoben. Die Durchführung erfolgte im Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Online-Befragung. Hierfür wurde die Stichprobe nach einer Telefonnummernrecherche in einen schriftlichen und einen telefonischen Arm geteilt. Allen

Zielpersonen des schriftlichen Arms wurde mit einem Anschreiben der Fragebogen postalisch zugesandt. Anschließend erfolgte ein gestuftes Verfahren, in dem alle Personen ohne Rücklauf 3mal postalisch an den Fragebogen erinnert wurden. Zusätzlich wurde den Zielpersonen über die Erinnerungsschreiben die Möglichkeit einer Beantwortung des Fragebogens am Telefon bzw. im Internet angeboten. Die Zielpersonen des telefonischen Arms erhielten vorab ein Anschreiben mit allen Informationen zur Studie, in dem eine telefonische Kontaktaufnahme durch das Feldinstitut angekündigt wurde. Im Rahmen der telefonischen Kontaktierung, die bis zum Feldende lief, wurde Personen, die sich nicht unmittelbar befragen ließen, die Möglichkeit einer Beantwortung des Fragebogens in schriftlicher Form bzw. im Internet angeboten. An Zielpersonen, die nach 30 Kontaktversuchen nicht erreicht werden konnten oder die in der telefonischen Kontaktierung mitteilten, dass sie den Fragebogen nur schriftlich oder online beantworten wollten, erfolgte der postalische Versand des schriftlichen Fragebogens und des Online-Zugangscodes.

Von 27,9 % (n = 829) der insgesamt in Berlin gezogenen Einsatzadressen (N = 2.969) lag vor Beginn der Studie eine Telefonnummer vor. Die verbleibenden 72,1 % (n = 2.140) erhielten den Fragebogen postalisch. Insgesamt nahmen 1.026 Personen (34,6 %) an der Befragung teil. Davon wurden 24,4 % (n = 250) der Interviews telefonisch realisiert, 65,0 % (n = 667) der Personen beantworteten den Fragebogen schriftlich und 10,6 % (n = 109) im Internet. Als Resultat der Datenprüfung wurden zwei Personen ausgeschlossen, deren Fragebögen nicht auswertbar waren. Somit verblieben 1.024 Fragebögen/Interviews als Basis für die Datenauswertung.

Antwortrate

Die Antwortrate ergibt sich als Verhältnis der Nettostichprobe zur um die neutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe. Für 59,4 % (n = 1.765) der Adressen der Bruttostichprobe (N = 2.969) lag nach Abschluss der Feldarbeiten eine Information über die (Nicht-) Teilnahme an der Studie vor. Der Anteil stichprobenneutraler Ausfälle (unbekannte Adressen, unvollständige Telefonnummern, Zielperson nicht deutschsprachig, verstorben, nicht in der angestrebten Altersgruppe) an diesen Personen betrug 54,9 % (n = 440). Dieser Anteil diente als Schätzwert für die stichprobenneutralen Ausfälle an Personen, von denen bis zum Feldende keine Information vorlag (n = 1.204, 40,6 %). Aufgrund dieser Schätzung erhöhte sich die Anzahl stichprobenneutraler Ausfälle um n = 300 Personen, so dass insgesamt 740 Zielpersonen als geschätzte neutrale Ausfälle angenommen wurden und sich die Bruttostichprobe auf 2.229 Personen (75,1 %) reduzierte. Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle ergibt sich somit eine Antwortrate von 45,9 %, die geringer ausfiel als die Ausschöpfung der Bund-Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (53,6 %).

Non-response-Analysen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 weisen auf eine höhere Teilnahmebereitschaft von Personen mit Alkohol- und Cannabiskonsum im Vergleich zu abstinent lebenden Personen hin. Zudem wiesen Teilnehmer an der Studie eine niedrigere Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens und Schlafmittelgebrauchs sowie geringere Tabakkonsummengen auf als Nicht-Teilnehmer. Hinsichtlich des Befragungsmodus deuten die Analysen auf eine geringere Prävalenz des Substanzkonsums unter telefonisch und im

Internet Befragten im Vergleich zu schriftlich Befragten hin (Kraus, Piontek et al., 2013c). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Alkohol- und Drogenkonsumenten in der realisierten Stichprobe überrepräsentiert und dass Verzerrungen im Antwortverhalten durch Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungsmodi nicht auszuschließen sind.

Gewichtung

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

In Tabelle 2-2 sind die Verteilung von Geburtsjahrgang und Geschlecht in der Bruttostichprobe, der ungewichteten und gewichteten Nettostichprobe sowie der Grundgesamtheit (nach Auskunft des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg) dargestellt. Aufgrund der disproportionalen Ziehung ergeben sich in der ungewichteten Stichprobe deutliche Abweichungen zur Grundgesamtheit bezüglich der Verteilung der Geburtsjahrgänge. Dabei sind jüngere Personen über- und ältere Personen unterrepräsentiert. In der gewichteten Stichprobe stimmen die Jahrgangsguppenverteilungen bei Männern und Frauen sehr gut mit der Verteilung in der Grundgesamtheit überein. Die Bruttorealisierung² ist bei männlichen Befragten im mittleren Erwachsenenalter und bei weiblichen Befragten in den jüngsten Kohorten am geringsten.

Tabelle 2-3 stellt die ungewichtete und gewichtete Stichprobe anhand ausgewählter soziodemographischer Merkmale gegenüber. Für die Variablen Staatsbürgerschaft und Familienstand stehen zudem Vergleichswerte der Bevölkerung (nach Auskunft des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg) zur Verfügung. Aufgrund des disproportionalen Ansatzes mit überproportional vielen jungen Erwachsenen ist der Anteil Lediger in der ungewichteten Stichprobe höher und der Anteil Verheirateter geringer als in der Grundgesamtheit. Dieses Missverhältnis kann durch die Gewichtung nur teilweise ausgeglichen werden. Unterrepräsentiert sind in der gewichteten Stichprobe zudem Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Die Berücksichtigung des höchsten Schulabschlusses im Poststratifikationsgewicht spiegelt sich

² Die Bruttorealisierung entspricht dem Prozentsatz der realisierten Befragungen an der Einsatzstichprobe unter Ausschluss aller neutralen Ausfälle.

vor allem in einem höheren Anteil an Personen mit Hauptschulabschluss im Vergleich zur ungewichteten Stichprobe wider. Der geringere Anteil an Personen in Schulausbildung in der gewichteten Stichprobe ist vermutlich auf die Herabgewichtung jüngerer Altersgruppen zurückzuführen.

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

	Bruttostichprobe ohne neutrale Ausfälle		Ungewichtet			Gewichtet		Anteil an der Bevölkerung ¹⁾
	n	%	n	Bruttoreali- sierung	% der Befragten	n	%	%
Insgesamt	2.525	100,0	1.024	40,6	100,0	1.024	100,0	100,0
Männer, gesamt	1.262	50,0	437	34,6	42,7	517	50,4	50,3
1995 - 1997	229	9,1	82	35,8	8,0	18	1,7	1,7
1992 - 1994	106	4,2	36	34,0	3,5	18	1,7	1,9
1988 - 1991	106	4,2	43	40,6	4,2	37	3,6	4,0
1983 - 1987	202	8,0	52	25,7	5,1	59	5,7	5,9
1973 - 1982	211	8,4	60	28,4	5,9	112	11,0	10,9
1963 - 1972	205	8,1	69	33,7	6,7	125	12,2	12,2
1953 - 1962	112	4,4	50	44,6	4,9	105	10,2	9,8
1948 - 1952	91	3,6	45	49,5	4,4	44	4,3	4,0
Frauen, gesamt	1.263	50,0	587	46,5	57,3	508	49,6	49,7
1995 - 1997	182	7,2	63	34,6	6,2	16	1,6	1,6
1992 - 1994	106	4,2	41	38,7	4,0	17	1,7	1,9
1988 - 1991	96	3,8	48	50,0	4,7	40	3,9	4,3
1983 - 1987	200	7,9	93	46,5	9,1	62	6,1	6,1
1973 - 1982	212	8,4	99	46,7	9,7	107	10,4	10,4
1963 - 1972	234	9,3	125	53,4	12,2	116	11,3	11,4
1953 - 1962	127	5,0	59	46,5	5,8	103	10,1	9,7
1948 - 1952	106	4,2	59	55,7	5,8	46	4,5	4,4

¹⁾ Bevölkerung: Stand 31.12.2011.

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

		Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe			Bevölkerung ¹⁾ (15- bis 64-Jährige)		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Staatsbürgerschaft	Deutsch	90,6	90,6	90,6	90,6	88,8	92,5	82,8	82,6	83,1
	Andere	9,4	9,4	9,4	9,4	11,2	7,5	17,2	17,4	16,9
Familienstand	Ledig	56,7	60,6	53,8	45,5	47,3	43,7	50,1	54,0	46,1
	Verheiratet	32,2	31,6	32,7	41,1	42,2	39,9	37,6	36,0	39,3
	Verwitwet	1,5	0,7	2,0	2,5	0,7	4,4	1,5	0,6	2,4
	Geschieden	6,6	4,8	8,0	9,1	8,6	9,5	10,7	9,3	12,1
	K.A.	2,9	2,3	3,4	1,9	1,3	2,5	0,0	0,0	0,0
Schulabschluss ²⁾	In Schulausbildung	14,0	16,7	11,9	4,5	3,9	5,1			
	Hauptschulabschluss/POS bis 9. Klasse	6,8	6,9	6,8	20,3	19,5	21,0			
	Mittlere Reife/POS 10. Klasse	27,2	25,9	28,1	25,1	23,9	26,2			
	(Fach-) Abitur	49,3	46,7	51,3	46,3	46,5	46,1			
	Ohne Abschluss	0,7	1,6	0,0	2,0	3,9	0,0			
	Anderer Abschluss	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3			
	K.A.	0,6	0,9	0,3	0,5	0,7	0,3			
Haushaltsnettoeinkommen ²⁾	Unter 500	2,3	2,5	2,2	2,1	2,3	1,9			
	500-1.000	9,6	9,4	9,7	10,9	11,3	10,5			
	1.000-1.250	6,9	5,7	7,8	8,0	6,7	9,3			
	1.250-1.500	7,0	6,2	7,7	7,7	6,7	8,7			
	1.500-2.000	13,1	12,6	13,5	13,1	12,9	13,2			
	2.000-2.500	13,4	12,1	14,3	14,3	14,1	14,6			
	2.500-3.000	8,4	8,7	8,2	8,1	6,9	9,3			
	3.000-4.000	15,0	14,0	15,8	13,7	12,5	15,0			
	4.000 und mehr	14,4	18,1	11,6	16,1	21,5	10,7			
	K.A.	9,9	10,8	9,2	5,9	5,0	6,7			

¹⁾ Bevölkerung: Stand 31.12.2011, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

²⁾ Bevölkerungsstatistiken nicht erhältlich.

K.A. keine Angabe

Instrumente

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

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

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

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

Alkohol. Mit einem getränkesspezifischen Menge-Frequenz-Index wurde der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen sowie in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung erfasst. Erfragt wurden die Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke sowie die durchschnittlich konsumierte Menge jedes Getränketyps pro Trinktag. Neben Bier, Wein/Sekt und Spirituosen wurden alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks, Cocktails oder Bowle) als Getränkesorte erfasst. Aus den Angaben zu Frequenz und Menge des Konsums der einzelnen Getränke lässt sich die Gesamtmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Für die Umrechnung von Liter pro Getränk in Gramm Reinalkohol wurde für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen ein Alkoholgehalt von 4,8 Vol %, 11,0 Vol % bzw. 33,0 Vol % angenommen. Daraus ergibt sich pro Liter des jeweiligen

Getränks eine Menge von 38,1 g, 87,3 g bzw. 262,0 g Reinalkohol (Bühringer et al., 2000). Für alkoholhaltige Mixgetränke wurde ein 0,04 Liter-Glas Spirituosen zu Grunde gelegt, was bei Annahme einer durchschnittlichen Cocktailglasgröße von 0,4 Litern etwa 26,2 g Reinalkohol pro Liter alkoholische Mixgetränke entspricht. Zudem wurden Alkoholkonsumenten gebeten, das Alter des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums anzugeben.

Auf Basis der Prävalenzwerte sowie der durchschnittlichen Tagesmenge wurde das individuelle Trinkverhalten eingeteilt in „*lebenslang abstinent*“ (kein Alkoholkonsum jemals im Leben), „*nur letzte 12 Monate abstinent*“ (jemals Alkohol konsumiert, aber nicht in den letzten 12 Monaten), „*nur letzte 30 Tage abstinent*“ (Alkohol in den letzten 12 Monaten konsumiert, aber nicht in den letzten 30 Tagen), „*risikoarmer Konsum*“ (Männer: >0-24 g, Frauen: >0-12 g Reinalkohol pro Tag) und „*riskanter Konsum*“ (Männer: >24 g, Frauen: >12 g Reinalkohol pro Tag). Die hier verwendeten Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum werden in der Literatur als Schwellendosis im Umgang mit Alkohol diskutiert, bei deren Einhaltung ein relativ geringes Risiko für die Entwicklung alkoholbedingter Gesundheitsprobleme besteht (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008).

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

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

Medikamente. Gebrauchsprävalenzen für den Zeitraum der letzten 12 Monate sowie der letzten 30 Tage vor der Befragung wurden für Schmerzmittel (Analgetika), Schlafmittel (Hypnotika), Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Anregungsmittel (Analeptika), Appetitzügler (Anorektika), Antidepressiva, Neuroleptika und Anabolika (Anabole Steroide) ermittelt. Die Häufigkeitsangaben zum Gebrauch in den letzten 30 Tagen erlauben eine Prävalenzschätzung der mindestens wöchentlichen Einnahme dieser Medikamente. Zur Erleichterung der Zuordnung von Medikamenten wurde eine Liste mit den gebräuchlichsten Präparaten und deren Zugehörigkeit zu den oben genannten Gruppen vorgegeben.

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

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

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

Psychische Störungen. Als Screening-Instrument für psychische Störungen wurde die von den Autoren ins Deutsche übersetzte Version des K6 (Kessler et al., 2002) verwendet. Das Instrument umfasst sechs Items und erfasst, wie häufig Personen innerhalb der letzten 30

Tage Symptome von unspezifischem, sozioemotionalem Distress (z.B. Rastlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit) erlebt haben.

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

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

Auswertung

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

Trends

Für Trendanalysen wurden die Daten der Aufstockungen des Epidemiologischen Suchtsurveys in Berlin in den Jahren 1995, 2000, 2006 und 2012 herangezogen. Zudem wurden die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys für Berlin von 1990 verwendet. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick über die Stichprobenkennwerte der Berlin-Studien von 1995, 2000, 2006 und 2012 sowie der Erhebung des bundesweiten Epidemiologischen Suchtsurveys im Jahr 1990.

Tabelle 2-4: Epidemiologischer Suchtsurvey in Deutschland-West (1990) und in Berlin (1995-2012)

Jahr	n	Region	Alter	Antwort-rate	Stichprobenziehung	Referenz
1990	19.208	Deutschland West	12-39	63,8 %	Einwohnermehdestichprobe; altersproportionale Ziehung; postalischer Fragebogenversand; dt. Staatsangehörigkeit	(Simon & Wiblishauser, 1993)
1995	1.060	Berlin	15-59	65,0 % ¹⁾	Random-Route; ADM-Design; disproportionale Stichprobe; persönliche Übergabe des Fragebogens; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus & Bauernfeind, 1998)
2000	1.159	Berlin	15-59	41,5 %	Einwohnermehdestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand; dt. sprechende Wohnbevölkerung	(Kraus, Augustin & Reese, 2001)
2006	1.183	Berlin	15-64	36,0 %	Einwohnermehdestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Nachbefragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner (2008)
2012	1.024	Berlin	15-64	45,9 %	Einwohnermehdestichprobe, disproportionale Stichprobe, postalischer Fragebogenversand, telefonische Interviews, Online-Befragung; dt. sprechende Wohnbevölkerung	Kraus, Piontek, Pabst & Gomes de Matos (2013c)

¹⁾ Basierend auf der Bund-Stichprobe (vgl. (Herbst, Kraus & Scherer, 1996).

Im Gegensatz zu den anderen Jahren fand im Jahr 1990 keine Aufstockung der Stichprobe statt. Die Daten für Berlin von 1990 wurden nach den Merkmalen Geschlecht und Alter (15-17, 18-24, 25-29, 30-39) poststratifiziert, um zu gewährleisten, dass die Stichprobenverteilung der zentralen Merkmale Geschlecht und Alter nicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Berlin im Jahr 1990 (Stand 31.12.1990) abweicht.

Die resultierenden Stichprobenumfänge für die Trendvergleiche in Berlin 1990 bis 2012 sind in Tabelle 2-5 nach Altersgruppen dargestellt. Das Befragungshöchstalter wurde im Laufe der Erhebungen sukzessive von 39 Jahre auf 64 Jahre angehoben. Deshalb können Trendanalysen ab 1990 für den Altersbereich 18-39 Jahre und ab 1995 für den Altersbereich 18-59 Jahre durchgeführt werden.

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

Alter	1990	1995	2000	2006	2012	Gesamt
	785 (15-39)	1.060 (15-59)	1.159 (15-59)	1.106 (15-59)	920 (15-59)	5.030
15-17	105	278	268	104	145	900
18-24	360	306	202	242	168	1.278
25-39	320	208	320	381	304	1.533
40-59	--	268	369	379	303	1.319
15-39	785	792	790	729	617	3.7116
15-59	--	1.060	1.159	1.106	920	4.245

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

Durch eine Gewichtungvariable wurden die Daten hinsichtlich Jahrgang, Geschlecht und BIK-Gemeindegroßenklasse an die Bevölkerungsverteilung des jeweiligen Jahres angeglichen. Im Unterschied zur Gewichtungvariable der Querschnittsanalysen geht Schulbildung nicht in die Gewichtungvariable der Trendanalysen ein, da dies erst ab dem Jahr 2012 möglich ist.

3 Illegale Drogen

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt zeigt sich, dass 42,5 % der befragten 15- bis 64-Jährigen zumindest einmal im Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder psychoaktive Pilze) genommen hatten. In den letzten 12 Monaten hatten 12,2 % und in den letzten 30 Tagen 5,9 % illegale Drogen konsumiert. Cannabis ist die mit Abstand am weitesten verbreitete Substanz. Der Anteil der Cannabiskonsumenten ist jeweils nur geringfügig niedriger als der für illegale Drogen insgesamt (Tabelle 3-1). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrenen mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 16,0 % liegt (12-Monate: 3,5 %, 30-Tage: 5,3 %), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt geringere Prävalenzen. Nach Cannabis haben 9,0 % Erfahrung mit Kokain 7,1 % mit Amphetaminen und Pilzen, 6,3 % mit Ecstasy und 5,2 % mit LSD. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen liegen mit Ausnahme von Cannabis und Kokain (12-Monate: 2,6 %) für alle anderen Substanzen jeweils unter 2 %.

Multiple Drogenerfahrung ist unter den 15- bis 39-Jährigen weit verbreitet. Jeder dritte Drogenkonsument (36,4 %) dieser Altersgruppe hat bereits zwei oder mehr illegale Drogen probiert, jeder Sechste (17,5 %) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert hatten, berichtete jeder Vierte (26,8 %) von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, 12,3 % von drei oder mehr und 6,8 % von fünf oder mehr. Mit multipler Drogenerfahrung ist nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) hatten etwa 997.000 (95 %-KI: 943.000 – 1,05 Mio.) Personen Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen, 287.000 (95 %-KI: 232.000 - 353.000) Personen gaben den Konsum irgendeiner illegalen Droge in den letzten 12 Monaten sowie 139.000 (95 %-KI: 116.000 - 166.000) Personen in den letzten 30 Tagen an. In den letzten 12 Monaten hatten 265.000 (95 %-KI: 220.000 - 318.000) Personen Cannabis und 82.000 (95 %-KI: 62.000 - 107.000) Personen andere illegale Drogen genommen.

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter und Geschlecht

Etwas mehr Männer als Frauen haben Lebenszeiterfahrung mit dem Konsum irgendeiner illegalen Droge (43,7 % vs. 42,5 %). Die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen für die letzten 12 Monate beträgt bei Männern 15,5 % und bei Frauen 9,0 %. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch in der Verteilung der Prävalenz des Drogenkonsums über das Alter. Mit Ausnahme der jüngsten Kohorte (15-17 Jahre) wird die Drogenerfahrung mit zunehmendem Alter geringer. Diese Konsumwerte gehen größtenteils auf Erfahrung mit Cannabis zurück. Beispielsweise hat nahezu jeder Zweite (46,4 %) in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen Erfahrung mit Cannabis, aber nur jeder Zehnte (11,2 %) mit anderen illegalen Drogen.

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

Lebenszeit	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	42,5	43,7	42,5	17,6	46,4	62,2	58,9	36,3	28,6
Cannabis	41,5	42,8	41,5	17,2	46,4	61,7	58,9	35,4	26,5
Andere Drogen als Cannabis ²⁾	16,0	17,2	16,0	3,6	11,2	23,0	25,3	14,4	10,6
Amphetamine	7,1	9,5	7,1	2,5	4,0	12,8	12,0	9,4	1,1
Ecstasy	6,3	7,7	6,3	0,0	6,8	13,0	13,8	4,0	0,4
LSD	5,2	6,2	5,2	0,0	0,9	7,9	8,8	2,8	5,6
Heroin	1,3	2,0	1,3	0,0	0,0	0,5	2,1	0,4	2,6
Andere Opiate	2,0	1,7	2,0	0,6	0,4	1,8	2,2	2,7	2,0
Kokain	9,0	11,4	9,0	0,6	4,2	15,9	17,6	9,5	2,2
Crack	0,4	0,3	0,4	0,0	0,0	0,5	1,3	0,4	0,0
Pilze	7,1	10,1	7,1	1,0	2,8	14,9	14,1	6,9	1,0
Spice ³⁾	0,6	0,7	0,6	0,6	2,4	0,8	0,8	0,0	0,0
12 Monate		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	12,2	15,5	9,0	17,0	25,7	24,4	18,6	6,4	1,6
Cannabis	11,3	14,0	8,5	16,7	24,9	22,0	17,3	5,4	1,6
Andere Drogen als Cannabis ²⁾	3,5	4,8	2,2	2,2	5,1	9,3	6,0	2,0	0,0
Amphetamine	1,6	2,5	0,7	1,7	2,5	3,8	3,1	0,6	0,0
Ecstasy	1,3	1,8	0,7	0,0	1,6	4,6	1,6	1,0	0,0
LSD	0,5	0,8	0,2	0,0	0,9	0,8	1,6	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,3	0,0
Andere Opiate	0,5	0,6	0,4	0,6	0,4	0,8	1,2	0,3	0,0
Kokain	2,6	3,8	1,4	0,6	2,2	7,5	6,0	1,0	0,0
Crack	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Pilze	0,5	0,5	0,5	0,5	2,2	0,8	0,8	0,0	0,0
Spice ³⁾	0,3	0,4	0,1	0,6	0,6	0,0	0,8	0,0	0,0
30 Tage		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	5,9	7,9	3,9	11,9	11,6	9,2	8,8	3,9	1,2
Cannabis	5,3	7,3	3,2	11,7	10,5	7,9	8,0	3,2	1,2
Andere Drogen als Cannabis ²⁾	1,5	1,5	1,6	0,5	4,3	2,8	2,5	0,7	0,0
Amphetamine	0,4	0,5	0,4	0,5	1,1	1,3	0,8	0,0	0,0
Ecstasy	0,5	0,9	0,1	0,0	0,7	2,3	0,8	0,0	0,0
LSD	0,2	0,3	0,1	0,0	0,6	0,0	0,8	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,3	0,2	0,0	0,4	0,8	0,0	0,3	0,0
Kokain	0,8	0,8	0,7	0,0	1,0	0,5	2,5	0,3	0,0
Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,0	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Spice ³⁾	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

¹⁾ Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze.²⁾ Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze.³⁾ Spice/Smoke/Space/Badesalze/Cathinone o.a.

Von den hochgerechnet 997.000 Personen mit Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen waren 516.000 Männer (95 %-KI: 471.000 - 562.000) und 481.000 Frauen (95 %-KI: 436.000 - 528.000). Von den Konsumenten der letzten 12 Monate waren 183.000 Männer (95 %-KI: 129.000 - 255.000) und 105.000 Frauen (95 %-KI: 83.000 - 132.000), bezogen auf die letzten 30 Tage war die Anzahl männlicher Drogenkonsumenten (93.000, 95 %-KI: 70.000 - 123.000) deutlich höher als die Anzahl weiblicher Drogenkonsumenten (46.000, 95 %-KI: 31.000 - 67.000).

Häufigkeit des Cannabiskonsums

Die Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten weist auf eine Gruppe mit einem problematischen Konsummuster hin. Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierten 45,2 % Cannabis mehr als 5mal, jeder Fünfte (21,2 %) mindestens wöchentlich (60mal oder öfter) und etwa jeder Elfte (9,0 %) täglich oder fast täglich (200mal oder öfter). Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung sind dies 24.000 (95 %-KI: 15.000 - 38.000) Personen mit (fast) täglichem Cannabiskonsum. Jeder Vierte (24,6 %) der 30-Tage-Konsumenten nahm im letzten Monat 20-30mal Cannabis, ein Siebtel (13,9 %) konsumierte Cannabis an 10 bis 19 Tagen des letzten Monats (Tabelle 3-2).

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

	n	Frequenz							
		1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	≥200x
12-Monats-Frequenz	141	20,2	34,6	11,4	4,9	7,5	8,0	4,2	9,0
	n	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-30x			
30-Tage-Frequenz	69	20,3	38,5	2,8	13,9	24,6			

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen für die beiden ältesten Altersgruppen geringer ist als für Jüngere (Abbildung 3-1). Während z.B. bis zum Alter von 20 Jahren nur 13,6 % der 50- bis 64-Jährigen und 9,9 % der 40- bis 49-Jährigen Cannabis probiert hatten, waren es bei den 30- bis 39-Jährigen 42,8 %. Zudem ist in jedem Lebensalter der Anteil der Konsumenten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen am höchsten. Mit 20 Jahren wiesen in dieser Gruppe 51,4 % der Personen Erfahrungen mit Cannabis auf. Unter den 15-17-Jährigen hatten 22,4 % bis zum 17. Lebensjahr schon Erfahrungen mit Cannabis. In der nächstälteren Gruppe waren es 31,1 %.

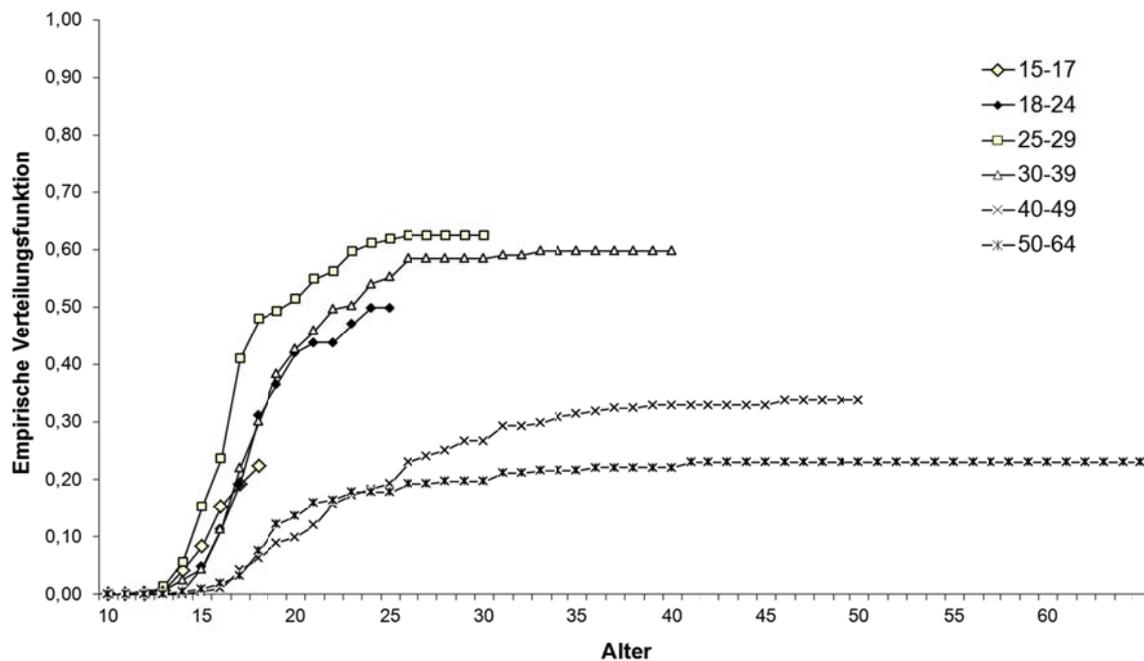


Abbildung 3-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums

Cannabisbezogene Störungen nach DSM-IV

Von den Befragten berichteten 11,3 %, in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Cannabis konsumiert zu haben. Verwendet man die Kriterien des DSM-IV, so weisen 0,8 % der Gesamtstichprobe eine Cannabisabhängigkeit auf (Tabelle 3-3). Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung liegen bei 20.000 Personen (95 % - KI: 12.000 - 32.000) Hinweise auf eine Cannabisabhängigkeit vor. Die Prävalenz von Cannabismissbrauch liegt bei 1,2 %, womit hochgerechnet von 28.000 Betroffenen (95 % - KI: 21.000-38.000) zwischen 15 und 64 Jahren ausgegangen werden kann.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1021	434	587	144	168	143	159	194	213
Missbrauch	1,2 (17)	1,6	0,8	2,1	4,4	2,1	1,2	0,0	0,6
	1022	435	587	144	168	143	159	194	213
Abhängigkeit	0,8 (12)	1,1	0,6	1,9	1,8	1,3	1,6	0,3	0,0

Trends

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen. In der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen hat die Lebenszeiterfahrung des Konsums irgendeiner illegalen Droge von 1995 (21,0 %) bis 2012 (55,7 %) bedeutend zugenommen (Tabelle 3-4). Auch die 12-Monats-Prävalenz ist deutlich gestiegen (1990: 8,2 %; 2012: 23,4 %). Vergleichbare Entwicklungen finden sich beim Konsum von Cannabis. Mit Ausnahme von Opiaten ist bei allen illegalen Substanzen von 1990 bis 1995 ein Rückgang und in den darauf folgenden Jahren ein Anstieg in den Lebenszeitprävalenzen zu verzeichnen.

Tabelle 3-4: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 15- bis 39-Jährigen, 1990-2012

		Erhebungsjahr				
		1990	1995	2000	2006	2012
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	Lebenszeit	21,7*	21,0*	44,8*	48,4*	55,7
	12 Monate	8,2*	10,7*	19,2	18,7	23,4
	30 Tage	--	6,9*	11,5	11,4	11,0
Cannabis	Lebenszeit	21,0*	20,2*	43,7*	47,3*	55,5
	12 Monate	7,7*	7,7*	18,6	17,5	21,9
	30 Tage	--	4,8*	11,0	10,3	9,9
Amphetamine	Lebenszeit	5,2*	2,5*	6,5	9,3	10,2
	12 Monate	0,8*	1,8	2,1	2,4	3,4
Ecstasy	Lebenszeit	--	7,5	8,8	9,9	11,4
	12 Monate	--	5,1*	4,3	2,8	2,6
LSD	Lebenszeit	4,9	2,3*	6,1	4,7	6,3
	12 Monate	0,2	1,3	1,0	0,5	1,3
Opiate	Lebenszeit	2,4	3,4	2,4	3,4	2,4
	12 Monate	0,2	0,3	0,0	1,2	1,0
Kokain/Crack	Lebenszeit	5,0*	1,9*	8,7*	9,7*	14,0
	12 Monate	1,8*	1,0*	4,0	2,9	5,2

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

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

Bezogen auf die Gruppe der 15- bis 17-Jährigen zeigt sich ein signifikanter Anstieg der 30-Tage-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge zwischen 1995 (5,3 %) und 2012 (12,8 %). Ebenso ist die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums im selben Zeitraum von 7,6 % auf 17,7 % gestiegen. Ein Rückgang zeigt sich dagegen bei der 12-Monats-Prävalenz des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis (Tabelle 3-5).

Tabelle 3-5: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 15- bis 17-Jährigen, 1990-2012

		Erhebungsjahr				
		1990	1995	2000	2006	2012
Irgendeine illegale Droge ¹⁾	Lz	12,7	11,2	30,9	20,4	18,7
	12 M	10,1	11,1	24,8	20,4	17,9
	30 T	--	5,3*	14,4	11,0	12,8
Andere Drogen als Cannabis	Lz	2,7	4,3	6,8	5,9	4,1
	12 M	2,0	7,5*	6,8	5,9	2,5
	30 T	--	2,9	3,7	4,1	0,6
Cannabis	Lz	12,0	10,4	30,2	20,2	18,5
	12 M	9,5	7,6*	24,0	20,2	17,7
	30 T	--	3,7	13,3	10,9	12,6

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

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

Lz Lebenszeit. 12 M 12 Monate. 30 T 30 Tage.

Basierend auf den DSM-IV-Kriterien hatten im Jahr 2000 0,9 % der 15- bis 59-Jährigen eine Cannabisabhängigkeit, 2006 waren es 1,0 % und 2012 ebenfalls 1,0 % (Tabelle 3-6). Auch bezogen auf den missbräuchlichen Konsum von Cannabis gibt es kaum Unterschiede zwischen 2006 und 2012 (1,4 % und 1,5 %). Keiner der Trendvergleiche in der Gesamtgruppe und bei Männern und Frauen ist statistisch bedeutsam.

Tabelle 3-6: Trends der 12-Monats-Prävalenz von cannabisbezogenen Störungen nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012

	Erhebungsjahr		
	2000	2006	2012
Gesamt	1.155	1.095	918
Missbrauch		1,4 (19)	1,5 (17)
Abhängigkeit	0,9 (18)	1,0 (15)	1,0 (12)
Männer	498	447	390
Missbrauch		1,4 (7)	2,1 (10)
Abhängigkeit	1,4 (10)	1,7 (13)	1,3 (7)
Frauen	657	648	528
Missbrauch		1,4 (12)	1,0 (7)
Abhängigkeit	0,4 (8)	0,4 (2)	0,7 (5)

Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, Geschlecht, Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet. Die Prävalenzzahlen können geringfügig von den berichteten Werten in früheren Berichten abweichen, da die Kodierung einzelner diagnostischer Kriterien angepasst wurde.

4 Alkohol

Abstinenz und Alkoholkonsum

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten mit insgesamt 29,9 % etwas mehr Frauen als Männer (26,5 %) auf Alkohol verzichtet. Der Anteil von Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol tranken, setzt sich zusammen aus 4,6 % Lebenszeitabstinenten, 7,9 % mit Alkoholerfahrung, die aber in den letzten 12 Monaten abstinent waren, und 15,7 %, die nur in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken hatten. Es gaben mehr Frauen als Männer an, in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichtet zu haben (18,7 % vs. 12,8 %). Die Prävalenz der Lebenszeitabstinenz war jedoch bei Männern etwas höher (4,9 % vs. 4,2 %). Ebenso fiel der Anteil der risikoarmen Konsumenten bei Männern höher aus als bei Frauen (56,7 % vs. 50,6 %; Tabelle 4-1).

Insgesamt weisen 53,7 % der Befragten in den letzten 30 Tagen einen im Durchschnitt risikoarmen Konsum auf, während 18,1 % einen im Durchschnitt riskanten Konsum berichteten. Der Anteil der Frauen mit einem riskanten Konsum ist etwas höher als bei den Männern (Männer: 16,8 %; Frauen: 19,5 %; Tabelle 4-1).

Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung überschritten 199.000 Männer (95 %-KI: 167.000 - 235.000) den Grenzwert von durchschnittlich mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag und 227.000 Frauen (95 %-KI: 200.000 - 258.000) den Grenzwert von mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag. Die Gesamtzahl riskant konsumierender Personen in Berlin liegt damit bei 426.000 (95 %-KI: 381.000 – 475.000).

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

	Gesamt		Geschlecht		Altersgruppen					
			Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	985		423	562	140	161	137	152	186	209
Lebenslang abstinent	4,6 (83)		4,9	4,2	33,7	12,2	3,9	4,1	1,9	1,3
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,9 (53)		8,8	7,0	2,5	2,9	5,4	8,8	7,6	11,0
Nur letzte 30 Tage abstinent	15,7 (156)		12,8	18,7	29,8	13,8	12,3	11,8	17,2	17,8
Risikoarmer Konsum ¹⁾	53,7 (521)		56,7	50,6	26,6	50,9	59,0	57,1	59,8	48,3
Riskanter Konsum ²⁾	18,1 (172)		16,8	19,5	7,4	20,2	19,4	18,2	13,6	21,6

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

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

Der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen auf Alkohol verzichteten, reicht von 21,6 % bei den 25- bis 29-Jährigen bis 66,0 % bei den 15- bis 17-Jährigen. Die Anteile der Lebenszeitabstinenten liegen zwischen 1,3 % bei den 50- bis 64-Jährigen und 33,7 % bei den 15- bis 17-Jährigen. Durchschnittswerte von über 12/24 g Reinalkohol pro Tag wurden am häufigsten von 50- bis 64-Jährigen berichtet (21,6 %; Tabelle 4-1). Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Abstinenz und Konsumkategorien findet sich in Tabelle 4-13.

Alkoholkonsum nach Getränk

In den letzten 30 Tagen tranken 50,2 % der Befragten Bier, 51,2 % Wein/Sekt, 30,6 % Spirituosen und 23,1 % alkoholhaltige Mixgetränke (Tabelle 4-2). Im Durchschnitt nahmen die Konsumenten des jeweiligen Getränks 2,1 Liter Bier, 0,6 Liter Wein/Sekt, 0,07 Liter Spirituosen und 0,6 Liter alkoholhaltige Mixgetränke pro Woche zu sich. Die Anteile männlicher und weiblicher Konsumenten variieren in Abhängigkeit der Art des konsumierten Getränks. Während unter den Männern mehr Bier- und Spirituosentrinker waren als unter Frauen (Bier: 64,6 % vs. 35,4 %; Spirituosen: 39,2 % vs. 21,8 %), tranken anteilmäßig mehr Frauen als Männer Wein/Sekt (61,2 % vs. 41,3 %) oder alkoholhaltige Mixgetränke (25,0 % vs. 21,2 %). Männer konsumierten durchschnittlich mehr Bier als Frauen (2,6 l vs. 1,3 l), wohingegen sich die Konsummenge anderer Getränke nicht unterschied.

Zudem waren altersabhängige Effekte in der Präferenz unterschiedlicher Getränke zu erkennen. Die Zahl der Konsumenten von Spirituosen und alkoholhaltigen Mixgetränken war in den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 29 Jahren am höchsten und nahm in den darüber liegenden Altersgruppen kontinuierlich ab. Am deutlichsten zeigt sich dies für alkoholhaltige Mixgetränke. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hat nahezu jeder zweite Befragte (48,6 %) während der letzten 30 Tage alkoholhaltige Mixgetränke konsumiert und bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 29,9 %. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sank der Anteil auf 6,1 %. Auch bezüglich der Konsummengen zeigen sich Altersunterschiede. So stieg der Bier- und Weinkonsum über die Altersgruppen an (15-17 Jahre: 1,3 l bzw. 0,2 l; 50-64 Jahre: 3,1 l bzw. 0,8 l). Der Spirituosenverbrauch ist in der jüngsten und ältesten Kohorte höher als in den mittleren Altersgruppen. Eine nach Geschlecht getrennte Darstellung von Konsumprävalenz und Konsummenge findet sich in Tabelle 4-14.

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

		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
			Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Bier	% ¹⁾	50,2	64,6	35,4	26,4	58,0	62,2	48,8	46,8	48,8
	Liter ²⁾	2,1	2,6	1,3	1,1	1,7	1,7	1,9	1,7	3,1
Wein/Sekt	%	51,2	41,3	61,2	14,2	46,6	57,2	55,1	54,7	48,8
	Liter	0,6	0,6	0,6	0,2	0,3	0,4	0,6	0,6	0,8
Spirituosen	%	30,6	39,2	21,8	14,3	40,1	41,6	35,3	30,3	21,3
	Liter	0,07	0,06	0,08	0,18	0,07	0,08	0,03	0,05	0,11
Mixgetränke	%	23,1	21,2	25,0	18,9	48,6	44,6	29,9	16,0	6,1
	Liter	0,6	0,7	0,4	0,9	0,7	0,7	0,4	0,7	0,3

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

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

Rauschtrinken

Mehr als ein Drittel (35,6 %) der Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage hat mindestens einmal während dieser Zeit fünf oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag getrunken und damit die Kriterien des Rauschtrinkens erfüllt (Tabelle 4-3). Dies kam bei Männern häufiger

vor als bei Frauen. Während 42,9 % der Männer in den letzten 30 Tagen zumindest einmal fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke getrunken hatten, waren es bei den Frauen 27,7 %. Außerdem treten klare Altersunterschiede auf. Der Anteil mindestens einmaligen Rauschtrinkens war mit 58,2 % bei den 18- bis 24-Jährigen am höchsten und mit 19,9 % bei den 40- bis 49-Jährigen am niedrigsten. Betrachtet man das häufige Rauschtrinken (4mal oder häufiger) ergab sich mit 21,6 % die höchste Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen. Mit zunehmendem Alter wird das häufige Rauschtrinken seltener.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	720	316	404	52	127	118	120	148	155
0mal	64,4 (470)	57,1	72,2	55,9	41,8	46,6	62,1	80,1	70,3
1-3mal	21,4 (164)	26,9	15,6	33,4	36,6	38,2	22,1	15,1	12,1
4mal oder häufiger	14,1 (86)	16,0	12,1	10,8	21,6	15,2	15,8	4,8	17,6

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

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Rauschtrinker bei Personen mit höherem durchschnittlichem Tageskonsum größer (Tabelle 4-4). Allerdings weisen auch Personen mit einem durchschnittlichen Tageskonsum unter der empfohlenen Risikoschwelle von 24 g für Männer bzw. 12 g für Frauen Episoden des Rauschtrinkens auf. So berichteten 20,0 % der im Durchschnitt risikoarmen Konsumenten von 1-3maligem Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (Männer: 27,8 %; Frauen: 10,9 %), 6,0 % sogar von mindestens vier Trinktagen, an denen fünf oder mehr Gläser Alkohol konsumiert wurden (Männer: 7,3 %; Frauen: 4,6 %).

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

	Gesamt		Risikoarmer Konsum ²⁾	Risikanter Konsum ³⁾
Gesamt	694		515	179
0mal	64,0	(450)	74,0	36,1
1-3mal	21,5	(159)	20,0	25,7
4mal oder häufiger	14,5	(85)	6,0	38,2
Männer	307		236	71
0mal	56,9	(166)	64,9	30,7
1-3mal	26,8	(87)	27,8	23,5
4mal oder häufiger	16,3	(54)	7,3	45,8
Frauen	387		279	108
0mal	71,6	(284)	84,5	40,6
1-3mal	15,8	(72)	10,9	27,5
4mal oder häufiger	12,6	(31)	4,6	31,8

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

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

³⁾ Männer: >24g, Frauen: >12g Reinalkohol pro Tag.

Alter bei Beginn des regelmäßigen Konsums

Bei jüngeren Frauen bis 29 Jahre steigt die kumulierte Inzidenz steiler an als bei älteren Frauen. Dies bedeutet, dass heute jüngere Frauen bereits in früherem Alter zu einem bestimmten Anteil mindestens einmal monatlich Alkohol tranken als heute ältere Frauen (Abbildung 4-1). Während beispielsweise von den 15- bis 17-jährigen Befragten jede Fünfte (21,0 %) bis zum 15. Lebensjahr begann, mindestens einmal pro Monat Alkohol zu trinken, waren es bei den 18- bis 24-Jährigen 14,6 %, bei den 25- bis 29-Jährigen 15,2 %, bei den 30- bis 39-Jährigen 11,1 %, bei den 40- bis 49-Jährigen noch 5,6 % und in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen 2,6 %. Bei den männlichen Befragten (Abbildung 4-2) sind die Altersunterschiede im Beginn des regelmäßigen Konsums weniger deutlich ausgeprägt: 19,0 % der 15- bis 17-jährigen männlichen Befragten hatten bis zu ihrem 15. Lebensjahr begonnen, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken, von den 18- bis 24-Jährigen 15,2 %, von den 25- bis 29-Jährigen 17,0 %, von den 30- bis 39-Jährigen 15,0 %, von den 40- bis 49-Jährigen 1,5 % und von den 50- bis 64-Jährigen 3,2 %.

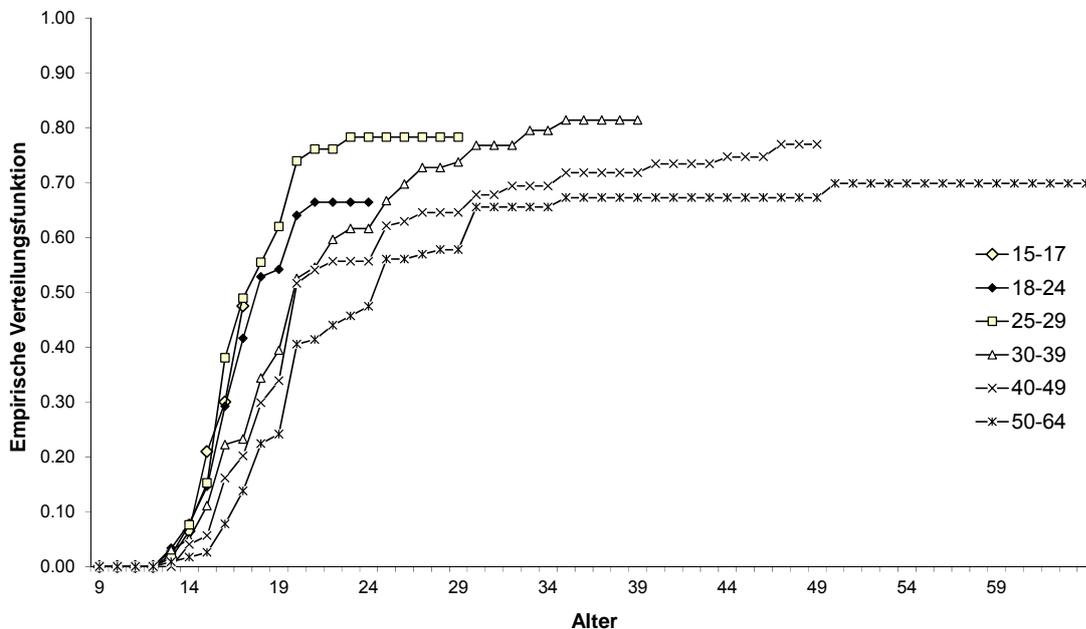


Abbildung 4-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Frauen

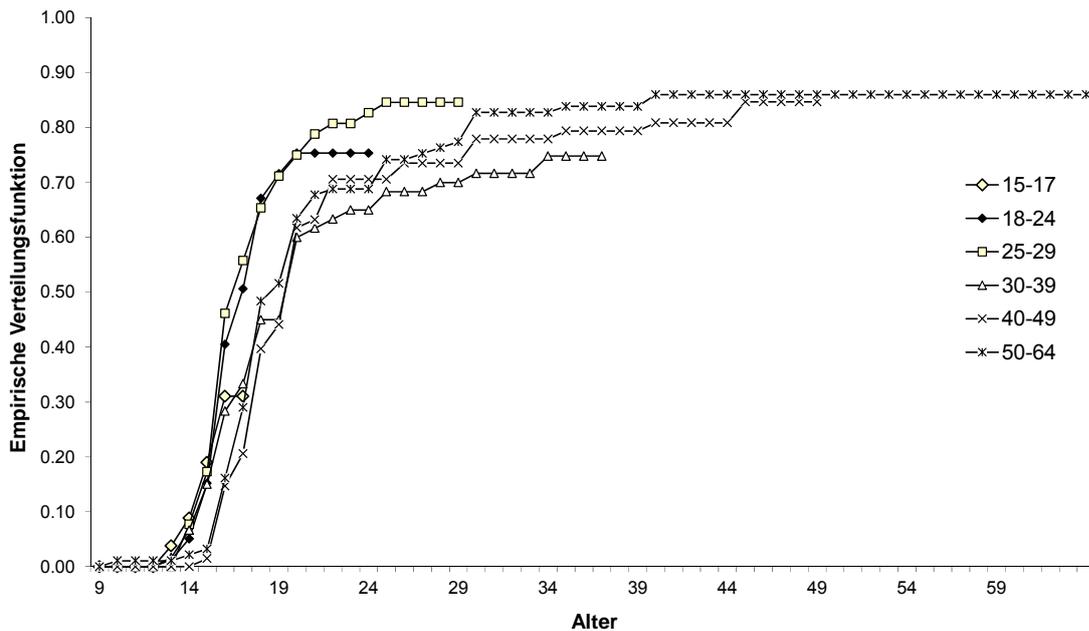


Abbildung 4-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns regelmäßigen Alkoholkonsums für Männer

Alkoholbezogene Störungen nach DSM-IV

Bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten insgesamt 3,6 % der Befragten eine Alkoholabhängigkeit gemäß den Kriterien des DSM-IV (Tabelle 4-5). Bei den Männern betrifft das 3,5 %, bei den Frauen 3,6 %. Darüber hinaus sind auch Alterseffekte erkennbar. Der höchste Anteil abhängigen Alkoholkonsums findet sich in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen (9,8 %). Tendenziell nehmen die Anteile mit dem Alter ab. Betrachtet man den missbräuchlichen Alkoholkonsum, so ergibt sich insgesamt eine Prävalenz von 7,4 % bei Männern und 3,3 % bei Frauen. Ein Alkoholmissbrauch ist am häufigsten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen zu beobachten. Mit zunehmendem Alter sinkt die prozentuale Häufigkeit missbräuchlichen Alkoholkonsums. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung erfüllten 210.000 Personen (95 %-KI: 164.000 – 267.000) die Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Bei den Männern sind es 128.000 (95 %-KI: 88.000 – 183.000) und bei den Frauen 82.000 (95 %-KI: 61.000 – 107.000).

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1.006	429	577	141	164	143	158	191	209
Missbrauch	5,4 (55)	7,4	3,3	6,0	8,5	12,1	5,5	2,9	3,2
	1.009	431	578	142	164	144	158	191	210
Abhängigkeit	3,6 (44)	3,5	3,6	4,2	9,8	4,9	2,5	3,6	1,4

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Alkoholkonsum um ein schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den oben beschriebenen Schichtindex zugrunde, wird deutlich, dass Personen der niedrigen Sozialschicht häufiger ganz auf Alkohol verzichten als Angehörige der hohen Sozialschicht. Bezogen auf die letzten 12 Monate liegen die Abstinenzraten beispielsweise bei 39,7 % bzw. 12,7 % (Tabelle 4-6).

Tabelle 4-6: Anteil der Abstinenz nach Sozialschicht

	Sozialschicht		
	niedrig	mittel	hoch
Lebenszeit	8,0	5,2	1,2
12 Monate	39,7	24,3	12,7

Betrachtet man die durchschnittlich täglich konsumierte Menge Reinalkohol, zeigt sich, dass Männer der hohen Sozialschicht im Mittel weniger tranken als Männer der niedrigen und mittleren Sozialschicht (Tabelle 4-7). Bei den weiblichen Untersuchungsteilnehmern zeigt sich ein vergleichbarer Schichtgradient.

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

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
Mittelwert	22,6	18,5	16,7	15,7	10,4	9,5

Auch in Hinblick auf die als riskanten Konsum definierten Trinkmengen tranken Männer aus der niedrigen Sozialschicht mit 28,6 % häufiger als Männer der mittleren (22,8 %) und der hohen Sozialschicht (21,2 %) oberhalb des Grenzwertes. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauschtrinken, das ebenfalls von Männern der niedrigen Sozialschicht am häufigsten praktiziert wurde. Bei den Frauen zeigt sich ein unterschiedliches Muster in Bezug auf diese beiden Konsumvariablen. Frauen der Mittelschicht wiesen sowohl hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums (32,4 %) als auch des Rauschtrinkens (37,1 %) die höchsten Prävalenzwerte auf. Bezüglich der durchschnittlichen Trinkmenge von mehr als 12 g pro Tag zeigt sich, dass weniger Frauen der niedrigen als der hohen Sozialschicht oberhalb dieser Schwelle Alkohol tranken. Rauschtrinken ist dagegen bei Frauen der hohen Sozialschicht weniger verbreitet als bei Frauen der niedrigen und mittleren Schicht.

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

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
Riskanter Konsum	28,6	22,8	21,2	22,6	32,4	25,0
Rauschtrinken	51,0	47,5	36,8	36,2	37,1	15,3

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

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

Trends

Abstinenz und Konsummenge. Zwischen 1995 und 2012 lassen sich Verschiebungen hin zu einem risikoärmeren Konsum erkennen, vor allem unter Männern. Berichteten im Jahr 2000 noch 29,2 % der befragten Männer einen riskanten Konsum in den letzten 30 Tagen, waren es im Jahr 2012 nur noch 17,5 %. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil risikoarmer Konsumenten unter Männern signifikant zu, während er unter Frauen zurückging. Hinsichtlich der Alkoholabstinenz lassen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede feststellen (Tabelle 4-9).

Tabelle 4-9: Trends des Alkoholkonsums 15- bis 59-Jähriger (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen pro Tag bei Konsumenten der letzten 30 Tage), 1995-2012

	Erhebungsjahr			
	1995	2000	2006	2012
Gesamt	989	1.034	1.052	884
Abstinenz	22,5	15,0	23,3	24,7
Risikoarmer Konsum ¹⁾	46,7	59,6*	55,9	57,1
Riskanter Konsum ²⁾	30,8*	25,4*	20,7	18,3
Männer	491	437	428	378
Abstinenz	15,0	12,2	18,1	20,5
Risikoarmer Konsum	41,9	58,6*	59,4	62,0
Riskanter Konsum	43,1*	29,2*	22,4	17,5
Frauen	498	597	624	506
Abstinenz	30,0	17,8	28,3	29,0
Risikoarmer Konsum	51,4	60,7*	52,6	51,9
Riskanter Konsum	18,6	21,6	19,1	19,1

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

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

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

Alkoholkonsum nach Getränk. Über einen Beobachtungszeitraum von 17 Jahren zeigt sich sowohl insgesamt als auch bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der Konsumprävalenzen für Wein, Sekt und Spirituosen. In Bezug auf Bier lässt sich von 2000 bis 2006 ein deutlicher Rückgang der Prävalenzraten beobachten. Hinsichtlich des Verlaufs der durchschnittlichen Trinkmengen lassen sich vor allem bei Spirituosen Veränderungen feststellen. Bei beiden Geschlechtern ging die durchschnittliche Menge getrunkenener Spirituosen signifikant zurück, von 0,16 Litern pro Woche im Jahr 1995 auf 0,06 Liter im Jahr 2012. Für Bier lassen sich ebenfalls Veränderungen feststellen (1995: 4,3 l; 2012: 2,1 l). Der Rückgang der Konsummengen von Spirituosen und Bier ist hauptsächlich auf Veränderungen zwischen den beiden ersten Erhebungszeitpunkten 1995 und 2000 zurückzuführen. Seit dem sind die Konsummengen weitgehend stabil. Keine nennenswerten Unterschiede in den Konsummengen finden sich für Wein/Sekt (Tabelle 4-10).

Tabelle 4-10: Trends der Prävalenz des Konsums verschiedener Getränke und der durchschnittlichen Trinkmenge 15- bis 59-Jähriger, 1995-2012

		Erhebungsjahr			
		1995	2000	2006	2012
Gesamt		1.059	1.149	1.087	918
Bier	% ¹⁾	55,0	62,9*	52,8	53,6
	Liter ²⁾	4,3*	2,5*	2,3	2,1
Wein/Sekt	%	62,4*	70,2*	58,0	53,6
	Liter	0,6	0,6	0,6	0,6
Spirituosen	%	41,6*	41,1*	35,1	33,6
	Liter	0,16*	0,08	0,07	0,06
Männer		529	497	452	392
Bier	%	80,0*	79,7*	69,8	70,0
	Liter	4,9*	3,3*	2,9	2,5
Wein/Sekt	%	56,5*	66,4*	52,8	45,6
	Liter	0,6	0,7	0,7	0,6
Spirituosen	%	56,7*	49,3	41,4	42,4
	Liter	0,14*	0,11	0,08	0,06
Frauen		530	652	635	526
Bier	%	29,8*	45,3*	35,8	36,7
	Liter	2,3	1,0	1,2	1,2
Wein/Sekt	%	68,3	74,2*	63,1	61,8
	Liter	0,7	0,6	0,6	0,6
Spirituosen	%	26,4	32,5*	28,8	24,5
	Liter	0,19*	0,04	0,05	0,06

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

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

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

Rauschtrinken. Rauschtrinken, definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken pro Tag, hat insgesamt über einen Zeitraum von 17 Jahren abgenommen. Dabei zeigen sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede (Tabelle 4-11). In der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen ist der Anteil des Rauschtrinkens vor allem zwischen 1995 und 2006 angestiegen. In der letzten Erhebung ist jedoch ein deutlicher Rückgang zu beobachten (2006: 35,8 %; 2012: 16,3 %). Bei den 18- bis 59-Jährigen zeigt sich ein Rückgang der Prävalenz zwischen 1995 und 2000. Seitdem steigt der Anteil des Rauschtrinkens bei Personen im Alter zwischen 18 und 39 Jahren jedoch wieder an. Bei Frauen zeigen sich insgesamt weniger ausgeprägte Zeitunterschiede als bei Männern.

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

		Erhebungsjahr			
		1995	2000	2006	2012
Gesamt		1.058	1.135	1.081	912
	15-59	43,6*	24,9	26,2	26,9
	15-17	17,1	25,8*	35,8*	16,3
	18-24	45,1	27,5*	33,9*	43,2
	25-39	46,3*	26,1*	24,8*	34,0
	40-59	44,3*	22,9	24,9	18,3
Männer		529	491	442	386
	15-59	61,3*	37,1	35,3	35,7
	15-17	21,1*	28,9*	38,2*	15,2
	18-24	65,5	36,7*	42,1	54,4
	25-39	68,1	38,7	30,2*	48,6
	40-59	61,0*	36,6*	36,9*	23,2
Frauen		529	644	639	526
	15-59	25,6	12,0*	17,3	18,0
	15-17	12,0	22,6	33,9	17,5
	18-24	27,8	18,2*	25,7	32,7
	25-39	23,7	12,5	19,9	19,4
	40-59	27,4*	8,6	12,1	13,1

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

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

Die Trends der 12-Monats-Prävalenzen von alkoholbezogenen Störungen nach DSM-IV sind in Tabelle 4-12 dargestellt. Zwischen 2006 und 2012 ist der Anteil alkoholabhängiger Frauen angestiegen (2,0 % vs. 4,0 %). Alle anderen Trendvergleiche sind statistisch nicht signifikant.

Tabelle 4-12: Trends der 12-Monats-Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012

		Erhebungsjahr		
		2000	2006	2012
Gesamt		1.126	1.081	1.081
	Missbrauch		5,1 (59)	5,6 (53)
	Abhängigkeit	3,9 (36)	3,0 (36)	4,1 (43)
Männer		487	440	440
	Missbrauch		7,6 (35)	7,0 (30)
	Abhängigkeit	6,7 (30)	4,1 (19)	4,3 (17)
Frauen		639	641	641
	Missbrauch		2,7 (24)	4,1 (23)
	Abhängigkeit	0,9 (6)	2,0* (17)	4,0 (26)

*) p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012. Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤5) wurde Fisher's exakter Test verwendet. Die Prävalenzzahlen können geringfügig von den berichteten Werten in früheren Berichten abweichen, da die Kodierung einzelner diagnostischer Kriterien angepasst wurde.

Tabellen zu Alkohol

Tabelle 4-13: Verteilung des Alkoholkonsums für Männer und Frauen (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmengen in Gramm Reinalkohol pro Tag)

	Gesamt		Altersgruppen					
			15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Männer	423		77	77	50	58	67	94
Lebenslang abstinent	4,9 (42)		33,5	14,6	5,6	4,8	2,6	0,0
Nur letzte 12 Monate abstinent	8,8 (23)		5,0	4,1	7,7	10,6	8,5	10,2
Nur letzte 30 Tage abstinent	12,8 (49)		23,3	10,1	11,0	4,8	12,5	19,4
Risikoarmer Konsum ¹⁾	56,7 (239)		32,3	58,1	56,6	62,5	65,2	47,7
Riskanter Konsum ²⁾	16,8 (70)		5,9	13,1	19,1	17,3	11,1	22,8
Frauen	562		63	84	87	94	119	115
Lebenslang abstinent	4,2 (41)		33,9	9,9	2,1	3,4	1,0	2,6
Nur letzte 12 Monate abstinent	7,0 (30)		0,0	1,7	3,2	6,8	6,6	11,8
Nur letzte 30 Tage abstinent	18,7 (107)		36,3	17,5	13,6	19,3	22,2	16,1
Risikoarmer Konsum	50,6 (282)		21,0	43,8	61,4	51,4	54,0	49,0
Riskanter Konsum	19,5 (102)		8,9	27,1	19,7	19,2	16,2	20,5

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

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

Tabelle 4-14: Prävalenz des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke und durchschnittliche Trinkmengen für Männer und Frauen

		Gesamt		Altersgruppen					
				15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Männer									
Bier	% ¹⁾	64,6	29,9	68,0	68,6	67,0	61,1	67,1	
	Liter ²⁾	2,6	1,3	2,1	2,4	2,2	1,9	3,7	
Wein/Sekt	%	41,3	11,4	33,2	48,5	47,1	45,9	36,7	
	Liter	0,6	0,2	0,3	0,3	0,5	0,7	0,8	
Spirituosen	%	39,2	14,9	47,7	52,8	48,3	34,5	30,7	
	Liter	0,06	0,22	0,08	0,10	0,03	0,07	0,05	
Mischgetränke	%	21,2	15,9	42,0	47,4	32,1	10,9	4,2	
	Liter	0,7	0,5	0,7	0,8	0,5	1,2	0,4	
Frauen		Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	
Bier	%	35,4	22,6	48,4	56,0	29,6	31,3	30,6	
	Liter	1,3	0,9	1,1	0,9	1,1	1,5	1,7	
Wein/Sekt	%	61,2	17,2	59,5	65,5	63,5	64,3	60,8	
	Liter	0,6	0,3	0,4	0,4	0,6	0,6	0,8	
Spirituosen	%	21,8	13,7	32,7	30,9	21,5	25,8	11,9	
	Liter	0,08	0,13	0,05	0,06	0,02	0,03	0,27	
Mischgetränke	%	25,0	22,1	54,9	41,9	27,7	21,4	8,0	
	Liter	0,4	1,2	0,7	0,5	0,2	0,4	0,3	

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

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

5 Tabak

Prävalenz des Tabakkonsums

Ein Drittel (33,9 %) der 15- bis 64-jährigen Befragten gab an, im letzten Monat geraucht zu haben (Tabelle 5-1). Mehr Männer als Frauen sind aktuelle Raucher (39,2 % vs. 28,4%). Im Alter zwischen 25 und 29 Jahren ist die Prävalenz am höchsten (40,2 %) und unter 15- bis 17-Jährigen am niedrigsten (11,7 %). Der Anteil der Nichtraucher nimmt über die Altersgruppen hinweg ab. Im Gegenzug steigt der Anteil der Exraucher mit dem Alter von 3,3 % bei den 15- bis 17-Jährigen auf 42,0 % bei den 50- bis 64-Jährigen. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung rauchten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung ca. 795.000 Personen in Berlin (95 %-KI: 734.000 – 858.000). Darunter sind 463.000 Männer (95 %-KI: 402.000 - 527.000) und 331.000 Frauen (95 %-KI: 280.000 - 388.000)³.

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

	Gesamt		Altersgruppen					
			15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	1.017		143	168	144	159	193	210
Nichtraucher ¹⁾	38,6	(502)	85,0	60,1	44,3	32,7	35,1	30,0
Exraucher ²⁾	27,6	(222)	3,3	7,5	15,5	30,6	25,9	42,0
Raucher ³⁾	33,9	(293)	11,7	32,5	40,2	36,6	39,1	28,0
Männer	433		80	79	52	60	68	94
Nichtraucher	33,4	(207)	86,9	62,1	53,5	24,6	25,7	21,6
Exraucher	27,4	(89)	3,4	7,9	4,8	28,5	29,1	44,1
Raucher	39,2	(137)	9,8	30,0	41,8	46,9	45,2	34,3
Frauen	584		63	89	92	99	125	116
Nichtraucher	43,8	(295)	83,0	58,1	35,5	41,3	45,0	38,3
Exraucher	27,8	(133)	3,3	7,0	25,8	32,9	22,4	3,9
Raucher	28,4	(156)	13,7	34,8	38,7	25,9	32,6	21,8

¹⁾ Insgesamt höchstens 100mal geraucht.

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

³⁾ In den letzten 30 Tagen geraucht.

Menge des Zigarettenkonsums

Von den Zigarettenrauchern rauchten 34,9 % nicht täglich, 19,7 % gaben einen Konsum von höchstens 10 Zigaretten pro Tag und 18,9 % einen Konsum von 11-19 Zigaretten pro Tag an (Tabelle 5-2). Der Anteil starker Raucher mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten beträgt 26,6 %. Deutlich mehr Männer als Frauen rauchten stark (31,8 % vs. 19,8 %). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil starker Raucher deutlich zu, bei den 50- bis 64-Jährigen Rauchern gab nahezu jeder Zweite (48,4 %) an, stark zu rauchen. Eine nach Geschlecht und Alter getrennte Betrachtung zeigt bei beiden Geschlechtern einen mit steigendem Alter zunehmenden Anteil starker Raucher, allerdings sinkt dieser für Frauen in der ältesten Kohorte wieder ab. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung

³ Aufgrund der Rundung der Bevölkerungszahlen auf volle 1.000er ergeben sich geringfügige Abweichungen zwischen der Gesamtzahl und den getrennten Schätzungen für Männer und Frauen.

können 135.000 Männer (95 %-KI: 100.000 - 180.000) und 65.000 Frauen (95 %-KI: 37.000 - 111.000) als starke Raucher bezeichnet werden.

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

	Gesamt		Altersgruppen					
			15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Gesamt	275		15	47	55	51	61	46
Nicht täglich	34,9	(119)	79,2	56,7	46,3	50,9	26,7	8,7
Täglich bis 10	19,7	(57)	16,1	29,5	18,6	16,9	24,9	12,7
Täglich 11-19	18,9	(49)	4,7	12,6	14,3	19,9	13,8	30,1
Täglich 20 oder mehr	26,6	(50)	0,0	1,1	20,9	12,3	34,6	48,4
Männer	123		7	21	19	27	24	25
Nicht täglich	36,4	(53)	88,3	50,8	40,9	56,1	30,2	10,8
Täglich bis 10	16,1	(20)	0,0	32,3	16,4	6,7	27,0	9,6
Täglich 11-19	15,8	(21)	11,7	14,3	8,3	20,4	12,5	18,5
Täglich 20 oder mehr	31,8	(29)	0,0	2,6	34,5	16,7	30,4	61,1
Frauen	152		8	26	36	24	37	21
Nicht täglich	33,0	(66)	73,1	61,4	51,4	40,7	22,0	6,0
Täglich bis 10	24,2	(37)	26,9	27,3	20,7	36,6	22,2	16,9
Täglich 11-19	23,0	(28)	0,0	11,3	20,0	18,9	15,5	45,5
Täglich 20 oder mehr	19,8	(21)	0,0	0,0	7,9	3,8	40,2	31,6

Alter des ersten Tabakkonsums

Die Verteilung des Alters ersten Tabakkonsums zeigt bei den Frauen ein über die Alterskohorten heterogenes Muster. Während von den 25- bis 29-Jährigen 52,7 % bis zum Alter von 16 Jahren geraucht hatten, waren es bei den 30- bis 39-Jährigen 39,4 %, bei den 40- bis 49-Jährigen 36,3 %, bei den 50- bis 64-Jährigen 31,4 % und bei den 15- bis 17-Jährigen 17,5 % (Abbildung 5-1). In der Gruppe der über 30- bis 39-jährigen Männer hatte die Hälfte (50,0 %) bis zum Alter von 16 Jahren bereits Erfahrung mit Tabak. In den drei jüngsten Altersgruppen ist der Anteil derjenigen mit Tabakerfahrung in jedem Lebensalter geringer (Abbildung 5-2).

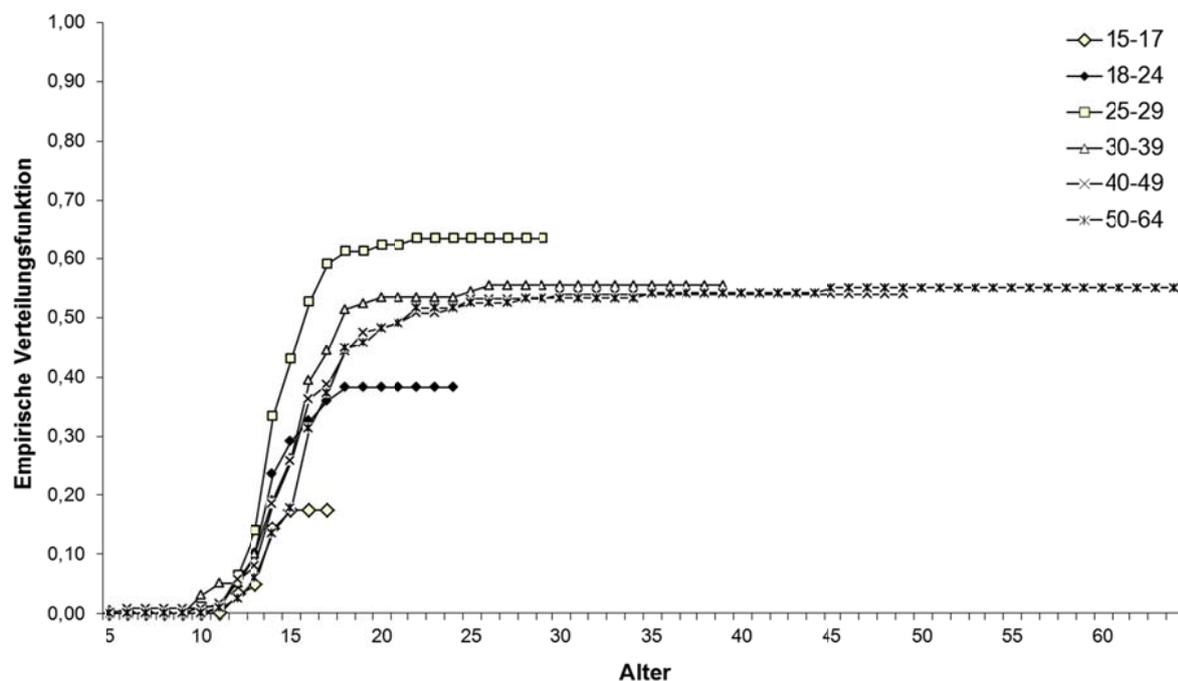


Abbildung 5-1: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Frauen

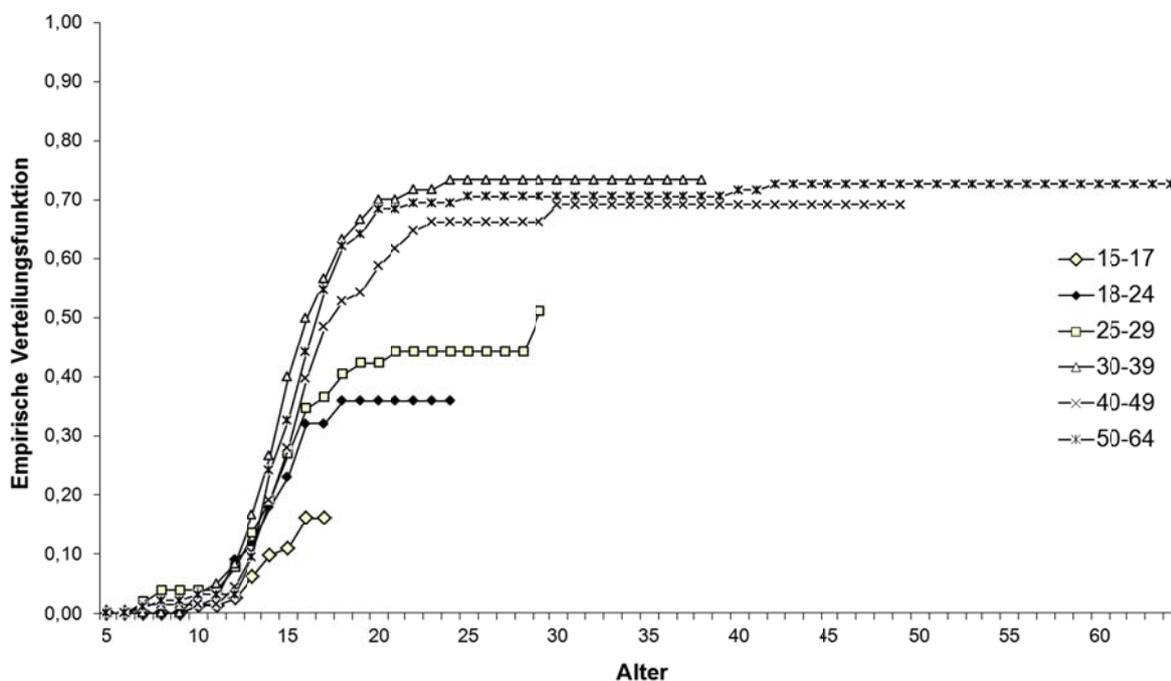


Abbildung 5-2: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des ersten Tabakkonsums für Männer

Alter des Beginns täglichen Tabakkonsums

Der Beginn des täglichen Tabakkonsums ist zeitlich etwas verschoben zum ersten Konsum. Darüber hinaus rauchten in jeder Alterskohorte etwas weniger Personen täglich. Abbildung 5-3 zeigt, dass 25- bis 29-jährige Frauen deutlich früher mit dem täglichen Rauchen anfangen als alle anderen Alterskohorten. Bis zum Alter von 16 Jahren rauchten 33,7 % der 25- bis 29-Jährigen bereits täglich. Bei allen anderen Altersgruppen lagen die Anteile zwischen 8,5 % für die 50- bis 64-Jährigen und 20,0 % für die 18- bis 24-Jährigen.

Auch die Verteilung des Alters des Beginns des täglichen Rauchens bei den Männern erfolgte zeitlich versetzt zum ersten Konsum. In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen hatten 7,0 % der Befragten bis zum 16. Lebensjahr begonnen täglich zu rauchen. Bis zum 20. Lebensjahr taten dies 29,6 % der 18- bis 24-Jährigen, 36,0 % der 25- bis 29-Jährigen, 53,4 % der 30- bis 39-Jährigen, 50,7 % der 40- bis 49-Jährigen und 53,3 % der 50- bis 64-Jährigen (Abbildung 5-4).

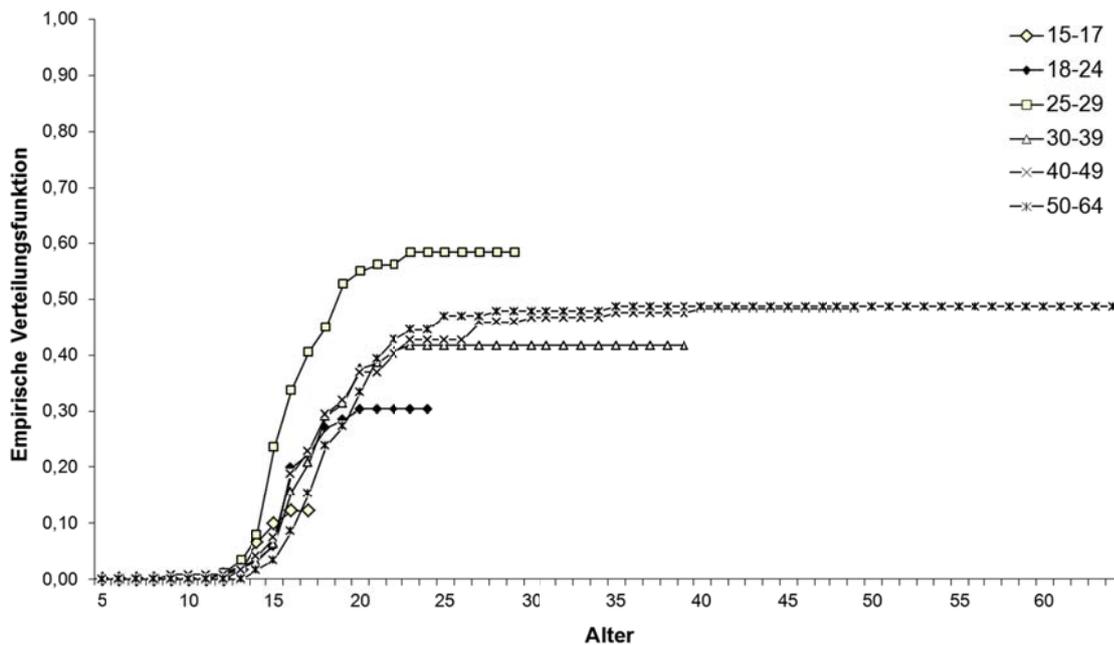


Abbildung 5-3: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Frauen

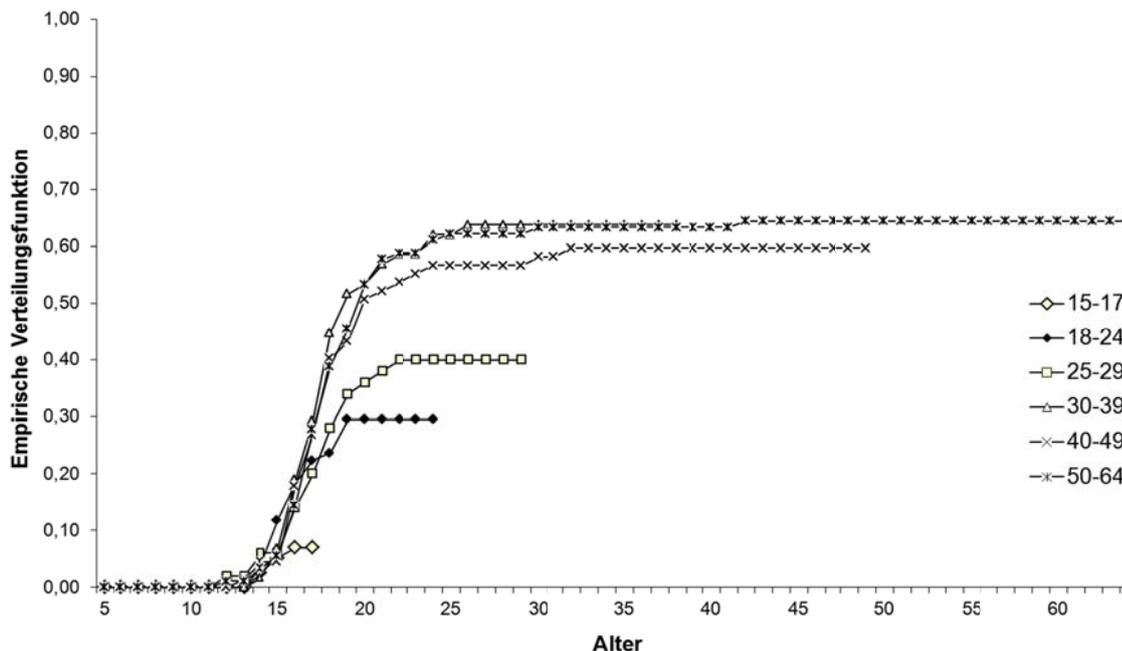


Abbildung 5-4: Empirische Verteilungsfunktionen des Alters des Beginns täglichen Tabakkonsums für Männer

Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

Legt man für die Diagnose einer Abhängigkeit die Kriterien des DSM-IV zugrunde, wurden 13,9 % der Gesamtstichprobe als nikotinabhängig eingeschätzt (Tabelle 5-3). Die Prävalenz ist für Männer mit 17,0 % höher als für Frauen mit 10,8 %. Die niedrigste Prävalenz findet sich unter 15- bis 17-Jährigen (4,1 %), die höchste Prävalenz in der Altersgruppe der 25- bis

29-Jährigen (18,5 %). Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung wurden ca. 326.000 Personen (95 %-KI: 246.000 - 426.000) als nikotinabhängig klassifiziert. Darunter sind 200.000 (95 %-KI: 125.000 - 307.000) Männer und 125.000 (95 %-KI: 102.000 - 153.000) Frauen⁴.

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

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1.019	434	585	144	168	144	159	194	210
Abhängigkeit	13,9 (103)	17,0	10,8	4,1	7,0	18,5	13,2	16,9	13,8

Soziale Schicht

Die Daten veranschaulichen, dass es sich beim Rauchen um ein im hohen Maße schichtspezifisches Verhaltensmuster handelt. Legt man den in der Studie verwendeten Index zugrunde, dann rauchten 54,9 % der Männer aus der niedrigen, aber nur 40,8 % aus der mittleren und 29,2 % aus der hohen Sozialschicht (Tabelle 5-4). Bei Frauen sind ebenfalls Schichtunterschiede festzustellen, die ähnlich ausgeprägt sind. Der Anteil der Raucherinnen ist unter den Frauen der niedrigen Sozialschicht am höchsten (41,7 %). Umgekehrt ist der Anteil der Nichtraucherinnen bei den Frauen aus der hohen Sozialschicht am höchsten (52,8 %).

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

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
Nichtraucher	24,3	36,1	34,4	35,3	40,0	52,8
Raucher	54,9	40,8	29,2	41,7	31,0	17,3
Exraucher	20,8	23,1	36,4	23,0	29,0	30,0

Eine nach Altersgruppe differenzierte Betrachtung zeigt, dass sich der Schichtgradient bei Männern und Frauen in jedem Lebensalter deutlich widerspiegelt (Tabelle 5-5). Zum Beispiel waren bei den über 49-jährigen Männern 45,8 % der niedrigen, aber nur 11,3 % der hohen Sozialschicht tägliche Raucher. Vergleichbare Schichtunterschiede zeigten sich für Frauen. Starkes Rauchen von 20 und mehr Zigaretten täglich berichteten vermehrt Männer mit niedriger Sozialschichtzugehörigkeit (21,5 %) (Tabelle 5-6). Bei den weiblichen Befragten findet sich dasselbe Muster, jedoch mit geringeren Unterschieden.

⁴ Aufgrund der Rundung der Bevölkerungszahlen auf volle 1.000er ergeben sich geringfügige Abweichungen zwischen der Gesamtzahl und den getrennten Schätzungen für Männer und Frauen.

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

	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
< 30 Jahre	26,2	18,3	0,0	19,8	14,7	9,2
30 - 49 Jahre	46,9	29,1	13,6	47,3	27,6	7,4
> 49 Jahre	45,8	28,0	11,3	32,6	19,0	10,0

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

	niedrig	mittel	hoch
Männer	21,5	12,9	4,6
Frauen	9,9	7,3	1,1
Gesamt	15,9	9,9	2,9

Trends

Prävalenz des Rauchens. Es zeigt sich ein deutlicher Rückgang der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens zwischen 1990 und 2012 in nahezu allen Altersgruppen (Tabelle 5-7). Allerdings hat dieser Rückgang v.a. bis zum Jahr 2000 stattgefunden. In den letzten 12 Jahren hat es insgesamt und bei Männern und Frauen kaum mehr Veränderungen gegeben. Auffällig ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Prävalenz im Alter zwischen 15 und 17 Jahren zwischen 2000 (33,0 %) und 2012 (12,6 %).

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

	Alter	Erhebungsjahr				
		1990	1995	2000	2006	2012
Gesamt		781¹⁾	1.060	1.148	1.100	916
	15-59	--	45,2*	38,2	35,8	32,6
	15-39	50,9*	45,8*	41,8	37,1	34,3
	15-17	32,8	38,2*	33,0*	24,5	12,6
	18-24	47,5*	46,4*	40,9	37,5	31,3
	25-39	54,1*	46,8	43,1	37,5	37,5
	40-59	--	44,7*	33,4	34,4	30,6
Männer		380	529	496	452	389
	15-59	--	53,8*	41,1	38,1	37,0
	15-39	57,5*	54,5*	43,2	40,8	38,6
	15-17	27,0	38,4*	33,3*	25,6	11,1
	18-24	52,6*	56,8*	37,8	39,5	28,8
	25-39	62,5*	56,8	45,8	42,0	44,5
	40-59	--	53,2	38,2	35,4	35,4
Frauen		401	531	652	648	527
	15-59	--	36,6	35,2	33,6	28,0
	15-39	43,9*	36,9	40,3*	33,7	30,1
	15-17	38,8	38,0	32,6	23,4	14,3
	18-24	42,5	37,7	43,9	35,4	33,8
	25-39	45,0*	36,4	40,2	33,5	30,3
	40-59	--	36,2	28,5	33,5	25,7

¹⁾ Angegeben ist die Stichprobengröße der Altersgruppe 15-59.

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

Prävalenz starken Rauchens. Trendbeobachtungen zwischen 1990 und 2012 weisen insgesamt auf einen deutlichen Rückgang der 30-Tage-Prävalenz täglichen Rauchens von 21,8 % auf 3,4 % bei den 15- bis 39-Jährigen hin (Tabelle 5-8). In den meisten Altersgruppen fand diese Entwicklung bis zum Jahr 2000 statt, bei Frauen setzt sich der rückläufige Trend jedoch weiter fort.

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

	Alter	Erhebungsjahr				
		1990	1995	2000	2006	2012
Gesamt		743¹⁾	1.058	1.116	1.088	908
	15-59	--	19,2*	14,0*	9,5	6,7
	15-39	21,8*	20,1*	13,7*	7,2*	3,4
	15-17	0,7	4,4*	4,0*	1,7	0,0
	18-24	14,4*	13,3*	4,4*	4,0	0,4
	25-39	26,9*	25,4*	17,6*	8,6	4,7
	40-59	--	18,3*	14,3	12,0	10,3
Männer		362	527	477	442	383
	15-59	--	27,1*	19,1*	11,0	9,2
	15-39	29,3*	27,6*	19,7*	8,4	5,6
Frauen		381	531	639	646	525
	15-59	--	11,4*	8,7*	8,0*	4,2
	15-39	13,9*	12,6*	7,5*	6,0*	1,3

¹⁾ Angegeben ist die Stichprobengröße der Altersgruppe 15-59.

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

Nikotinabhängigkeit. In der Gruppe der 15- bis 59-Jährigen gab es zwischen 2000 und 2012 insgesamt keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz der Nikotinabhängigkeit. Tendenziell weisen die Werte bei beiden Geschlechtern auf eine leichte Zunahme der Prävalenz zwischen 2006 und 2012 hin (Tabelle 5-9).

Tabelle 5-9: Trends der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012

	Erhebungsjahr		
	2000	2006	2012
Gesamt	1.123	1.084	918
	9,7 (113)	9,8 (119)	11,4 (91)
Männer	482	445 (390)	444
	11,3 (56)	10,3 (49)	12,5 (39)
Frauen	641	639	528
	8,0 (57)	9,4 (70)	10,2 (52)

*) $p < .05$ für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2012. Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2012), Alter, (Geschlecht), Erhebungsmodus. Die Prävalenzzahlen können geringfügig von den berichteten Werten in früheren Berichten abweichen, da die Kodierung einzelner diagnostischer Kriterien angepasst wurde.

6 Medikamente

12-Monats-Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

Knapp zwei Drittel (65,5 %) der Befragten hatte in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente eingenommen, wobei die Prävalenz bei Frauen mit 72,1 % deutlich höher ist als bei Männern mit 58,8 % (Tabelle 6-1). Mit 52,2 % gaben weniger 50- bis 64-Jährige eine Medikamenteneinnahme in den letzten 12 Monaten an als die Jüngeren (18-49 Jahre) mit jeweils über 63 %.

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

Gesamt	Gesamt	Altersgruppen					
		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	62,9	58,7	64,0	67,2	63,6	76,5	49,5
Schlafmittel	5,1	3,0	1,0	4,6	2,7	7,7	6,8
Beruhigungsmittel	5,0	5,5	1,3	1,9	4,1	6,6	7,1
Anregungsmittel	1,2	2,3	1,6	1,9	0,5	1,9	0,6
Appetitzügler	1,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,6	1,6
Antidepressiva	5,5	1,2	0,0	3,5	6,7	7,9	6,0
Neuroleptika	1,6	0,0	0,0	1,6	0,9	2,9	1,8
Anabolika	0,4	0,0	2,2	0,0	0,0	0,7	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	65,5	61,6	64,0	69,2	69,0	77,8	52,2
Männer		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	56,2	51,8	50,9	51,2	59,5	74,6	42,7
Schlafmittel	2,6	1,2	0,7	0,0	0,0	5,8	3,6
Beruhigungsmittel	4,8	3,7	0,7	0,0	8,2	5,8	4,9
Anregungsmittel	1,0	3,3	1,3	3,8	0,0	1,3	0,0
Appetitzügler	0,3	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0
Antidepressiva	4,0	0,9	0,0	3,1	8,1	5,0	2,4
Neuroleptika	1,1	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	2,4
Anabolika	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	58,8	54,3	50,9	54,4	65,9	75,9	44,3
Frauen		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	69,5	66,1	76,4	82,4	67,7	78,6	56,1
Schlafmittel	7,6	4,9	1,2	9,0	5,3	9,7	9,8
Beruhigungsmittel	5,3	7,5	1,9	3,7	0,0	7,4	9,1
Anregungsmittel	1,4	1,2	1,8	0,0	0,9	2,6	1,2
Appetitzügler	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	3,1
Antidepressiva	6,9	1,6	0,0	3,9	5,3	10,9	9,4
Neuroleptika	2,1	0,0	0,0	0,0	1,8	5,9	1,2
Anabolika	0,8	0,0	4,4	0,0	0,0	1,4	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	72,1	69,4	76,4	83,4	72,1	79,9	59,9

Schmerzmittel wurden von Frauen und Männern in allen Altersgruppen am häufigsten genommen (62,9 %), wobei mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (69,5 % vs. 56,2 %). Die Einnahme von Schmerzmitteln wurde von den 50- bis 64-Jährigen (49,5 %)

seltener berichtet als von den anderen Altersgruppen. Alle anderen Medikamente wurden deutlich seltener eingenommen. Ein bedeutsamer Alterseffekt zeigt sich vor allem in Bezug auf Schlaf- und Beruhigungsmittel, die in der ältesten Altersgruppe häufiger eingenommen wurden als in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 6-1).

30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 6-2 hervorgeht, berichtete fast jeder vierte Befragte (23,4 %) die häufige, d. h. mindestens wöchentliche Einnahme irgendeines Medikaments der erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Frauen (27,9 %) nahmen häufiger als Männer (18,9 %) mindestens ein Medikament einmal oder häufiger pro Woche ein. Die mindestens einmal wöchentliche Medikamenteneinnahme ist mit zunehmendem Alter weiter verbreitet, geht bei Männern jedoch in der ältesten Altersgruppe wieder zurück.

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

Gesamt	Gesamt	Altersgruppen					
		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	19,3	10,2	12,0	15,5	19,6	27,8	17,6
Schlafmittel	1,8	1,6	0,4	0,0	0,0	4,1	2,5
Beruhigungsmittel	3,2	2,1	0,3	0,0	3,3	2,6	6,2
Anregungsmittel	0,4	0,6	0,6	0,0	0,0	0,6	0,6
Appetitzügler	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
Antidepressiva	3,7	0,8	0,0	1,8	5,4	5,3	3,8
Neuroleptika	1,2	0,0	0,0	0,8	0,9	1,6	1,8
Anabolika	0,5	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,5
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	23,4	12,8	13,0	17,7	26,8	31,9	21,6
Männer		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	15,3	1,2	10,8	10,6	21,0	26,6	6,9
Schlafmittel	1,3	0,0	0,7	0,0	0,0	4,6	0,4
Beruhigungsmittel	2,9	2,5	0,7	0,0	6,6	1,3	3,6
Anregungsmittel	0,4	0,0	1,3	0,0	0,0	1,3	0,0
Appetitzügler	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antidepressiva	3,2	0,0	0,0	1,6	6,5	3,8	2,4
Neuroleptika	0,9	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	2,3
Anabolika	0,4	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	18,9	3,7	12,9	14,0	29,3	29,4	8,5
Frauen		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
Schmerzmittel	23,2	19,9	13,1	20,2	18,2	29,0	27,9
Schlafmittel	2,3	3,3	0,0	0,0	0,0	3,5	4,6
Beruhigungsmittel	3,5	1,6	0,0	0,0	0,0	4,0	8,7
Anregungsmittel	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Appetitzügler	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Antidepressiva	4,3	1,6	0,0	2,0	4,4	6,9	5,1
Neuroleptika	1,5	0,0	0,0	0,0	1,8	3,3	1,2
Anabolika	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,1
Mindestens ein Medikament (ohne Anabolika)	27,9	22,8	13,1	21,2	24,4	34,5	34,5

Die mit großem Abstand am häufigsten mindestens wöchentlich eingenommenen Medikamente waren wiederum Schmerzmittel (19,3 %). Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 3,7 % der Gesamtstichprobe an, Beruhigungsmittel wurden von 3,2 % und Schlafmittel von 1,8 % der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen (Tabelle 6-2). Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung nahmen 377.000 Frauen (95 %-KI: 331.000 - 425.000) und 267.000 Männer (95 %-KI: 216.000 - 326.000) in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung mindestens einmal pro Woche ein Medikament ein.

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

Nach den Kriterien des DSM-IV weisen 2,7 % der Befragten eine Schmerzmittelabhängigkeit auf. Frauen zeigen mit 2,8 % einen geringfügig höheren Anteil als Männer (2,6 %). In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen ist die Prävalenz abhängiger Schmerzmitteleinnahme mit 5,6 % am höchsten (Tabelle 6-3). Bezogen auf den missbräuchlichen Schmerzmittelgebrauch (Gesamt: 11,1 %) gab es kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die höchste Prävalenzrate für Schmerzmittelmissbrauch hatte die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen (19,5 %).

Tabelle 6-3: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schmerzmitteln nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	994	423	571	142	165	140	154	188	205
Missbrauch	11,1 (94)	11,1	11,2	7,2	6,7	14,0	8,3	19,5	7,3
	993	424	569	142	166	140	154	186	205
Abhängigkeit	2,7 (26)	2,6	2,8	2,1	5,6	0,5	1,8	3,4	2,7

Gemäß dem DSM-IV erfüllten 0,4 % der Gesamtstichprobe die Kriterien für eine Schlafmittelabhängigkeit, 0,4 % der Frauen und 0,3 % der Männer. Von einem Schlafmittelmissbrauch berichteten 1,1 % der Befragten, wiederum mehr Frauen als Männer (1,8 % vs. 0,4 %). Sowohl für Missbrauch als auch für Abhängigkeit sind die höchsten Prävalenzzahlen in den beiden höchsten Altersgruppen zu beobachten (Tabelle 6-4).

Tabelle 6-4: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Schlafmitteln nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1.009	429	580	144	165	143	158	190	209
Missbrauch	1,1 (9)	0,4	1,8	0,8	0,4	0,0	0,0	0,7	3,0
	1.008	429	579	144	165	143	158	189	209
Abhängigkeit	0,4 (3)	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,4

Eine Beruhigungsmittelabhängigkeit wiesen 0,4 % aller Befragten auf. Geschlechtsunterschiede sind marginal. Insgesamt erfüllten weiterhin 1,0 % der Probanden die Kriterien für einen missbräuchlichen Konsum von Beruhigungsmitteln, darunter etwas mehr Frauen als Männer (1,1 % vs. 0,8 %). Die höchsten Prävalenzwerte finden sich in den älteren Alterskohorten (Tabelle 6-5)

Tabelle 6-5: Anteil der Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung von Beruhigungsmitteln nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1.009	428	581	144	165	143	158	191	208
Missbrauch	1,0 (7)	0,8	1,1	1,4	0,3	0,5	0,8	0,0	2,2
	1.009	428	581	144	165	143	158	191	208
Abhängigkeit	0,4 (3)	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,8	0,4	0,4

Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung erfüllten insgesamt 63.000 (95 %-KI: 43.000 – 93.000) Personen die Kriterien für eine Schmerzmittelabhängigkeit, davon 30.000 (95 %-KI: 17.000 – 54.000) Männer und 33.000 (95 %-KI: 18.000 – 60.000) Frauen. Die Kriterien für Schlafmittelabhängigkeit wurden von insgesamt 8.000 (95 %-KI: 3.000 – 23.000) Personen erfüllt. Insgesamt 9.000 (95 %-KI: 1.000 – 63.000) Personen wiesen eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln auf.

Trends

30-Tage-Prävalenz der häufigen Medikamenteneinnahme. Ein Vergleich der Angaben zur häufigen Medikamenteneinnahme in den letzten 30 Tagen zeigt eine zunehmende Bedeutung der Schmerzmittel über die Erhebungsjahre, insbesondere für Frauen (Tabelle 6-6). Während 1995 nur 5,7 % der 15- bis 59-jährigen Probanden angaben, im letzten Monat Schmerzmittel mindestens einmal wöchentlich eingenommen zu haben, waren es im Jahr 2000 11,9 %, 2006 14,1 % und 2012 17,4 %. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass diese Zunahme vor allem auf einen gestiegenen Gebrauch unter Frauen zurückzuführen ist. In der Gesamtstichprobe hat sich weiterhin die Prävalenz der häufigen Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Appetitzüglern zwischen 1995 und 2012 reduziert. Diese Veränderungen sind wiederum ausschließlich auf das Gebrauchsmuster von Frauen zurückzuführen.

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

Gesamt	Erhebungsjahr			
	1995	2000	2006	2012
Schmerzmittel	5,7*	11,9*	14,1*	17,4
Schlafmittel	4,5*	2,2	2,3	1,8
Beruhigungsmittel	6,6*	2,4	2,1	2,8
Anregungsmittel	1,7	0,5	0,3	0,5
Appetitzügler	0,7*	0,9*	0,3	0,2
Antidepressiva	--	2,5	2,6	4,0
Neuroleptika	--	1,1	0,6	1,2
Männer				
Schmerzmittel	3,4*	11,7	13,9	13,6
Schlafmittel	3,3	2,3	2,9	0,5
Beruhigungsmittel	5,6	2,5	2,1	3,1
Anregungsmittel	2,2	0,3	0,4	0,6
Appetitzügler	0,8	0,5	0,3	0,0
Antidepressiva	--	2,2	2,4	3,9
Neuroleptika	--	1,0	1,0	1,1
Frauen				
Schmerzmittel	8,0*	12,1*	14,2*	21,2
Schlafmittel	5,8	2,0	1,8	3,0
Beruhigungsmittel	7,6*	2,3	2,1	2,6
Anregungsmittel	1,1	0,7	0,2	0,4
Appetitzügler	0,6*	1,2*	0,3	0,4
Antidepressiva	--	2,9	2,7	4,2
Neuroleptika	--	1,2	0,2	1,3

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

12-Monats-Prävalenz von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittelabhängigkeit. Ausgehend von den DSM-IV-Kriterien zeigen sich zwischen 2000 und 2012 keine signifikanten Veränderungen in der Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Tabelle 6-7).

Tabelle 6-7: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittelabhängigkeit nach DSM-IV bei 15- bis 59-Jährigen, 2000-2012

	Erhebungsjahr	
	2000	2012
Gesamt		
Schmerzmittel	2,7 (26)	3,0 (25)
Schlafmittel	0,6 (5)	0,5 (3)
Beruhigungsmittel	1,1 (12)	0,5 (3)
Männer		
Schmerzmittel	2,1 (8)	2,8 (9)
Schlafmittel	0,7 (2)	0,4 (1)
Beruhigungsmittel	0,6 (2)	0,4 (1)
Frauen		
Schmerzmittel	3,3 (18)	3,1 (16)
Schlafmittel	0,5 (3)	0,6 (2)
Beruhigungsmittel	1,7 (10)	0,6 (2)

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

7 Diskussion

Illegale Drogen

Ein großer Teil (42,5 %) der Befragten zwischen 15 und 64 Jahren hat bereits Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Während bei insgesamt 41,5 % Erfahrung mit Cannabis vorliegt, berichteten 16,0 % (mit oder ohne Cannabiserfahrung), jemals andere illegale Drogen konsumiert zu haben.

Als aktuelle (12-Monats-) Cannabiskonsumanten können 11,3 % der 15- bis 64-Jährigen bezeichnet werden. Die Rate liegt in allen beobachteten Altersgruppen in Berlin deutlich über der der Bund-Erhebung des ESA (z.B. 25-29 Jahre: 24,4 % vs. 9,8 %; Pabst et al., 2013). Vergleichswerte liegen zudem aus Thüringen vor, wo ebenfalls eine eigenständige Erhebung im Altersbereich von 18 bis 64 Jahren durchgeführt wurde. Dort liegt der Anteil an Cannabiskonsumanten ebenfalls niedriger als in Berlin (25-29 Jahre: 10,9 %; Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a). Für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen liegen keine Vergleichsdaten des ESA aus anderen Bundesländern vor. Ergebnisse einer Schülerbefragung zeigen jedoch, dass in Berlin auch Jugendliche im Vergleich mit anderen Bundesländern höhere Prävalenzen des Cannabiskonsums aufweisen (Gomes de Matos et al., in Druck).

Der Konsum anderer illegaler Substanzen ist in Berlin gegenüber der Bund-Erhebung ebenfalls erhöht. Dies gilt insbesondere für Amphetamine (1,6 % vs. 0,7 %), Ecstasy (1,3 % vs. 0,4 %) und Kokain (2,6 % vs. 0,8 %). Die vergleichsweise höheren Werte finden sich auch innerhalb der Altersgruppen und können damit nicht durch den erweiterten Altersbereich der Berliner Erhebung erklärt werden. Dem hohen Konsum illegaler Drogen in Berlin liegt vermutlich ein Urbanisierungseffekt zu Grunde. Eine interne Berechnung der Bund-Daten (Daten nicht berichtet) zeigt einen deutlichen Anstieg verschiedener Konsumparameter illegaler Drogen mit zunehmender Gemeindegrößenklasse. Beispielsweise liegt die 30-Tage-Prävalenz der Einnahme irgendeiner illegalen Substanz in Gemeinden mit über 500.000 Einwohnern um mehr als das 6-fache über der von Gemeinden mit unter 2.000 Einwohnern. Es wird angenommen, dass der höhere Konsum in großen Städten auf die erhöhte Verfügbarkeit zurückgeht (Tretter & Kraus, 2004). In Bezug auf Cannabis trägt zudem möglicherweise ein liberalerer Umgang zur stärkeren Verbreitung des Konsums bei. Berlin weist vergleichsweise hohe Richtwerte für die Klassifizierung geringer Mengen auf, wodurch häufiger als in anderen Bundesländern von Strafverfolgung abgesehen wird (Körner, Patzak & Volkmer, 2012; Schäfer & Paoli, 2006).

Die Daten zeigen ein Geschlechtergefälle mit einem höheren Konsum illegaler Drogen unter Männern. Dieses ist umso stärker, je kürzer der Zeitraum ist, nach dem gefragt wurde. So beträgt die Differenz der Lebenszeitprävalenzen für den Konsum irgendeiner illegalen Droge etwa einen Prozentpunkt (43,7 % vs. 42,5 %), während die 30-Tage-Prävalenz bei Männern doppelt so hoch liegt wie bei Frauen (7,9 % vs. 3,9 %). Daraus kann geschlossen werden, dass Drogenerfahrungen bei Frauen häufiger einen Probier- und Gelegenheitskonsum darstellen.

In der Altersstruktur bestehen deutliche Abweichungen der Berliner Daten zur Bund-Erhebung des ESA. Zwar ist der Konsum illegaler Drogen in beiden Stichproben unter jungen Erwachsenen am stärksten verbreitet. In Berlin zeigt sich jedoch ein vergleichsweise flacherer Rückgang des Konsums mit zunehmendem Alter. Während beispielsweise die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen zur vorherigen Altersgruppe auf Bundesebene um fast die Hälfte niedriger liegt (5,6 % vs. 9,8 %), ist sie in Berlin nur etwa um ein Viertel niedriger (17,3 % vs. 22,0 %). Die zusätzliche Erfassung der 15- bis 17-Jährigen in Berlin zeigt, dass insbesondere der Cannabiskonsum auch unter Jugendlichen weit verbreitet ist. Die 30-Tage-Prävalenz ist in dieser Altersgruppe sogar am höchsten. Andere illegale Substanzen wurden von 15- bis 17-Jährigen hingegen seltener konsumiert als von jungen Erwachsenen ab 18 Jahren.

Die Hälfte aller 12-Monats-Konsumenten von Cannabis (54,8 %) nahm die Substanz in diesem Zeitraum maximal 5mal zu sich und weist damit einen Probier- oder Gelegenheitskonsum auf. Immerhin jeder Zehnte (9,0 %) konsumierte hingegen täglich oder fast täglich (200mal oder öfter) Cannabis. Unter Konsumenten der letzten 30 Tage ist sogar jeder Vierte (24,6 %) als täglicher oder fast täglicher Konsument zu bezeichnen (20mal oder öfter). Damit zeigt ein wesentlicher Anteil der Konsumenten einen riskanten Substanzgebrauch, der höher liegt als in der Thüringer Vergleichsstichprobe (18- bis 64-Jährige). Dort weisen 16,0 % der 30-Tages-Konsumenten einen (fast) täglichen Gebrauch auf (Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a).

Der Gebrauch mehrerer illegaler Drogen ist ebenfalls als riskantes Konsummuster zu bewerten und häufig mit einer erhöhten Gefahr für exzessiven Substanzkonsum verbunden (Leri, Bruneau & Stewart, 2003). In Berlin nahm jeder vierte aktuelle (12-Monats) Drogenkonsument (26,8 %) mindestens eine weitere illegale Substanz im selben Zeitraum ein (simultan oder zu verschiedenen Gelegenheiten). Polykonsumenten illegaler Drogen weisen verstärkt Einschränkungen der psychischen Gesundheit auf (Booth et al., 2010; Byqvist, 1999). Kokkevi und Kollegen (2012) nehmen an, dass eine zunehmende Anzahl konsumierter Substanzen mit einem steigenden Risiko für Suizidversuche assoziiert ist.

Von einer Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV ist bei 0,8 % der Bevölkerung auszugehen, von einem Missbrauch bei 1,2 %. Für Deutschland (18- bis 64-Jährige) liegen die Prävalenzen bei je 0,5 %. Damit ist insbesondere der Cannabismissbrauch in Berlin vergleichsweise häufig. Dies wird auch bei der Betrachtung der einzelnen Altersgruppen deutlich.

Die Ergebnisse des Erstkonsumalters sind vor dem Hintergrund zu bewerten, dass ein frühes Einstiegsalter mit psychosozialen Problemen, exzessivem Substanzkonsum und neurologischen Defiziten in Verbindung steht (Fergusson, Boden & Horwood, 2006; Hermann, 2011; Meier et al., 2012; Sydow von et al., 2002; Wilson et al., 2000). Es bestehen Hinweise darauf, dass der Konsum über indirekte und interaktive Prozesse zumindest teilweise ursächlich für diese Benachteiligungen ist (Fergusson & Horwood, 1997; Meier et al., 2012; Simons & Carey, 2006). In Berlin zeigen sich Kohortenunterschiede im Einstiegsalter des Cannabiskonsums. Über die Alterskohorten hinweg zeigt sich zunächst ein zunehmend früherer Einstieg; in den beiden jüngsten Kohorten steigt das Einstiegsalter jedoch wieder

etwas an. Vergleichsdaten aus Thüringen zeigen ein ähnliches Muster eines Rückgangs des Erstkonsumalters bei zunehmend jüngeren Kohorten, gefolgt von einem Anstieg bei den 18- bis 24-Jährigen.

Die Prävalenz des Cannabisgebrauchs stieg nach dem Jahr 1995 kontinuierlich an. Der Verlauf weicht damit vom Trend in der Bund-Erhebung ab, bei dem die 12-Monats-Prävalenz ab Mitte der 2000er Jahre leicht rückläufig ist. Für die übrigen Substanzen zeigt sich im beobachteten Zeitraum mit Ausnahme von Opiaten ebenfalls ein Anstieg in der Lebenszeit-Prävalenz, wohingegen die Verläufe der 12-Monats-Prävalenzen variieren. Während die Werte für Amphetamine und Kokain/Crack steigen, sind sie für Ecstasy rückläufig. Ein signifikanter Anstieg zur letzten Erhebung im Jahr 2006 ist für die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis und Kokain/Crack festzustellen. Daten der Deutschen Suchthilfestatistik weisen darauf hin, dass die Cannabis- und Kokainproblematik proportional zu anderen Substanzen in Berlin ausgeprägter ist als in anderen Regionen. Danach ist in Berlin ein vergleichsweise größerer Anteil aller erbrachten Suchthilfeleistungen durch diese beiden Substanzen bedingt (Steppan, Künzel & Pfeiffer-Gerschel, 2012).

Alkohol

Die Ergebnisse des ESA 2012 in Berlin zeigen deutlich, dass Alkohol die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz ist. Insgesamt gaben 87,5 % der befragten 15- bis 64-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Alkohol getrunken zu haben. Nur 4,6 % waren lebenslang abstinent und weitere 7,9 % hatten zwar Alkoholerfahrung, haben jedoch in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung auf Alkohol verzichtet. Insgesamt lebten 13,7 % der befragten Männer und 11,2 % der Frauen im letzten Jahr abstinent. Zudem waren deutliche Altersunterschiede erkennbar. Während 36,2 % der 15- bis 17-Jährigen in den letzten 12 Monaten auf Alkohol verzichteten, waren es unter 50- bis 64-Jährigen nur 12,3 %. Der Anteil Abstinenter der letzten 12 Monate ist in allen vergleichbaren Altersgruppen in Berlin etwas höher als in der Bund-Erhebung (Pabst et al., 2013).

Im Hinblick auf regionale Unterschiede zeigt sich, dass der Anteil der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre), die in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken hatten, mit 73,1 % in Berlin (Daten nicht im Ergebnisteil dargestellt) etwas niedriger liegt als in Thüringen (75,5 %; Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a). Auch der Anteil jugendlicher Alkoholkonsumenten ist in Berlin im Vergleich zu anderen Studien verhältnismäßig gering. Nur gut ein Drittel (34,0 %) der befragten 15- bis 17-Jährigen in Berlin gab an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. In der Berlin-Erhebung von 2006 hatten mit 64,6 % noch fast doppelt so viele Jugendliche Alkohol getrunken (Kraus et al., 2008). Eine deutlich höhere Prävalenz des Alkoholkonsums stellen auch aktuelle Jugendstudien unter 15- bis 17-Jährigen in Frankfurt am Main (zwischen 62 % und 66 %; Bernard, Wersé & Schell-Mack, 2013) und unter 14- bis 17-Jährigen in Hamburg (60,3%; Baumgärtner & Kestler, 2013) fest.

Die Mehrheit der Konsumenten der letzten 30 Tage trank auf risikoarmem Niveau Alkohol. Allerdings konsumierten insgesamt 18,1 % der Befragten mehr als die empfohlene durchschnittliche Tageshöchstmenge von 12 Gramm Reinalkohol für Frauen bzw. 24 Gramm Reinalkohol für Männer. Die mit Abstand niedrigste Prävalenz findet sich unter 15- bis 17-Jährigen (7,4 %). In den älteren Altersgruppen zeigt sich ein u-förmiger Verlauf mit höheren Prozentwerten im jungen und älteren Erwachsenenalter. Interessanterweise liegt der Anteil weiblicher Risikokonsumenten in Berlin mit insgesamt 19,5 % über dem der Männer (16,8 %). Die Daten der Bund-Erhebung deuten auf gegenläufige Geschlechtsunterschiede auf einem insgesamt leicht niedrigeren Niveau hin (18- bis 64-Jährige: 15,6 % männliche und 12,8 % weibliche riskante Konsumenten, Pabst et al., 2013). Damit haben in Berlin vor allem junge erwachsene Frauen ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgeschäden durch Alkoholkonsum.

Neben dem Durchschnittskonsum steigt das Risiko insbesondere für akute alkoholbezogene Folgen wie Unfälle, Verletzungen, Gewalt, Selbstmord oder interpersonelle Probleme mit der Häufigkeit episodischen Rauschtrinkens deutlich an (Bondy, 1996; Kraus et al., 2009; Kuntsche et al., 2008; Rehm & Gmel, 1999; Rehm, Greenfield & Rogers, 2001). In der vorliegenden Studie gaben insgesamt 42,9 % der Männer und 27,8 % der Frauen an, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag konsumiert zu haben. Rauschtrinken ist besonders unter jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren verbreitet und nimmt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern deutlich ab. Die Prävalenz des Rauschtrinkens in den verschiedenen Altersgruppen entspricht in etwa derjenigen der Bund-Erhebung (Pabst et al., 2013). Für junge Erwachsene zwischen 18 und 24 Jahren liegen die Schätzungen für mindestens einmaliges Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen in Berlin (58,2 %) jedoch deutlich über denen in Thüringen (45,7 %; Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a). Im Gegensatz dazu ist Rauschtrinken unter Jugendlichen in Berlin weniger verbreitet als in anderen Bundesländern. Unter den befragten Neunt- und Zehntklässlern der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) war die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens in Berlin am geringsten (37,6 %) und lag in allen anderen Bundesländern, die an der Studie beteiligt waren (Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommer, Thüringen), mit über 50 % deutlich darüber (Gomes de Matos et al., in Druck; Kraus, Pabst et al., 2013b).

Insgesamt 3,6 % der Befragten in Berlin konnten in der aktuellen Erhebung auf Grundlage des DSM-IV als alkoholabhängig klassifiziert werden. Dabei finden sich keine Geschlechtsunterschiede (Frauen: 3,6 % vs. Männer: 3,5 %). Im Gegensatz dazu war in der Bund-Stichprobe der Anteil Abhängiger bei Männern mit 4,8 % deutlich höher als bei Frauen mit 2,0 % (Pabst et al., 2013). Klare Geschlechtsunterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich der Prävalenz von Alkoholmissbrauch in Berlin (Frauen: 3,3 % vs. Männer: 7,4 %).

Von den 18- bis 64-Jährigen erhielten in Berlin 3,5% die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit (Daten nicht im Ergebnisteil berichtet). Dieser Wert ist vergleichbar mit der Schätzung der Bund-Stichprobe (3,4%) und liegt deutlich über dem Wert für Thüringen (1,9%). Der Anteil an Personen mit Alkoholmissbrauch zwischen 18 und 64 Jahren ist in Berlin mit 5,3% (Daten nicht im Ergebnisteil berichtet) sowohl gegenüber der Bund-Erhebung (3,1%) als auch ge-

genüber der Erhebung Thüringens (2,6%) deutlich erhöht (Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a; Pabst et al., 2013). Vor allem die jüngeren Altersgruppen bis 30 Jahre sind von alkoholbezogenen Störungen betroffen. Dieser Befund, der sich auch auf Bundesebene sowie in verschiedenen internationalen Studien findet (Harford et al., 2005; Teesson et al., 2010), dürfte sich zum einen durch ein vergleichsweise riskantes Trinkverhalten erklären. Zum anderen gibt es Evidenz für eine Überschätzung einzelner DSM-IV Kriterien unter jungen Erwachsenen, sodass die Prävalenz zumindest zum Teil messfehlerbehaftet sein dürfte (Chung & Martin, 2005; Pabst et al., 2012). Zudem ist nicht auszuschließen, dass ältere Alkoholabhängige schwerer zu erreichen sind und ihre Antwortbereitschaft geringer ist.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass unter Frauen das Einstiegsalter in den regelmäßigen Alkoholkonsum umso früher erfolgte, je später eine Person geboren ist. Dies gilt jedoch nur bis zu den heute 25- bis 29-Jährigen. Unter Personen, die später geboren sind findet tendenziell wieder eine Verzögerung des Einstiegsalters statt. Auf Bundesebene berichtet auch die Drogenaffinitätsstudie eine Verzögerung des Erstkonsumalters in den letzten Jahren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

Im Hinblick auf die zeitliche Entwicklung des Alkoholkonsums in Berlin ist seit 1995 insgesamt ein positiver Verlauf mit einer Verschiebung von riskantem hin zu risikoarmem Konsum zu verzeichnen. Allerdings waren seit 2006 keine statistisch bedeutsamen Veränderungen im Alkoholkonsum mehr zu beobachten. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt weiterhin, dass der rückläufige Trend vor allem mit sinkenden Konsumwerten unter Männern assoziiert ist, während der Konsum unter Frauen auf niedrigerem Niveau stabil bleibt. Damit ist in Berlin wie in der Bund-Erhebung eine Verringerung der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alkoholkonsum in den letzten Jahren festzustellen (Kraus, Pabst et al., 2013b). Getränkespezifische Verschiebungen waren in den letzten sechs Jahren nicht zu beobachten. Bier und Wein/Sekt werden nach wie vor häufiger und Spirituosen seltener konsumiert. Im Vergleich zu 1995 ist allerdings ein Rückgang des Wein/Sekt- und Spirituosenkonsums zu beobachten, während der Anteil an Biertrinkern unter Männern ab- und unter Frauen zugenommen hat. Darüber hinaus zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in der Prävalenz episodischen Rauschtrinkens in Berlin seit dem Jahr 2000. Dieses Ergebnis überdeckt allerdings substantielle subgruppenspezifische Entwicklungen. Ein deutlicher Anstieg in der Prävalenz dieses riskanten Konsummusters ist insbesondere unter 18- bis 24-jährigen Personen beiderlei Geschlechts seit dem Jahr 2000 und unter 25- bis 39-jährigen Männern seit dem Jahr 2006 zu erkennen. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich in der Bund-Stichprobe, wenngleich der Trend weit weniger deutlich ist als in Berlin (Kraus, Pabst et al., 2013b). In Thüringen sind hingegen keine bedeutsamen Veränderungen im Rauschtrinken beobachtbar (Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a). Insgesamt dürfte das Risiko für negative alkoholbezogene Probleme bei jungen Erwachsenen in den nächsten Jahren eher zu- als abnehmen. Stringente alkoholpolitische Maßnahmen sind daher dringend angezeigt. Eine positive Entwicklung des Rauschtrinkens ist wiederum unter 15- bis 17-Jährigen zu erkennen. Seit 2006 hat sich die Prävalenz des Rauschtrinkens in dieser Altersgruppe von 35,8 % auf 16,3 % mehr als halbiert.

Tabak

Tabak ist nach Alkohol das am weitesten verbreitete Suchtmittel in Berlin, ebenso wie in der gesamten Bundesrepublik. Im Jahr 2012 konnten in Berlin insgesamt 39,2 % der Männer und 28,4 % der Frauen als aktuelle Raucher bezeichnet werden. Betrachtet man nur den Altersbereich der 18- bis 64-Jährigen, liegen die Raten bei 40,3 % bzw. 28,9 % (Daten nicht im Ergebnisteil berichtet). Im Vergleich zur Bund-Erhebung (Männer: 34,0 %; Frauen: 26,2 %) ist die Prävalenz in der Hauptstadt erhöht (Pabst et al., 2013). Ähnliche Raucheranteile zeigen sich hingegen in Thüringen (Männer: 38,2 %; Frauen: 29,2 %; Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a).

Die Prävalenz des Rauchens ist in den mittleren Altersgruppen der 25- bis 49-Jährigen am höchsten. Mit zunehmendem Alter steigt hingegen der Anteil der Exraucher, was vor allem auf den Anstieg tabakbedingter Erkrankungen im Alter zurückzuführen sein dürfte (Lampert, 2013). Als positiv ist der vergleichsweise sehr niedrige Anteil aktueller Raucher bei 15- bis 17-jährigen Jugendlichen in Berlin zu bewerten (11,7 %). Auch wenn der Altersbereich anderer Studien nicht identisch ist, zeigen Befragungen aus Frankfurt am Main (15- bis 18-Jährige) und Hamburg (14- bis 17-Jährige) deutlich höhere 30-Tage-Prävalenzen (Frankfurt: 44 %, Hamburg: 34,2 %; Baumgärtner and Kestler, 2013; Bernard et al., 2013). Da in der Bund-Erhebung die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen nicht erhoben wurde, ist kein Vergleich auf Bundesebene möglich. Eine niedrige und sinkende Rauchprävalenz vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist gesundheitspolitisch von besonderer Bedeutung, da dadurch auf lange Sicht ein Rückgang der tabak-attributablen Erkrankungen und Todesfälle zu erwarten ist, die einen erheblichen Anteil an der Krankheitslast in Deutschland haben (Mons, 2011) und immense Kosten verursachen (Neubauer et al., 2006).

Etwa 326.000 Personen in Berlin sind tabakabhängig. Die Prävalenz liegt unter jungen Erwachsenen bis 24 Jahre niedriger als in der Bund-Stichprobe, in den höheren Altersgruppen hingegen darüber. Betrachtet man nur die Gruppe der aktuellen Raucher, ist etwa jeder Dritte von einer Abhängigkeit betroffen. In internationalen Studien wird sogar von bis zu 50 % abhängigen Rauchern ausgegangen (Hughes, Helzer & Lindberg, 2006). Unter den psychoaktiven Substanzen weist Tabak die mit Abstand höchste Rate an Personen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung auf. Allerdings ist das Angebot und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten deutlich schlechter als bei anderen Substanzen. In der Suchthilfe spielt die Behandlung der Tabakabhängigkeit keine Rolle (Pfeiffer-Gerschel, Künzel & Steppan, 2011). Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass eine Psychotherapie in der Tabakentwöhnung bislang nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist (Batra, Hering & Mühlig, 2012).

Stärker als bei den meisten anderen psychoaktiven Substanzen zeigt sich beim Tabakkonsum ein erheblicher Einfluss der sozialen Schicht auf die Konsumgewohnheiten. So ist der Anteil der aktuellen Raucher bei Personen der niedrigen Sozialschicht (Männer: 54,9 %; Frauen: 41,7 %) deutlich höher als in der hohen Sozialschicht (Männer: 29,2 %; Frauen: 17,3 %). Letztere weist dagegen einen höheren Anteil an Exrauchern auf. Aus der internationalen Literatur weiß man, dass sich dieses Verhältnis im Laufe der Zeit verschoben hat. So

besagt die Diffusionstheorie, dass zu Beginn der „Tabakepidemie“, als die Substanz relativ neu war, vor allem die hohen sozialen Schichten konsumiert haben, weil diese Personen es sich leisten konnten. Im Laufe der Zeit haben die niedrigeren Schichten das Verhalten der Oberschicht übernommen, was dadurch begünstigt wurde, dass die Substanz zunehmend günstiger zu erwerben war. Im Gegensatz zu diesem im Zeitverlauf steigenden Raucheranteil in den unteren Schichten geht die Prävalenz zuerst in der hohen Sozialschicht wieder zurück, da u.a. gesundheitliche Bedenken zuerst von dieser Personengruppe wahrgenommen werden (Lopez, Collishaw & Piha, 1994; Pampel, 2005). Dieses Muster konnte für Deutschland in mehreren Studien bestätigt werden (Piontek et al., 2010; Schulze & Mons, 2006).

In den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren hat es in Deutschland eine Reihe gesundheitspolitischer Neuregelungen gegeben, die u.a. mit dem Ziel umgesetzt wurden, den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003). Zu diesen Änderungen zählen insbesondere Preissteigerungen durch mehrere Anhebungen der Tabaksteuer, Novellierungen der Arbeitsstättenverordnung und des Jugendschutzgesetzes, die Einführung des Nichtraucherchutzgesetzes und die Einschränkung von Tabakwerbung (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2009; Lampert, 2013). In Kombination mit einer gestiegenen Aktivität im Bereich der Verhaltensprävention mögen diese Veränderungen dazu beigetragen haben, dass der Tabakkonsum in Berlin wie in Gesamtdeutschland seit den 1990er Jahren deutlich zurückgegangen ist. Dieser rückläufige Trend wird von zahlreichen regionalen und bundesweiten Studien bestätigt (Baumgärtner and Kestler, 2013; Bernard et al., 2013; Kraus, Pabst et al., 2013b; Lampert, 2011; Müller et al., 2010). Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung darf man jedoch nicht vernachlässigen, dass es bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt, die eine unverändert hohe Raucherrate aufweisen. Hiervon sind insbesondere ältere Personen betroffen, die vermutlich bereits seit vielen Jahren rauchen und es nicht schaffen aufzuhören. Dies legt nahe, dass die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahre vor allem dazu beigetragen haben, dass weniger junge Menschen mit dem Rauchen beginnen, langjährige Raucher jedoch andere Angebote benötigen, um ihren Konsum zu beenden.

Medikamente

Psychoaktive Medikamente unterscheiden sich von Substanzen wie Alkohol oder illegale Drogen durch die Motivation, mit der sie eingenommen werden. Der Gebrauch aus medizinischen Gründen ist hier vorrangig, während der Konsum zu Genuss- oder Rauschzwecken eher selten ist. Mit zwei Dritteln (65,5 %) berichtete ein erheblicher Anteil der Befragten zwischen 15 und 64 Jahren, in den letzten 12 Monaten mindestens ein Medikament eingenommen zu haben (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika).

Von den erfragten Medikamentengruppen wurden Schmerzmittel mit 62,9 % mit Abstand am häufigsten eingenommen. Die hohe Anzahl an verschreibungsfreien Schmerzmittelpräpara-

ten im Vergleich zu anderen Arzneimittelgruppen (Schwabe & Paffrath, 2012) dürfte dabei eine Rolle spielen. Eine Sekundäranalyse aggregierter Verkaufszahlen legt nahe, dass insbesondere die Schmerzbehandlung häufig in Eigenmedikation erfolgt. So werden etwa 80 % aller verkauften Packungen an Schmerzmitteln ohne Rezept abgegeben (Glaeske, 2013). Der Anteil des 12-Monats-Gebrauchs von Schmerzmitteln unter 18- bis 64-Jährigen liegt bei 63,1 % (Daten nicht im Ergebnisteil berichtet) und damit geringfügig über dem bundesweiten Anteil von 61,9 % (Pabst et al., 2013).

Jeder vierte Befragte (23,4 %) berichtete eine häufige, d.h. mindestens einmal wöchentliche Einnahme eines Medikaments. Daten aus Thüringen zeigen deutlich höhere Werte unter 18- bis 24-Jährigen sowie unter 50- bis 64-Jährigen, und deutlich geringere Werte unter Personen des mittleren Erwachsenenalters (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2013). Wie auch bei der 12-Monats-Prävalenz stellen Schmerzmittel mit 19,3 % die meistgenutzte Medikamentengruppe dar. Darauf folgen mit erheblich geringeren Prävalenzen Antidepressiva (3,7 %) und Beruhigungsmittel (3,2 %).

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

Geschlechtsunterschiede bestehen auch in den Altersverteilungen der Arzneimittleinnahme. Bei Männern steigt sowohl der mindestens einmalige als auch der häufige Schmerzmittelgebrauch ab einem Alter von 30 bis 39 Jahren zunächst an und fällt in der höchsten Altersgruppe stark ab. Bei Frauen fällt die 12-Monats-Prävalenz ebenfalls in der höchsten Altersgruppe deutlich ab, nicht aber die Prävalenz des häufigen Gebrauchs. Der Rückgang der häufigen Einnahme unter Männern über 50 Jahre überrascht angesichts des steigenden Risikos chronischer Schmerzerkrankungen mit zunehmendem Alter (Häuser et al., 2013) und findet sich im Bundesland Thüringen nicht wieder (Kraus, Gomes de Matos et al., 2013a).

Die altersspezifische Betrachtung des Gebrauchs von Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln zeigt, dass insbesondere die häufige Einnahme vorrangig ein Phänomen des mittleren bis höheren Erwachsenenalters ist. Ein zusätzlicher Gipfel findet sich jedoch jeweils in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen. Dies ist insbesondere deshalb bemerkenswert, da gezeigt werden konnte, dass ein hoher Anteil der Konsumenten psychotroper Medikamente im Kindes- und Jugendalter keinerlei Auffälligkeiten im emotionalen oder Verhaltensbereich aufweist (Koelch et al., 2009). Dies könnte auf die Verbreitung einer – ärztlich ver-

schriebenen oder in Eigenmedikation durchgeführten – unsachgemäßen Verwendung der Substanzen hinweisen.

Etwa jeder zehnte Befragte (11,1 %) weist einen Schmerzmittelmissbrauch auf und 2,7 % zeigen eine entsprechende Abhängigkeit. Zusammengenommen sind schmerzmittelbezogene Störungen damit etwa so häufig wie die Nikotinabhängigkeit. Die Missbrauchs- und Abhängigkeitsprävalenzen bezüglich Schlaf- und Beruhigungsmittel liegen mit maximal 1,1 % deutlich niedriger. Der Vergleich mit den Einnahmeprävalenzen macht jedoch deutlich, dass ein bedeutender Teil der Nutzer betroffen ist. Schlaf- und Beruhigungsmittel stellen die Medikamentengruppen mit dem größten Abhängigkeits- und Missbrauchspotential dar (Glaeske, 2013). Im Vergleich mit der Bund-Erhebung besteht in Berlin eine erhöhte Prävalenz der Schmerzmittelabhängigkeit im jungen Erwachsenenalter bis 24 Jahre sowie des Schmerzmittelmissbrauchs im Alter ab 40 Jahren. Die Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist hingegen in Berlin in allen vergleichbaren Altersgruppen geringer (Pabst et al., 2013).

Die vorgestellten Trenddaten weisen auf spezifische Entwicklungen für die unterschiedlichen Medikamentengruppen hin. Der häufige Konsum von Schmerzmitteln stieg im beobachteten Zeitraum stetig an. Gleichzeitig ist der Gebrauch von Appetitzüglern, Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Vergleich zum Jahr 1995 rückläufig. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zunehmend leichter Verfügbarkeit durch Online-Versandangebote (IMS Health GmbH & Co KG, 2013) als positiv zu bewerten. Eine altersspezifische Betrachtung der bundesweiten ESA-Daten zeigt jedoch, dass dort trotz eines allgemein rückläufigen Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsums einige Altersgruppen einen steigenden Trend aufweisen (Pabst et al., 2013).

Methodische Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey liegt ein Instrument vor, das es ermöglicht, langfristige Trends des Konsums und Missbrauchs psychoaktiver Substanzen in der Allgemeinbevölkerung zu beschreiben. Allerdings ist der ESA wie alle bevölkerungsrepräsentativen Befragungen von verschiedenen methodischen Einschränkungen betroffen, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Positiv hervorzuheben ist, dass die Antwortrate des ESA durch den eingesetzten Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Online-Befragung über die Jahre insgesamt stabil geblieben bzw. sogar leicht angestiegen ist (Kraus, Piontek et al., 2013c). So ist auch in Berlin die Nettoausschöpfung von 35,7 % im Jahr 2006 auf 45,9 % im Jahr 2012 gestiegen. Vor dem Hintergrund allgemein sinkender Antwortraten in Befragungen (Aust & Schröder, 2009; Curtin, Presser & Singer, 2005; Holbrook, Krosnick & Pfent, 2008) ist dies als sehr positiv zu bewerten. Trotz der insgesamt guten Ausschöpfung sind Selektionseffekte möglich, die die Prävalenzschätzungen beeinflussen können. So ist beispielsweise bekannt, dass bestimmte, vor allem marginalisierte, Subgruppen der Bevölkerung, die besonders häufig riskante Konsumformen zeigen, nicht Teil des Untersuchungsrahmens sind (z.B. Wohnungslose oder Gefängnisinsassen). Darüber hinaus sind Erinnerungsfehler oder Antworttendenzen im Sinne der sozialen Er-

wünschtheit bei Selbstangaben möglich (Groves et al., 2009). Für die Bund-Erhebung des ESA 2012 konnte außerdem gezeigt werden, dass sich Nicht-Teilnehmer systematisch von Personen unterscheiden, die an der Studie teilgenommen haben, und Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den verschiedenen Befragungsmodi bestehen (Kraus, Piontek et al., 2013c). Speziell bei der Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf Medikamente ist die Altershöchstgrenze von 64 Jahren zu beachten, durch die die Höchstkonsumentengruppe der Bevölkerungsaltesten (Knopf & Grams, 2013) vernachlässigt wird. Zum anderen ist die Erfassung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen deutlich schwieriger als die Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak. Aufgrund der Vielzahl der Präparate, die sich im Handel befinden, werden nur die übergeordneten Arzneimittelgruppen erfasst. Die vom Befragten geforderte Zuordnung der Präparate zu den vorgegebenen Medikamentenklassen wird durch die Vorgabe einer Liste mit den gebräuchlichsten Handelsnamen unterstützt. Da diese Medikamentenliste jedoch nicht vollständig sein kann, sind Fehlzuordnungen nicht ausgeschlossen.

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

Förderhinweis

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

8 Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aust, F. & Schröder, H. (2009). Sinkende Stichprobenausschöpfung in der Umfrageforschung - ein Bericht aus der Praxis. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung - Herausforderungen und Grenzen* (S. 195-212). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity* (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Batra, A., Hering, T. & Mühlig, S. (2012). Die Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Krankheit - ein längst fälliger Schritt oder ein Kampf gegen Windmühlen? *Sucht*, 58 (3), 153-155.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2013). *Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. Kurzbericht* (HLS/BfS Berichte SB 13-06-B1). Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V.
- Bernard, C., Werse, B. & Schell-Mack, C. (2013). *MoSyD Jahresbericht 2012. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research.
- Biemer, P. P. & Wiesen, C. (2002). Measurement error evaluation of self-reported drug use: a latent class analysis of the US National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of the Royal Statistical Society*, 165 (1), 97-119.
- Bloomfield, K. & Grittner, U. (2012, June). *Who harms whom with their drinking? Results from the Danish national alcohol and drug survey*. Lecture, 38th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kjetil Bruun Society, Stavanger, Norway.
- Bondy, S. J. (1996). Overview of studies on drinking patterns and consequences. Drinking patterns and their consequences: report from an international meeting. *Addiction*, 91 (11), 1663-1674.
- Booth, B. M., Curran, G., Han, X., Wright, P., Frith, S., Leukefeld, C., Falck, R. & Carlson, R. G. (2010). Longitudinal relationship between psychological distress and multiple substance use: results from a three-year multisite natural-history study of rural stimulant users. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (2), 258-267.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003). *gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39 (1), 111-127.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Byqvist, S. (1999). Polydrug misuse patterns in Sweden. Gender differences. *Substance Use and Misuse*, 34 (2), 195-216.
- Chung, T. & Martin, C. S. (2005). What were they thinking? Adolescents' interpretations of DSM-IV alcohol dependence symptom queries and implications for diagnostic validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 191-200.
- Curtin, R., Presser, S. & Singer, E. (2005). Changes in telephone survey nonresponse over the past quarter century. *Public Opinion Quarterly*, 69 (1), 87-98.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2009). *Tabakatlas Deutschland 2009*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Effertz, T. & Mann, K. (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 742-748.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101 (4), 556-569.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92 (3), 279-296.
- Gelman, A. & Carlin, J. (2002). Poststratification and weighting adjustments. In R. M. Groves, J. L. Eltinge & R. J. A. Little (Hrsg.), *Survey nonresponse* (S. 289-203). New York: John Wiley and Sons.
- Glaeske, G. (2013). Medikamente 2011 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 91-110). Lengerich: Pabst.
- Glaeske, G. & Schickanz, C. (2011). *BARMER GEK Arzneimittelreport 2011* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8). St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Trends im Substanzkonsum Jugendlicher: Gibt es regionale Unterschiede? *Sucht*, in Druck.
- Groves, R. M., Fowler, F.-J. Jr., Couper, M. P., Lepkowski, J., Singer, E. & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2nd). New York: John Wiley and Sons.
- Harford, T. C., Grant, B. F., Yi, H. Y. & Chen, C. M. (2005). Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (5), 810-828.

- Häuser, W., Schmutzer, G., Hinz, A., Hilbert, A. & Brähler, E. (2013). Prävalenz chronischer Schmerzen in Deutschland. Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Der Schmerz*, 27 (1), 46-55.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Hermann, D. (2011). Wirkung von Cannabinoiden auf das Gehirn: Ein Überblick über MRI Befunde. *Sucht*, 57 (3), 161-171.
- Holbrook, A. L., Krosnick, J. A. & Pfent, A. (2008). The causes and consequences of response rates in survey by the news media and government contractor survey research firms. In J. M. Lepkowski, C. Tucker, J. M. Brick, E. De Leeuw, J. Japac, P. J. Lavrakas, M. W. Link & R. L. Sangster (Hrsg.), *Advances in telephone survey methodology* (S. 499-528). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Hughes, J. R., Helzer, J. E. & Lindberg, S. A. (2006). Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85 (2), 91-102.
- Ihle, W., Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht* (S. 211-222). Heidelberg: Springer.
- IMS Health GmbH & Co KG (2013). *Medieninformation. Apothekenversandhandel wächst auch in 2012*. Verfügbar unter: http://www.imshealth.com/cds/ims/Global/EMEA/Austria%20and%20Germany/Corporate/Press%20Releases/Medieninformationen%20pdf%202013/2013_04_25_PM_Apothekenversandhandel_2012.pdf.pdf.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Knopf, H. & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 868-877 .
- Koelch, M., Prestel, A., Singer, H., Keller, F., Fegert, J. M., Schlack, R., Hoelling, H. & Knopf, H. (2009). Psychotropic medication in children and adolescents in Germany: Prevalence, indications, and psychopathological patterns. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19 (6), 765-771.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K. & Bjarnason, T. (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (8), 443-450.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (S. 491-504). Bern: Huber.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Körner, H. H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2012). *Betäubungsmittelgesetz: BtMG*. München: Verlag C. H. Beck.

- Kraus, L., Augustin, R. & Reese, A. (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 2000* (IFT-Berichte Bd. 122). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Konsumtrends illegaler Drogen in Deutschland: Daten aus Bevölkerungssurveys 1990-1995. *Sucht*, 44 (3), 169-182.
- Kraus, L., Baumeister, S. E., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (3), 314-320.
- Kraus, L., Gomes de Matos, E., Pabst, A. & Piontek, D. (2013a). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 186). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013b). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. *Sucht*, 59 (6), 333-345.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013c). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *Sucht*, 59 (6), 309-320.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht*, 57 (2), 119-129.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S. E., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin* (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kuntsche, S., Plant, M. L., Plant, M. A., Miller, P. & Gmel, G. (2008). Spreading or concentrating drinking occasions--who is most at risk? *European Addiction Research*, 14 (2), 71-81.
- Lampert, T. (2011). Rauchen - Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. *Gesundheitsberichterstattung Kompakt*, 2 (4), Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_4_Rauchen.pdf;jsessionid=E29E59D9176806817276353A84E42688.2_cid390?__blob=publicationFile.
- Lampert, T. (2013). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 67-90). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Laslett, A.-M., Room, R., Ferris, J., Wilkinson, C., Livingston, M. & Mugavin, J. (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*, 106 (9), 1603-1611.
- Leri, F., Bruneau, J. & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1), 7-22.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H. & et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380 (9859), 2224-2260.

- Lopez, A. D., Collishaw, N. E. & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 13-35). Oxford: Oxford University Press.
- Manning, W. G., Basu, A. & Mullahy, J. (2005). Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. *Journal of Health Economics*, 24 (3), 465-488.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *PNAS*, 109 (40), 2657-2664.
- Mons, U. (2011). Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern-Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Gesundheitswesen*, 73, 238-246.
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 72, 886-894.
- Müller, S., Kraus, L., Piontek, D. & Pabst, A. (2010). Changes in exposure to second hand smoke and smoking behaviour in the general population after the introduction of new smoke-free laws in Germany. *Sucht*, 56 (5), 373-384.
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376 (9752), 1558-1565.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321-331.
- Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D. & Baumeister, S. E. (2012). Age differences in diagnostic criteria of DSM-IV alcohol dependence among adults with similar drinking behaviour. *Addiction*, 107 (2), 331-338.
- Pampel, F. C. (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking. *Social Science Research*, 34, 117-139.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009 - ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *Sucht*, 57 (6), 421-430.
- Piontek, D., Kraus, L., Müller, S. & Pabst, A. (2010). To what extent do age, period, and cohort patterns account for time trends and social inequalities in smoking. *Sucht*, 56 (5), 361-371.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O. & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 832-844.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A. & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12 (2), 92-98.

- Rehm, J. & Gmel, G. (1999). Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8-year follow-up study in Switzerland. *Addiction*, 94 (6), 899-912.
- Rehm, J., Greenfield, T. K. & Rogers, J. D. (2001). Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: results from the US National Alcohol Survey. *American Journal of Epidemiology*, 153 (1), 64-71.
- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31 a BTMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte* (Schriftenreihe des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht; Kriminologische Forschungsberichte Band K 130). Berlin: Duncker und Humblot.
- Schlack, R., Hapke, U., Maske, U. E., Busch, M. A. & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 740-748.
- Schulze, A. & Mons, U. (2006). The evolution of educational inequalities in smoking: a changing relationship and a cross-over effect among German birth cohorts of 1921-70. *Addiction*, 101 (7), 1051-1056.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2012). *Arzneiverordnungs-Report 2012*. Berlin: Springer Medizin.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205-208). Geesthacht: Neuland.
- Simon, R. & Wiblishauser, P. M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht*, 39 (3), 177-180.
- Simons, J. S. & Carey, K. B. (2006). An affective and cognitive model of marijuana and alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 31, 1578-1592.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Demographische Standards* (Bericht Nr. 17). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (Verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%20jahresbericht%202011.pdf>). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Sydow von, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M. & Wittchen, H.-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 49-64.
- Teesson, M., Hall, W., Slade, T., Mills, K., Grove, R., Mewton, L., Baillie, A. & Haber, P. (2010). Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 105 (12), 2085-2094.
- Tretter, F. & Kraus, L. (2004). Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen [Editorial]. *Sucht*, 50 (1), 5-7.
- Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *Stata Journal*, 6, 58-82.

- Wilson, W., Mathew, R., Turkington, T., Hawk, T., Coleman, R. E. & Provenzale, J. (2000). Brain morphological changes and early marijuana use: a magnetic resonance and positron emission tomography study. *Journal of Addictive Diseases*, 19 (1), 1-22.
- Winkler, J. (1998). Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, B. Bellach & K.-H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (S. 69-86). München: MMV Medizin Verlag.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., Van, O. J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegglänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Health Organisation (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

9 Anhang: Instrumente

A. K6 (Kessler et al., 2003)

Wie häufig fühlten Sie sich während der letzten 30 Tage...

1. ... nervös?
2. ... hoffnungslos?
3. ... rastlos oder unruhig?
4. ... so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufmuntern konnte?
5. ... wertlos?

Antwortkategorien: niemals, selten, manchmal, meistens, immer

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

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

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

Antwortkategorien: ja, nein

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

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

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

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

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

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

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

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

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

