



Mental Health &  
Addiction Research

**IFT Institut für  
Therapieforschung**

Leopoldstraße 175  
80804 München  
Tel. 089/360 804-38  
Fax 089/360 804-19

[olderbak@ift.de](mailto:olderbak@ift.de)  
[www.ift.de](http://www.ift.de)

PD Dr. Eva Hoch  
Institutsleitung

16.02.2023

Dr. Sally Olderbak  
Christian Rauschert  
Justin Möckl  
Dr. Nicki-Nils Seitz  
PD Dr. Eva Hoch  
Prof. Dr. Ludwig Kraus

# Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg

2021 Epidemiological Survey of Substance Abuse.  
Substance use and substance use disorders  
in Bavaria, Northrhine-Westphalia, Saxony, Saxony-Anhalt and  
in Berlin, Bremen and Hamburg

Projektförderung

Bundesministerium für Gesundheit

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen

Sozialbehörde der Freien Hansestadt Hamburg

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt des Freistaats Sachsen

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt

Projektleitung	Dr. Sally Olderbak
Projektmitarbeit	Christian Rauschert, M.Sc. Public Health; Justin Möckl, M.Sc. Survey Statistik; Dr. Nicki-Nils Seitz, Diplomstatistiker; PD Dr. Eva Hoch, Dipl.-Psych., Prof. Dr. Ludwig Kraus, Dipl.-Psych.
Laufzeit	01.03.2020 bis 31.12.2022
Berichtszeitraum	01.03.2020 bis 31.12.2022

Zitiermöglichkeit:

Olderbak, S., Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Hoch, E., & Kraus, L. (2023). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg*. IFT Institut für Therapieforchung. <https://www.esa-survey.de/publikationen/laenderberichte.html>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>14</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>15</b>
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Bayern</b> .....	17
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Berlin</b> .....	20
Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Berlin.....	23
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Bremen</b> .....	24
Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Bremen .....	27
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Hamburg</b> .....	28
Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Hamburg .....	31
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Nordrhein-Westfalen</b> .....	32
Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Nordrhein-Westfalen .....	35
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Sachsen</b> .....	36
Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen .....	39
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für <b>Sachsen-Anhalt</b> .....	40
Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen-Anhalt .....	43
<b>1    Einleitung</b> .....	<b>44</b>
<b>2    Methodik</b> .....	<b>46</b>
<b>2.1    Stichprobe und Studiendesign</b> .....	<b>47</b>
2.1.1    Durchführung der Feldarbeiten .....	47
2.1.2    Instrumente .....	48
2.1.3    Soziodemographie .....	48
2.1.4    Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten.....	49
<b>2.2    Definitionen</b> .....	<b>49</b>
2.2.1    Substanzkonsum .....	49
2.2.2    Problematischer Substanzkonsum .....	50
2.2.3    Konsumierende.....	50
<b>2.3    Daten</b> .....	<b>51</b>
2.3.1    Datenmanagement .....	51
2.3.2    Gewichtung.....	51
2.3.3    Auswertung.....	52
2.3.4    Querschnitt .....	52
2.3.5    Trend.....	53
2.3.6    Realisierte Stichprobe .....	54
2.3.7    Ausschöpfung.....	54
2.3.8    Repräsentativität .....	57
<b>3    Tabak</b> .....	<b>61</b>
<b>3.1    Die Situation im Jahr 2021</b> .....	<b>61</b>
3.1.1    30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums.....	61
3.1.2    30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumierende) .....	62

3.1.3	Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumierende) .....	63
3.1.4	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum (Konsumierende) .....	64
3.1.5	12-Monats-Prävalenz des problematischen Tabakkonsums nach FTND .....	65
<b>3.2</b>	<b>Trends 1980 bis 2021</b> .....	<b>66</b>
3.2.1	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums.....	66
3.2.2	Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumierende) .....	70
3.2.3	Trends der durchschnittlichen Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Anzahl Zigaretten pro Tag, Konsumenten).....	74
3.2.4	Trends der 30-Tage-Prävalenz des problematischen Tabakkonsums nach FTND.....	78
3.2.5	Trends der Frequenz des Konsums von Tabak, 1995-2021 .....	82
<b>3.3</b>	<b>Tabakalternativen</b> .....	<b>84</b>
3.3.1	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten .....	84
3.3.2	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten .....	85
3.3.3	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI .....	86
3.3.4	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten .....	87
3.3.5	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten (Konsumierende) .....	88
<b>3.4</b>	<b>Trends des Gebrauchs von E-Zigaretten 2015 bis 2021</b> .....	<b>89</b>
3.4.1	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten .....	89
3.4.2	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten .....	91
3.4.3	Trends der Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten .....	93
<b>3.5</b>	<b>Alternative Tabakprodukte</b> .....	<b>95</b>
3.5.1	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten (HNB) (Tabakerhitzern).....	95
3.5.2	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten (HNB) (Tabakerhitzern).....	96
3.5.3	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten .....	97
3.5.4	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten (Konsumierende) .....	98
3.5.5	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND .....	99
3.5.6	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) .....	100
3.5.7	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas).....	101
3.5.8	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) .....	102
<b>4</b>	<b>Alkohol</b> .....	<b>103</b>
<b>4.1</b>	<b>Die Situation im Jahr 2021</b> .....	<b>103</b>
4.1.1	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums .....	103
4.1.2	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumierende) .....	104
4.1.3	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumierende) .....	105
4.1.4	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumierende) ....	106
4.1.5	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Konsumierende) .....	107
4.1.6	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT .....	108
<b>4.2</b>	<b>Trends 1995 bis 2021</b> .....	<b>109</b>
4.2.1	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums .....	109

4.2.2	Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumierende).....	113
4.2.3	Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumierende).....	117
4.2.4	Trends der durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumierende) .....	121
4.2.5	Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT .....	125
4.2.6	Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, 1995-2021 .....	129
<b>5</b>	<b>Illegale Drogen .....</b>	<b>130</b>
<b>5.1</b>	<b>Die Situation im Jahr 2021 .....</b>	<b>130</b>
5.1.1	12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge .....	130
5.1.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis .....	131
5.1.3	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin .....	132
5.1.4	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy .....	133
5.1.5	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD.....	134
5.1.6	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiaten .....	135
5.1.7	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack .....	136
5.1.8	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien .....	137
5.1.9	12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen .....	138
5.1.10	12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS .....	139
5.1.11	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS.....	140
5.1.12	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Kokain nach SDS.....	141
5.1.13	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen/ Methamphetaminen nach SDS .....	142
5.1.14	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland und Alter und Bundesland.....	143
5.1.15	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen).....	144
<b>5.2</b>	<b>Trends 1990 bis 2021.....</b>	<b>145</b>
5.2.1	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 1995-2021 (Prozent) .....	145
5.2.2	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis .....	148
5.2.3	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen).....	152
5.2.4	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy.....	157
5.2.5	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD.....	161
5.2.6	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten .....	165
5.2.7	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack .....	169
5.2.8	Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS .....	174
5.2.9	Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS.....	178
5.2.10	Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS .....	182
<b>6</b>	<b>Medikamente .....</b>	<b>186</b>
<b>6.1</b>	<b>Die Situation im Jahr 2021 .....</b>	<b>186</b>
6.1.1	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln .....	186
6.1.2	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln .....	187
6.1.3	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln .....	188
6.1.4	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern .....	189

6.1.5	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva .....	190
6.1.6	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika .....	191
6.1.7	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika .....	192
6.1.8	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten .....	193
6.1.9	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments.....	194
6.1.10	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln .....	195
6.1.11	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln .....	196
6.1.12	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln .....	197
6.1.13	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern .....	198
6.1.14	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva .....	199
6.1.15	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika .....	200
6.1.16	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika.....	201
6.1.17	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Konsumierende) .....	202
6.1.18	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende).....	203
6.1.19	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) .....	204
6.1.20	Problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten (Gesamt) .....	205
<b>6.2</b>	<b>Trends 1995 bis 2021.....</b>	<b>206</b>
6.2.1	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Medikamentengebrauchs, 1995-2021.....	206
6.2.2	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln.....	209
6.2.3	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.....	213
6.2.4	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln .....	217
6.2.5	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern .....	221
6.2.6	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva .....	225
6.2.7	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika .....	229
6.2.8	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) .....	233
6.2.9	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) .....	237
6.2.10	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) .....	241
6.2.11	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Medikamentengebrauch nach KFM .....	245
<b>7</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>249</b>
<b>7.1</b>	<b>Inhaltliche Diskussion.....</b>	<b>249</b>
7.1.1	Tabak und E-Zigaretten .....	249
7.1.2	Alkohol .....	250
7.1.3	Illegale Drogen .....	252
<b>7.2</b>	<b>Methodische Diskussion.....</b>	<b>255</b>
<b>7.3</b>	<b>Schlussfolgerungen und Ausblick .....</b>	<b>256</b>

<b>8</b>	<b>Förderhinweis</b> .....	<b>258</b>
<b>9</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>259</b>
<b>Anhang</b> .....		<b>266</b>
Tabelle 1:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall] .....	267
Tabelle 2:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall] .....	268
Tabelle 3:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall] .....	269
Tabelle 4:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Schmerzmittelgebrauchs und des problematischen Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall].....	270
Tabelle 5:	Trends der Frequenz des Konsums von Cannabis in den letzten 12 Monaten (Prozent) .....	271
	ESA 2021 Fragebogen „Leben und Gesundheit“ .....	273

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Angestrebte Fallzahlen der Geburtsjahrgangsguppen der Aufstockung des ESA 2021 in den Bundesländern, n .....	46
Tabelle 2-2:	Realisierte Stichprobe nach Erhebungsmodus in den Bundesländern, n .....	54
Tabelle 2-3:	Bruttorealisierung in den Bundesländern, n (%) (15-17-Jährige und 18-64-Jährige außer in Bayern mit 18-64-Jährigen) .....	56
Tabelle 2-4:	Auswertungstichproben und Ausschöpfungsraten in den sieben Bundesländern des ESA 2021.....	57
Tabelle 2-5:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Bayern, % .....	58
Tabelle 2-6:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Berlin und Bremen, %.....	58
Tabelle 2-7:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Hamburg und Nordrhein-Westfalen, % .....	58
Tabelle 2-8:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Sachsen und Sachsen-Anhalt, %.....	58
Tabelle 2-9:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, 1980 – 2021, n .....	59
Tabelle 3-1:	30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	61
Tabelle 3-2:	30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	62

Tabelle 3-3:	Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumierende), Anzahl Zigaretten pro Tag .....	63
Tabelle 3-4:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumierende).....	64
Tabelle 3-5:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Tabak nach FTND, nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	65
Tabelle 3-6:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent).....	68
Tabelle 3-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	72
Tabelle 3-8:	Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumierende) .....	76
Tabelle 3-9:	Problematischer Konsum von Tabak nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	80
Tabelle 3-10:	Trends der Frequenz des Konsums von Tabak, 1995-2021 (Prozent) .....	82
Tabelle 3-11:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Prozent).....	84
Tabelle 3-12:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Prozent).....	85
Tabelle 3-13:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	86
Tabelle 3-14:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Prozent).....	87
Tabelle 3-15:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Konsumierende) .....	88
Tabelle 3-16:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Alter und Bundesland (Prozent).....	95
Tabelle 3-17:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	96
Tabelle 3-18:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	97
Tabelle 3-19:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten (Konsumierende) nach Alter und Bundesland.....	98
Tabelle 3-20:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	99
Tabelle 3-21:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	100
Tabelle 3-22:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Alter und Bundesland (Prozent).....	101
Tabelle 3-23:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	102
Tabelle 4-1:	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	103
Tabelle 4-2:	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	104



Tabelle 4-3:	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	105
Tabelle 4-4:	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumierende), Gramm pro Tag .....	106
Tabelle 4-5:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumierende).....	107
Tabelle 4-6:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	108
Tabelle 4-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent).....	111
Tabelle 4-8:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	115
Tabelle 4-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	119
Tabelle 4-10:	Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumierende) .....	123
Tabelle 4-11:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	127
Tabelle 4-12:	Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, 1995-2021 (Prozent) .....	129
Tabelle 5-1:	12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge (ohne Inhalanzien) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	130
Tabelle 5-2:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland (Prozent).....	131
Tabelle 5-3:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	132
Tabelle 5-4:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	133
Tabelle 5-5:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	134
Tabelle 5-6:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	135
Tabelle 5-7:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack nach Alter und Bundesland (Prozent).....	136
Tabelle 5-8:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien nach Alter und Bundesland (Prozent).....	137
Tabelle 5-9:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Alter und Bundesland (Prozent).....	138
Tabelle 5-10:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	139
Tabelle 5-11:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	140
Tabelle 5-12:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Kokain nach SDS nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	141

Tabelle 5-13:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen/ Methamphetaminen nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent).....	142
Tabelle 5-14:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland (Prozent).....	143
Tabelle 5-15:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	144
Tabelle 5-16:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 1995-2021 (Prozent) .....	145
Tabelle 5-17:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland (Prozent).....	150
Tabelle 5-18:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	154
Tabelle 5-19:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin (Prozent) .....	156
Tabelle 5-20:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland (Prozent).....	159
Tabelle 5-21:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland (Prozent).....	163
Tabelle 5-22:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	167
Tabelle 5-23:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	171
Tabelle 5-24:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain (Prozent).....	173
Tabelle 5-25:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Crack (Prozent).....	173
Tabelle 5-26:	Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	176
Tabelle 5-27:	Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent).....	180
Tabelle 5-28:	Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	184
Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	186
Tabelle 6-2:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	187
Tabelle 6-3:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	188
Tabelle 6-4:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland (Prozent).....	189
Tabelle 6-5:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland (Prozent).....	190
Tabelle 6-6:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent).....	191
Tabelle 6-7:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland (Prozent).....	192

Tabelle 6-8:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	193
Tabelle 6-9:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	194
Tabelle 6-10:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	195
Tabelle 6-11:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	196
Tabelle 6-12:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	197
Tabelle 6-13:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland (Prozent).....	198
Tabelle 6-14:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland (Prozent).....	199
Tabelle 6-15:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent).....	200
Tabelle 6-16:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	201
Tabelle 6-17:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	202
Tabelle 6-18:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent).....	203
Tabelle 6-19:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent) .....	204
Tabelle 6-20:	Problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland (Gesamt, Prozent) .....	205
Tabelle 6-21:	Trends der 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme, 1995-2021 (Prozent) .....	206
Tabelle 6-22:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	211
Tabelle 6-23:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	215
Tabelle 6-24:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent).....	219
Tabelle 6-25:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland (Prozent).....	223
Tabelle 6-26:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland (Prozent).....	227
Tabelle 6-27:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent).....	231
Tabelle 6-28:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	235
Tabelle 6-29:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) nach Alter und Bundesland (Prozent).....	239

Tabelle 6-30:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	243
Tabelle 6-31:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Medikamentengebrauchs nach KFM nach Alter und Bundesland (Prozent) .....	247

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1:	30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland .....	61
Abbildung 3-2:	30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	62
Abbildung 3-3:	Durchschnittliche Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	63
Abbildung 3-4:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	64
Abbildung 3-5:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Tabak nach FTND, nach Geschlecht und Bundesland .....	65
Abbildung 3-6:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	66
Abbildung 3-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige) .....	70
Abbildung 3-8:	Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige) .....	74
Abbildung 3-9:	Trends der Nikotinabhängigkeit nach FTND nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	78
Abbildung 3-10:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland .....	84
Abbildung 3-11:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland .....	85
Abbildung 3-12:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI, nach Geschlecht und Bundesland .....	86
Abbildung 3-13:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland .....	87
Abbildung 3-14:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	88
Abbildung 3-15:	Trends der 30-Tage Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	89
Abbildung 3-16:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	91
Abbildung 3-17:	Trends der Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	93
Abbildung 3-18:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Geschlecht und Bundesland .....	95

Abbildung 3-19:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Geschlecht und Bundesland.....	96
Abbildung 3-20:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Geschlecht und Bundesland.....	97
Abbildung 3-21:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland .....	98
Abbildung 3-22:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND nach Geschlecht und Bundesland .....	99
Abbildung 3-23:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Geschlecht und Bundesland.....	100
Abbildung 3-24:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Geschlecht und Bundesland.....	101
Abbildung 3-25:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Geschlecht und Bundesland.....	102
Abbildung 4-1:	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland .....	103
Abbildung 4-2:	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende).....	104
Abbildung 4-3:	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende).....	105
Abbildung 4-4:	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	106
Abbildung 4-5:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende).....	107
Abbildung 4-6:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland .....	108
Abbildung 4-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	109
Abbildung 4-8:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige).....	113
Abbildung 4-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	117
Abbildung 4-10:	Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige) .....	121
Abbildung 4-11:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland .....	125
Abbildung 5-1:	12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge (ohne Inhalanzen) nach Geschlecht und Bundesland .....	130
Abbildung 5-2:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland .....	131
Abbildung 5-3:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland .....	132
Abbildung 5-4:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland .....	133

Abbildung 5-5:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland .....	134
Abbildung 5-6:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland.....	135
Abbildung 5-7:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack nach Geschlecht und Bundesland .....	136
Abbildung 5-8:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzien nach Geschlecht und Bundesland .....	137
Abbildung 5-9:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Geschlecht und Bundesland.....	138
Abbildung 5-10:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Geschlecht und Bundesland .....	139
Abbildung 5-11:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS nach Geschlecht und Bundesland .....	140
Abbildung 5-12:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Kokain nach SDS nach Geschlecht und Bundesland .....	141
Abbildung 5-13:	12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen/Methamphetaminen nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland .....	142
Abbildung 5-14:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland .....	143
Abbildung 5-15:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland .....	144
Abbildung 5-16:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	148
Abbildung 5-17:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	152
Abbildung 5-18:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	157
Abbildung 5-19:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	161
Abbildung 5-20:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	165
Abbildung 5-21:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	169
Abbildung 5-22:	Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	174
Abbildung 5-23:	Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	178
Abbildung 5-24:	Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	182
Abbildung 6-1:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland .....	186

Abbildung 6-2:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland .....	187
Abbildung 6-3:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland.....	188
Abbildung 6-4:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland .....	189
Abbildung 6-5:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland .....	190
Abbildung 6-6:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland .....	191
Abbildung 6-7:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland .....	192
Abbildung 6-8:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Geschlecht und Bundesland .....	193
Abbildung 6-9:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland.....	194
Abbildung 6-10:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland .....	195
Abbildung 6-11:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland.....	196
Abbildung 6-12:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland .....	197
Abbildung 6-13:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland .....	198
Abbildung 6-14:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland .....	199
Abbildung 6-15:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland .....	200
Abbildung 6-16:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland .....	201
Abbildung 6-17:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende).....	202
Abbildung 6-18:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	203
Abbildung 6-19:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) .....	204
Abbildung 6-20:	Problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland (Gesamt).....	205
Abbildung 6-21:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	209
Abbildung 6-22:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	213
Abbildung 6-23:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	217

Abbildung 6-24:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	221
Abbildung 6-25:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	225
Abbildung 6-26:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	229
Abbildung 6-27:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	233
Abbildung 6-28:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige) .....	237
Abbildung 6-29:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	241
Abbildung 6-30:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	245

## Abkürzungen

FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Heatherton et al., 1991)
AUDIT	Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor et al., 2001)
SDS	Severity of Dependence Scale (SDS, Gossop et al., 1995)
PS-ECDI	Pennstate Electronic Cigarette Dependence Index (PS-ECDI, Foulds et al., 2015)
KFM	Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM, Watzl et al., 1991)



## Vorwort

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

Für repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums in einzelnen Bundesländern bedarf es einer Vergrößerung der Stichprobe. Hierfür besteht für die Bundesländer die Möglichkeit, sich an einer Aufstockung der Stichprobe zu beteiligen. Im Jahr 2021 haben sich Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt an dieser Zusatzerhebung beteiligt. Der vorliegende Bericht fasst die Vorgehensweisen und die Ergebnisse für die Zusatzerhebungen in den beteiligten Bundesländern zusammen. Die Ergebnisse der Bundesländer und der Bunderhebung werden zudem gegenübergestellt.

Zahlreiche Mitwirkende haben die Studie und die Berichtlegung ermöglicht. Wir danken im Namen der Arbeitsgruppe Epidemiologie und Diagnostik des IFT den Ansprechpartnerinnen und -partnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den beteiligten Ministerien. Unser besonderer Dank gilt Frau Gaby Kirschbaum, Frau Judith Bugreev und Frau Ulrike Drabeck, *Referat Sucht und Drogen im Bundesministerium für Gesundheit* sowie Herrn Prof. Dr. Hermann Fromme, Frau Dr. Barbara Rebhan und Frau Elisabeth Kopperger, sowie Herrn Dr. Bernhard Stockmeyer, *Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in München*, Frau Christine Köhler-Azara, Frau Manuela Mühlhausen, Frau Dr. Jessica de Witt Huberts und Frau Heide Mutter von der *Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin*, ebenso Frau Eva Carneiro Alves, Frau Christina Nerlich-Bronowicki und Herrn Jörg Utschakowski, *Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen*, Herrn Dietrich Hellge-Antoni, Frau Dr. Sigrun Bever und Herrn Daniel Kiefer, *Sozialbehörde Hamburg, Fachabteilung Drogen und Sucht*. Danke an Frau Dr. Sandra Dybowski und Frau Angelika Benstein, *Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen* und an Frau Steffi Michel, Frau Dr. Claudia Eberhard und Herrn Rüdiger Raulfs und Frau Anne Koschemann, *Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt*, sowie Frau Berina Kiefer und Frau Sabine Krüger, *Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt*.

Unser Dank gilt auch dem infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, das uns bei der Stichprobenziehung unterstützt und die Datenerhebung durchgeführt hat. Danke auch an unsere

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sebastian Heindl, Sina Langenscheidt, Evita Schäfer, Natalie Schöllner, Renate Schlüter, Barbara Vetter und Nicolas Wilms.

Allen Mitwirkenden, selbstverständlich auch jenen, die hier nicht namentlich genannt sind, danken wir herzlich für die gute und fruchtbare Zusammenarbeit.

Als Ausblick soll noch erwähnt werden, dass die nächste Welle der ESA-Erhebung im Jahr 2024 geplant und beantragt ist. Wir hoffen wieder auf rege Beteiligung der Bundesländer an einer Stichprobenerhebung zur genauen Einsicht auf Bundesländerebene. Gerne werden wir rechtzeitig mit konkreten Vorschlägen auf die Länderministerien zukommen.

Dr. Sally Olderbak, Christian Rauschert, Justin Möckl, Dr. Nicki-Nils Seitz,  
PD Dr. Eva Hoch und Prof. Dr. Ludwig Kraus

Januar 2023

## **Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Bayern**

Befragung von 18- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Bayern an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1.997 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 52,6 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 305.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 1.393.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 750.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 1.450.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 1.079.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 1.500.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 206.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 387.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 24,1 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 18,2 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Frauen häufiger als bei Männern (21,3 % vs. 16,3 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 6,5 % der Befragten geschätzt (Männer: 6,0 %, Frauen: 6,9 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 64-jährigen<sup>1</sup>). Beim problematischen Konsum ist ebenfalls vor allem bei den Männern ein Abwärtstrend zu erkennen.

Insgesamt hatten 18,8 % der Befragten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 20,6 %, Frauen: 17,0 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 2,9 % der Männer und 3,7 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Bayern hatten 72,2 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (76,3 % vs. 67,9 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 23,2 % der männlichen und 24,6 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 38,3 % der männlichen und 21,6 % der weiblichen Konsumenten. Bei 18,2 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 26,3 %, Frauen: 10,0 %). Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist bei Männern seit 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen<sup>1</sup>). Bei den Frauen ist der Rückgang nur bei der Prävalenz des Alkoholkonsums zu sehen.

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 9,4 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 9,1 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 10,3 %, Frauen: 7,9 %). Für 2,5 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) festgestellt werden. Im Vergleich zu dem Jahr 1995 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

---

<sup>1</sup> Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

Bayernweit berichteten 1,5 % der Befragten (Männer: 1,7 %, Frauen: 1,2 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamine oder Methamphetamine konsumiert zu haben.

### **Medikamente**

Knapp die Hälfte (49,9 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 42,7 %, Frauen: 57,4 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 37,8 %, Frauen: 54,0 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten hatten 31,5 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten lag bei 4,7 % (Männer: 3,3 %, Frauen: 6,2 %) vor. Seit 1995 zeigte sich bei Männern und Frauen ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Bei der 12-Monats-Prävalenz von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln lässt sich seit 1995 ein signifikanter Rückgang beobachten (Männer: 1995: 12,7 % vs. 2021: 3,6 %. Frauen 1995: 18,5 % vs. 2021: 7,8 %).

**Die 15- bis 17-Jährigen in Bayern wurden nicht befragt.**

## **Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Berlin**

Befragung von 15- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Berlin an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 2.039 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 37,9 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 82.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 371.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 387.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 343.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 343.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 430.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 110.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 150.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 28,9 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 20,4 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (21,3 % vs. 8,4 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 7,3 % der Befragten geschätzt (Männer: 10,1 %, Frauen: 4,6 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 64-Jährigen<sup>2</sup>). Für den problematischen Konsum zeigt sich bei den Männern ein leichter Anstieg, während der Trend bei den Frauen signifikant zurückgeht.

Insgesamt hatten 21,2 % der Befragten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 25,9 %, Frauen: 16,2 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 7,3 % der Männer und 3,8 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Berlin hatten 70,1 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei wobei Männer eine etwas höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (70,9 % vs. 69,2 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 21,3 % der männlichen und 26,6 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 43,8 % der männlichen und 22,0 % der weiblichen Konsumenten. Bei 18,7 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 25,4 %, Frauen: 12,0 %). Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist bei Männern seit 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen<sup>1</sup>). Die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT blieb für die Männer gleich, bei den Frauen ist eine signifikante Erhöhung seit 2003 zu erkennen.

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 19,1 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 16,7 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 20,0 %, Frauen: 13,3 %). Für 4,7 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) festgestellt werden. Im

---

<sup>2</sup> Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

Vergleich zu dem Jahr 2015 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Berlinweit berichteten 3,3% der Befragten (Männer: 4,7 %, Frauen: 1,9 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamine oder Methamphetamine konsumiert zu haben. 2,4 % der Befragten konsumierten in diesem Zeitraum neue psychoaktive Substanzen (Männer: 2,8 %, Frauen: 2,0 %).

### **Medikamente**

Etwa die Hälfte (52,6 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 43,9 %, Frauen: 61,4 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 38,8 %, Frauen: 58,0 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten hatten 29,4 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten lag bei 6,5 % (Männer: 6,3 %, Frauen: 6,6 %) vor. Seit 1995 zeigte sich bei Männern und Frauen ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Seit 1995 lässt sich bei der 12-Monats-Prävalenz von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln ein signifikanter Rückgang beobachten.



## **Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Berlin**

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Berlin befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 5,4 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 0,0 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 15,2 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 6,0 %.

### **Alkohol**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 30,8 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 15,3 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 32,3 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 6,6 % der 15- bis 17-Jährigen gefunden werden.

### **Illegale Drogen**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 11,3 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. 11,3 % der 15- bis 17-jährigen Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Bei 4,0 % lagen Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) bezogen auf die letzten 12 Monate vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1,4 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

### **Medikamente**

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 26,8 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 25,6 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-Jährigen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 13,3 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament eingenommen zu haben. Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 2,6 % der 15- bis 17-jährigen Befragten.

## **Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Bremen**

Befragung von 15- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Bremen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1.341 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 39,9 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 19.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 43.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 46.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 73.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 77.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 66.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 16.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 24.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 26,8 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 22,4 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (31,3 % vs. 10,1 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 9,8 % der Befragten geschätzt (Männer: 10,5 %, Frauen: 8,4 %).

Insgesamt hatten 21,2 % der Befragten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 21,5 %, Frauen: 20,3 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 4,3 % der Männer und 4,0 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Bremen hatten 61,1 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (64,4 % vs. 58,4 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 13,7 % der männlichen und 22,9 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 42,2 % der männlichen und 28,0 % der weiblichen Konsumenten. Bei 16,1 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 22,8 %, Frauen: 9,4 %).

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 12,5 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 11,1 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 10,8 %, Frauen: 11,3 %). Für 3,8 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) festgestellt werden.

Landesweit berichteten 1,5 % der Befragten (Männer: 1,7 %, Frauen: 1,3 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamine oder Methamphetamine konsumiert zu haben. Neue psychoaktive Substanzen konsumierten in diesem Zeitraum insgesamt 1,5 % der Befragten (Männer: 1,3 %, Frauen: 1,6 %).

## **Medikamente**

Etwa die Hälfte (54,9 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 44,3 %, Frauen: 65,5 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 40,9 %, Frauen: 59,0 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten hatten 31,3 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten lag bei 5,7 % (Männer: 4,2 %, Frauen: 7,2 %) vor.

## **Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Bremen**

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Bremen befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 2,9 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) bezogen auf die letzten 12 Monate konnte bei 0,0 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 15,9 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 2,9 %.

### **Alkohol**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 25,9 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 10,1 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 51,6 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 5,8 % der 15- bis 17-Jährigen gefunden werden.

### **Illegale Drogen**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 8,5 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. 7,7 % der 15- bis 17-jährigen Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Bei 3,1 % lagen Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) bezogen auf die letzten 12 Monate vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1,4 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

### **Medikamente**

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 29,5 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 26,2 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 17,3 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament eingenommen zu haben. Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 4,4 % der 15- bis 17-jährigen Befragten.

## **Kurzfassung:**

### **Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Hamburg**

Befragung von 15- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Hamburg an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1.545 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 43,4 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

#### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 64.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 174.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 126.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 200.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 191.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 212.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 35.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 88.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 25,0 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 17,1 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (28,9 % vs. 23,5 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 7,2 % der Befragten geschätzt (Männer: 7,3 %, Frauen: 7,0 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 59-Jährigen<sup>3</sup>). Auch für den problematischen Konsum zeigte sich ein Abwärtstrend bei beiden Geschlechtern.

Insgesamt hatten 17,2 % der Befragten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 18,4 %, Frauen: 15,9 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 2,7 % der Männer und 4,0 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Hamburg hatten 70,7 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (75,2 % vs. 66,2 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 20,4 % der männlichen und 23,0 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 40,8 % der männlichen und 22,1 % der weiblichen Konsumenten. Bei 17,9 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 24,9 %, Frauen: 11,0 %). Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist bei Männern und Frauen seit 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen<sup>1</sup>). Die Prävalenz für riskanten Konsum hat sich nicht signifikant verändert. Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit nach AUDIT blieb bei Frauen und Männer weitgehend stabil.

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 11,8 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 10,5 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 11,7 %, Frauen: 9,2 %). Für 2,9 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) festgestellt werden. Im Vergleich zur letzten Erhebung mit einer Aufstockungsstichprobe in Hamburg im Jahr 2015 zeigte

---

<sup>3</sup> Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen kein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 1,7 % der Befragten (Männer: 1,9 %, Frauen: 1,5 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamin oder Methamphetamin konsumiert zu haben. Neue psychoaktive Substanzen konsumierten in diesem Zeitraum insgesamt 1,3 % der Befragten (Männer: 1,2 %, Frauen: 1,4 %).

### **Medikamente**

Etwa die Hälfte (51,8 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 39,6 %, Frauen: 64,2 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 37,0 %, Frauen: 61,1 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten haben 29,5 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten liegt bei 7,4 % (Männer: 3,5 %, Frauen: 11,6 %) vor. Ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs ist bei Männern seit 1995 und bei Frauen seit 2000 zu erkennen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Bei der 12-Monats-Prävalenz von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln lässt sich seit 1995 ein signifikanter Rückgang beobachten.



## **Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Hamburg**

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Hamburg befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 4,2 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) bezogen auf die letzten 12 Monate konnte bei 0,2 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 15,3 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 2,1 %.

### **Alkohol**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 43,6 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 13,5 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 37,9 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 10,9 % der 15- bis 17-Jährigen gefunden werden.

### **Illegale Drogen**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 10,0 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. 9,3 % der 15- bis 17-jährigen Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Bei 3,0 % lagen Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) bezogen auf die letzten 12 Monate vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 0,5 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

### **Medikamente**

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 33,1 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 30,3 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 12,6 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament eingenommen zu haben. Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 3,1 % der 15- bis 17-jährigen Befragten.

## **Kurzfassung:**

### **Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Nordrhein-Westfalen**

Befragung von 15- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Nordrhein-Westfalen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 2.315 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 42,3 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

#### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 521.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 1.517.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 1.019.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 2.060.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 2.104.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 2.259.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 277.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 620.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 26,8 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 19,9 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (26,0 % vs. 16,9 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 9,0 % der Befragten geschätzt (Männer: 10,6 %, Frauen: 7,6 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Auch die Nikotinabhängigkeit ist im Vergleich zu früheren Erhebungen signifikant zurückgegangen.

Insgesamt hatten 21,0 % der Befragten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 23,6 %, Frauen: 18,4 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 6,6 % der Männer und 4,5 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Nordrhein-Westfalen hatten 64,5 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (71,9 % vs. 57,0 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 20,8 % der männlichen und 24,0 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 50,0 % der männlichen und 30,6 % der weiblichen Konsumenten. Bei 20,8 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 30,0 %, Frauen: 11,5 %). Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist bei Männern und Frauen seit dem Jahr 2000 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Im selben Zeitraum zeigt sich ein signifikanter Rückgang des episodischen Rauschtrinkens für Männer. Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit nach AUDIT blieb bei Männern stabil und zeigte eine signifikante Erhöhung bei den Frauen.

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 9,3 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 9,2 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 11,8 %, Frauen: 6,5 %). Für 2,5 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) in der 12-Monats-Prävalenz festgestellt werden. Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 1995 zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 1,2 % der Befragten (Männer: 1,1 %, Frauen: 1,3 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamin oder Methamphetamin konsumiert zu haben. Neue psychoaktive Substanzen konsumierten in diesem Zeitraum insgesamt 1,5 % der Befragten (Männer: 2,3 %, Frauen: 0,7 %).

### **Medikamente**

Etwa die Hälfte (53,3 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 45,5 %, Frauen: 61,1 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 43,5 %, Frauen: 58,9 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten hatten 30,9 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten lag bei 5,5 % (Männer: 4,1 %, Frauen: 6,9 %) vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Ebenso ist der wöchentliche Gebrauch von Schmerzmitteln unter Nutzerinnen und Nutzern signifikant gestiegen.

## **Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Nordrhein-Westfalen**

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Nordrhein-Westfalen befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 4,6 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) bezogen auf die letzten 12 Monate konnte bei 1,3 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 19,7 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 7,3 %.

### **Alkohol**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 34,4 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 21,4 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 44,5 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) konnten bezogen auf die letzten 12 Monate bei 11,1 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden.

### **Illegale Drogen**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 8,9 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. 8,9 % der 15- bis 17-jährigen Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1,3 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

### **Medikamente**

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 31,8 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 30,2 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 22,1 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 7,4 % der 15- bis 17-jährigen Befragten.

## **Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Sachsen**

Befragung von 15- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Sachsen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 2.136 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 49,1 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 63.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 422.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 147.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 401.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 277.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 403.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 40.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 149.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 28,6 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 15,7 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (15,4 % vs. 10,4 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 5,4 % der Befragten geschätzt (Männer: 7,2 %, Frauen: 3,4 %). Die Prävalenz des Rauchens sowie der starke Konsum ist bei den Männern seit 2009 bzw. 1995 signifikant zurückgegangen, während dies bei den Frauen weitestgehend stabil blieb (Trends der 18- bis 64-Jährigen<sup>4</sup>). Bei den Männern ist ein signifikanter Rückgang des problematischen Konsums zu erkennen, bei den Frauen blieb die Prävalenz stabil.

Insgesamt hatten 15,2 % der Erwachsenen in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 19,6 %, Frauen: 10,5 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 4,8 % der Männer und 2,6 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Sachsen hatten 77,3 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (82,1 % vs. 72,0 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 28,7 % der männlichen und 19,7 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 40,3 % der männlichen und 12,8 % der weiblichen Konsumenten. Bei 17,7 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 26,8 %, Frauen: 7,8 %). Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist unter männlichen als auch weiblichen Konsumenten seit dem Jahr 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen<sup>1</sup>). Nur bei Männern zeigte sich ein Rückgang für den riskanten Alkoholkonsum, wobei die Frauen wenig Schwankungen über die Jahre zeigten. Im Vergleich zum Jahr 1995 zeigte sich ein signifikanter Rückgang des episodischen Rauschtrinkens bei männlichen und weiblichen Konsumenten. Die Prävalenz eines problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT blieb bei Männern und Frauen seit 1995 stabil.

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 6,8 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 6,2 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale

---

<sup>4</sup> Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

Substanz (Männer: 8,0 %, Frauen: 4,3 %). Für 1,6 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) festgestellt werden. Im Vergleich zu dem Jahr 1995 zeigte sich bei Männern und Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 1,1 % der Personen (Männer: 1,5 %, Frauen: 0,7 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamin oder Methamphetamin konsumiert zu haben. Neue psychoaktive Substanzen konsumierten in diesem Zeitraum insgesamt 0,7 % der Befragten (Männer: 0,7 %, Frauen: 0,8 %).

### **Medikamente**

Knapp die Hälfte (50,1 %) der 18- bis 64-Jährigen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 40,4 %, Frauen: 60,6 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 36,6 %, Frauen: 55,4 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten hatten 33,4 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten lag bei 6,5 % (Männer: 7,0 %, Frauen: 5,9 %) vor. Über den Beobachtungszeitraum seit 2000 zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs (Trends der 18- bis 59-Jährigen).



## **Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen**

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 6,8 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 1,3 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 20,1 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 6,5 %.

### **Alkohol**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 42,4 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 7,8 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 26,9 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) konnten bezogen auf die letzten 12 Monate bei 8,5 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden.

### **Illegale Drogen**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 7,5 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. 7,5 % der 15- bis 17-jährigen Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Bei 2,9 % der 15- bis 17-Jährigen lagen Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) bezogen auf die letzten 12 Monate vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 1,5 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

### **Medikamente**

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 34,5 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 30,0 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 19,9 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 3,6 % der 15- bis 17-jährigen Befragten.

## **Kurzfassung:**

### **Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 für Sachsen-Anhalt**

Befragung von 15- bis 64-Jährigen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum Gebrauch psychotroper Substanzen und zu substanzbezogenen Störungen durch Tabak, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2021 hat sich Sachsen-Anhalt an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige, detaillierte Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung 1.930 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil (für Details zur Berechnung des Stichprobenumfangs siehe Kapitel 2.1 Stichprobe und Studiendesign und 2.3.2 Gewichtung). Die Antwortrate betrug 28,0 %. Trendanalysen beziehen sich auf 18- bis 59-Jährige, da dies historisch die verfügbaren Daten sind (siehe Kapitel 2 Methodik, 2.3.5 Trend), außer es werden Trends über ESA-Wellen der nahen Vergangenheit berechnet, als 60- bis 64-Jährige bereits befragt wurden.

#### **Die Ergebnisse in Kürze**

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

- 82.000 starke Raucher und Raucherinnen mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 229.000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- 86.000 Cannabiskonsumierende bezogen auf die letzten 12 Monate
- 267.000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem problematischen Konsum bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind etwa

- 253.000 Personen im Zusammenhang mit Tabak
- 238.000 Personen im Zusammenhang mit Alkohol
- 21.000 Personen im Zusammenhang mit Cannabis
- 59.000 Personen im Zusammenhang mit Medikamenten

## **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 32,2 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 26,2 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern und -raucherinnen war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (30,2 % vs. 18,7 %). Ein problematischer Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) wurde bei 10,7 % der Befragten geschätzt (Männer: 13,7 %, Frauen: 7,7 %). Die Prävalenz des Rauchens sowie der starke Konsum ist bei den Männern seit den 1990er Jahren signifikant zurückgegangen, während dies bei den Frauen weitestgehend stabil blieb. Keine signifikanten Änderungen wurden in Bezug auf den problematischen Konsum gefunden.

Insgesamt hatten 20,0 % der Befragten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 21,7 %, Frauen: 18,0 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 6,4 % der Männer und 4,4 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

## **Alkohol**

In Sachsen-Anhalt hatten 74,2 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufwiesen als Frauen (81,0 % vs. 67,4 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 29,5 % der männlichen und 20,8 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 45,5 % der männlichen und 24,1 % der weiblichen Konsumenten. Bei 19,0 % der Befragten wurden Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) festgestellt (Männer: 27,9 %, Frauen: 9,9 %). Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist bei Männern und Frauen seit 1995 signifikant zurückgegangen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Riskanter Konsum ist nur bei den Männern gesunken und blieb bei den Frauen relativ stabil. Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit nach AUDIT blieb für Männer stabil und zeigt eine signifikante Erhöhung bei den Frauen.

## **Illegale Drogen**

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 6,9 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 6,6 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 7,8 %, Frauen: 5,3 %). Für 1,6 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis festgestellt werden. Verglichen mit dem Jahr 1995 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis (Trends der 18- bis 59-Jährigen).

Landesweit berichteten 0,8 % der Befragten (Männer: 1,0 %, Frauen: 0,6 %), in den letzten 12 Monaten Amphetamin oder Methamphetamin konsumiert zu haben. Neue psychoaktive Substanzen konsumierten in diesem Zeitraum insgesamt 2,1 % der Befragten (Männer: 2,6 %, Frauen: 1,7 %).

### **Medikamente**

Etwa die Hälfte (56,2 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 46,6 %, Frauen: 66,3 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 43,2 %, Frauen: 62,8 %). Von den aktuellen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten hatten 34,9 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) in den letzten 12 Monaten lag bei 4,9 % (Männer: 2,8 %, Frauen: 6,5 %) vor. Im Vergleich zu 2015 zeigt sich ein signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs bei Männern und Frauen (Trends der 18- bis 59-Jährigen). Bei der 12-Monats-Prävalenz von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln lässt sich bei beiden Geschlechtern seit 1995 ein signifikanter Rückgang beobachten.

## **Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen-Anhalt**

Mit der Länderaufstockung zum Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 wurde zusätzlich die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen in Sachsen-Anhalt befragt. Aufgrund der mitunter geringen Stichprobengröße können bestimmte Indikatoren nicht berechnet werden. Zudem werden aus dem gleichen Grund für 15- bis 17-Jährige keine Hochrechnungen auf die Bundeslandpopulation erstellt.

### **Tabak**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 8,5 % der 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 2,3 % der 15- bis 17-Jährigen festgestellt werden. 23,6 % der 15- bis 17-Jährigen berichteten, jemals E-Zigaretten konsumiert zu haben. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren dies 6,9 %.

### **Alkohol**

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatten 48,9 % der 15- bis 17-Jährigen Alkohol konsumiert. Unter den in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen gaben 18,7 % an, durchschnittlich täglich mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol konsumiert zu haben, was als riskanter Konsum einzustufen ist. Episodisches Rauschtrinken, (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) berichteten 34,7 % der in den letzten 30 Tagen alkoholkonsumierenden 15- bis 17-Jährigen. Hinweise auf einen problematischen Konsum nach AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) bezogen auf die letzten 12 Monate konnten bei 15,2 % der 15- bis 17-Jährigen gefunden werden.

### **Illegale Drogen**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 12,1 % der 15- bis 17-Jährigen irgendeine Droge konsumiert. 11,8 % der 15- bis 17-jährigen Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Bei 4,9 % lagen Hinweise auf einen problematischen Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale) bezogen auf die letzten 12 Monate vor. Neue psychoaktive Substanzen hatten 3,1 % der 15- bis 17-jährigen Befragten in den letzten 12 Monaten konsumiert.

### **Medikamente**

Irgendein Medikament wurde in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 37,3 % der 15- bis 17-Jährigen eingenommen. Bei den Schmerzmitteln gaben dies 35,8 % der 15- bis 17-Jährigen an. Bei den 15- bis 17-jährigen Nutzerinnen und Nutzern von Medikamenten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gaben 15,6 % an, wöchentlich mindestens ein Medikament gebraucht zu haben. Hinweise auf einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch) bezogen auf die letzten 12 Monate zeigten 0,9 % der 15- bis 17-jährigen Befragten.

## 1 Einleitung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist mit einer Vielzahl von gesundheitlichen und sozialen Folgen verbunden und gilt weltweit als einer der Hauptrisikofaktoren für Krankheitslast und vorzeitige Sterblichkeit (Peacock et al., 2018; Rehm et al., 2010). Deshalb stellen Konsumindikatoren gute Prädiktoren für langzeitliche Entwicklungen substanzbezogener Morbidität und Mortalität dar.

Um geeignete Konsumindikatoren erstellen zu können, bedarf es neben der Beobachtung des Substanzkonsums unterschiedlicher Risikogruppen auch der Langzeitbeobachtung des Konsumverhaltens in der Allgemeinbevölkerung. Auf Basis dieser Daten können für einzelne Substanzen die Krankheitslast und die damit verbundenen Kosten für einzelne Substanzen geschätzt werden.

Trotz eines in Deutschland zu beobachtenden Rückgangs alkohol- und tabakbedingter vorzeitiger Mortalität (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015, 2017; Kraus et al., 2015) besteht weiterhin eine erhebliche substanzbedingte Krankheits- und Sterblichkeitsbelastung in der Bevölkerung. Darüber hinaus geht der Konsum psychoaktiver Substanzen - und damit verbundene Störungen - auch mit beträchtlichen öffentlichen Ausgaben einher (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005; Garcia-Altes et al., 2002; Hansen et al., 2011; Mark et al., 2001). So wird die Summe aus direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland pro Jahr auf 57,04 Milliarden Euro geschätzt. In Bezug auf den Tabakkonsum wurden im Jahr 2018 97,42 Milliarden Euro ermittelt (Effertz, 2020). Für den Bereich der illegalen Drogen wurden für das Jahr 2010 Ausgaben in Höhe von 5,2 bis 6,1 Milliarden Euro geschätzt (Mostardt et al., 2010).

Die evidenzbasierte Entwicklung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen erfordert ein kontinuierliches Monitoring des Substanzgebrauchs und damit verbundener Probleme in der Allgemeinbevölkerung. Dies erlaubt die Abschätzung der aktuellen Verbreitung, die Erfassung zeitlicher Veränderungen sowie die Identifikation von Risikofaktoren und ermöglicht eine Schätzung zukünftiger Kosten.

Zum Substanzkonsum in der Bevölkerung werden in regelmäßigen Abständen Studien in Deutschland durchgeführt. Der Substanzkonsum Jugendlicher wird durch verschiedene Studien auf nationaler (Orth & Merkel, 2022) und regionaler Ebene erfasst (Baumgärtner & Hiller, 2022). Zum Substanzkonsum bei Erwachsenen können die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA, Rauschert, Möckl, et al., 2022) und für Tabak und Alkohol die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA, Kotz & Kastaun, 2018) und Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) herangezogen werden (Lampert et al., 2013; Lange et al., 2017; Zeiher et al., 2017).

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey liegen seit dem Jahr 1980 Daten zum Substanzkonsum und seit Mitte der 1990er Jahre auch Daten zu Indikatoren des problematischen Substanzkonsums bzw. zu substanzbezogenen Störungen in der Allgemeinbevölkerung vor. Zur Erfassung eines problematischen

Substanzkonsums (der einen ersten Hinweis auf Abhängigkeit liefert) werden substanzspezifische Screening-Instrumente wie bspw. der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) für Alkohol eingesetzt. Die Erfassung umfangreicher Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen basiert auf dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Vorteil dieser wiederholten Querschnittsbefragungen, die aus methodischer Sicht gut vergleichbar sind (Piontek et al., 2016), sind die vielfältigen Möglichkeiten der Analyse zeitlicher Veränderungen.

Im Jahr 2021 haben mit Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt insgesamt sieben Bundesländer an einer Zusatzerhebung des ESA teilgenommen, die bundeslandspezifische repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums und damit einhergehender Probleme ermöglicht.

Im vorliegenden Bericht werden die aktuelle Situation im Jahr 2021 sowie zeitliche Trends des Konsumverhaltens für Tabak, Alkohol, illegale Drogen sowie Medikamente für diese sieben Bundesländer dargestellt und mit den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung verglichen.

## 2 Methodik

Zielpersonen des ESA 2021 waren deutschsprachige und in Privathaushalten lebende Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in Bayern (Geburtsjahrgänge 1957 bis 2003) bzw. im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt (Geburtsjahrgänge 1957 bis 2006). Die Grundgesamtheit betrug in den einzelnen Bundesländern etwa 13,14 Millionen (Mio.) Personen in Bayern, 3,66 Mio. Personen in Berlin, 680 Tausend (Tsd.) Personen in Bremen, 1,85 Mio. Personen in Hamburg, 17,93 Mio. Personen in Nordrhein-Westfalen, 4,06 Mio. Personen in Sachsen und 2,18 Mio. Personen in Sachsen-Anhalt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; Stichtag 31.12.2017).

Um ausgehend vom bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurvey repräsentative Aussagen für die Wohnbevölkerung von Bundesländern zu ermöglichen, wurden in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt die Fallzahlen erweitert. Die Aufstockung der Fallzahlen war notwendig, um auf Ebene der Bundesländer valide Aussagen zur Prävalenz auch wenig verbreiteter Substanzen treffen zu können. Mit den zusätzlichen Fällen sollten insgesamt  $n = 1.000$  Fälle (Bremen, Hamburg) bzw.  $n = 1.500$  Fälle (Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt) realisiert werden, die sieben definierte Geburtsjahrganggruppen (1957-1961, 1962-1971, 1972-1981, 1982-1991, 1992-1996, 1997-2000, 2001-2003) abdecken sollten. In Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurde zusätzlich die Geburtsjahrganggruppe 2004-2006 einbezogen. Tabelle 2-1 zeigt die angestrebten Fallzahlen der Aufstockung.

Tabelle 2-1: Angestrebte Fallzahlen der Geburtsjahrganggruppen der Aufstockung des ESA 2021 in den Bundesländern, n

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt
1957-1961		100	90	74		99	122
1962-1971		100	91	74		100	123
1972-1981	75	236	188	167		236	265
1982-1991	75	236	188	167		236	265
1992-1996	140	254	192	177	83	254	275
1997-2000		104	92	77		104	125
2001-2003		104	92	77		104	125
2004-2006		300	200	200	300	300	300
Gesamt	290	1.434	1.133	1.013	383	1.433	1.600



## 2.1 Stichprobe und Studiendesign

Die Stichprobenziehung in den Bundesländern wurde entsprechend der bundesweiten Erhebung des ESA 2021 durchgeführt und war zweistufig angelegt (Rauschert, Möckl, et al., 2022).

In der ersten Stufe bildeten die gemeindestatistischen Daten des Statistischen Bundesamts und der Statistischen Landesämter die Datenbasis. Hiermit wurden Schichtungszellen als Kombination von Kreisen mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen<sup>5</sup> gebildet. Innerhalb der Schichtungszellen wurden die Gemeinden (bzw. Sample Points) zufällig mit einer der Zahl der Zielpersonen entsprechenden Auswahlwahrscheinlichkeit gezogen. Großstädte gelangten aufgrund der bevölkerungsproportionalen Auswahl teilweise mehrfach in die Stichprobe und waren mit mehreren Sample Points vertreten. Insgesamt wurden für die Aufstockung 23 zusätzliche Sample Points in Sachsen und 30 in Sachsen-Anhalt gezogen.

In der zweiten Stufe erfolgte die Ziehung der Zielpersonen in den Gemeinden aus den Einwohnermelderegistern über eine nach Geburtsjahrgangsgruppen geschichtete systematische Zufallsauswahl. Dabei wurden, jeweils ausgehend von einer zufälligen Startadresse, über eine feste Schrittweite Personenadressen ausgewählt (Intervallziehung). Unter der Annahme einer Ausschöpfung von 50 Prozent sowie eines Anteils neutraler Ausfälle von 20 Prozent mussten pro Sample-Point 80 Adressen eingesetzt werden, um die angestrebte minimale Stichprobengröße zu erreichen. Die Verteilung von Geburtsjahrgangsgruppen in der Stichprobe wurde disproportional zur Verteilung in der Grundgesamtheit gewählt, d. h. aus Geburtsjahrgangsgruppen, die eine geringere Anzahl an Personen in der Grundgesamtheit umfassen als andere Geburtsjahrgangsgruppen, wurden häufiger Personen ausgewählt als aus Geburtsjahrgangsgruppen, deren Anzahl an Personen in der Grundgesamtheit größer als andere Geburtsjahrgangsgruppen ist. Mit diesem Vorgehen wurden jüngere Geburtsjahrgänge disproportional häufiger und ältere Geburtsjahrgänge disproportional seltener gezogen. Da es in einigen Gemeinden zu geringfügigen Ausfällen kam (z. B. weil nicht in allen Jahrgangsgruppen ausreichend Fälle vorhanden waren), betrug die Einsatzstichprobe<sup>6</sup> letztlich  $n = 6.239$  Fälle in Bayern,  $n = 8.739$  Fälle in Berlin,  $n = 4.739$  Fälle in Bremen,  $n = 4.816$  Fälle in Hamburg,  $n = 8.155$  Fälle in NRW,  $n = 6.066$  Fälle in Sachsen und  $n = 10.233$  Fälle in Sachsen-Anhalt.

### 2.1.1 Durchführung der Feldarbeiten

Die Feldarbeiten im Rahmen des ESA 2021 wurden zwischen Mai und September 2021 von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH durchgeführt. Für die Realisierung der Befragungen

---

<sup>5</sup> BIK-Gemeindegrößenklassen sind ein landesweites räumliches Klassifizierungssystem, das jährlich auf der Grundlage der aktuellen Bevölkerungszahl aktualisiert wird und das Stadt-Land-Verhältnis auf Gemeindeebene abbildet.

<sup>6</sup> Die Einsatzstichprobe umfasst die tatsächlich gezogene Stichprobe der Einsatzadressen in der zweiten Stufe der Stichprobenziehung (Manche in der ersten Stufe gezogenen Gemeinden konnten oder wollten keine Einsatzadressen übermitteln, in diesem Fall wurden fehlende Adressen durch zusätzliche Adressen aus den anderen Gemeinden kompensiert.) Einsatzstichprobe meint die gezogene Bruttostichprobe an Einsatzadressen.

wurde ein Methodenmix eingesetzt. Die Befragungen konnten schriftlich, telefonisch und im Internet durchgeführt werden. Die gezogene Stichprobe wurde zunächst in zwei Studienarme aufgeteilt (schriftlich, telefonisch), je nachdem ob für die jeweilige Adresse eine Telefonnummer recherchiert werden konnte oder nicht.

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

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

Alle Zielpersonen des schriftlichen Studienarms erhielten mit dem Erstanschreiben den schriftlichen Selbstausfüller-Fragebogen. Im Abstand von vier Wochen wurden zwei Erinnerungsschreiben versendet. Auf Wunsch der Zielpersonen bestand auch die Möglichkeit, ein telefonisches Interview durchzuführen.

### **2.1.2 Instrumente**

Der Fragebogen des ESA enthält neben einem über die Erhebungen gleichbleibenden Kernmodul wechselnde Elemente, um den Zielen sowohl eines konstanten Monitorings unterschiedlicher Indikatoren als auch der Integration aktueller Forschungsfragen gerecht zu werden. Im Zentrum stehen das Konsumverhalten und Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Zusätzlich werden soziodemographische Daten und Informationen zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand erfasst. Der vollständige Fragebogen der Erhebung von 2021 kann auf der Internetseite des ESA eingesehen werden ([www.esa-survey.de](http://www.esa-survey.de)).

### **2.1.3 Soziodemographie**

Die Erfassung soziodemographischer Merkmale orientierte sich an den demographischen Standards für persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2016). Neben grundlegenden Informationen zu Geschlecht und Geburtsjahr wurden

folgende Aspekte erfragt: (a) Migrationshintergrund (Geburtsland und Staatsbürgerschaft des Probanden sowie der Eltern), (b) Familiensituation (Familienstand, Kinder, Haushaltsgröße), (c) Religionsangehörigkeit, (d) Bildung (Schulbildung, berufliche Ausbildung), (e) Erwerbstätigkeit (Erwerbsstatus, berufliche Stellung), (f) Haushaltsnettoeinkommen.

#### **2.1.4 Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten**

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

## **2.2 Definitionen**

### **2.2.1 Substanzkonsum**

Der Konsum von Tabak bzw. Nikotin wurde getrennt nach dem Konsum von Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen und Wasserpfeifen (Shishas) in der Lebenszeit, den letzten 12 Monaten sowie den letzten 30 Tagen erfasst. Darüber hinaus wurde ein Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage erhoben, in den Informationen zur Anzahl der Konsumtage sowie zur durchschnittlichen Anzahl gerauchter Zigaretten pro Konsumtag eingingen. Ein weiteres Modul erfragte den Gebrauch von E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen sowie von Heat-Not-Burn-Produkten (Tabakerhitzer) in der Lebenszeit, den letzten 12 Monaten sowie den letzten 30 Tagen. Auch für Tabakerhitzer wurde ein Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage erhoben, anhand von Informationen zur Anzahl der Konsumtage für die letzten 30 Tage sowie zur durchschnittlichen Anzahl genutzter Heat-Sticks pro Konsumtag.

Informationen zur durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums wurden über einen getränke-spezifischen Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage bzw. die letzten 12 Monate erhoben. Hierfür wurden für Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, alkoholhaltige Mixgetränke, die Häufigkeit des Konsums sowie die durchschnittliche Konsummenge pro Trinktag erfragt. Daraus wurde die in den letzten 30 Tagen durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge an Ethanol (Reinalkohol) ermittelt. Ab einem Wert von 12 g pro Tag (Frauen) bzw. 24 g pro Tag (Männer) wurde in der vorliegenden Analyse von einer riskanten Trinkmenge ausgegangen. Darüber hinaus wurde die Häufigkeit des episodischen Rauschtrinkens (fünf oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag) erfasst. Zudem wurden Veränderungen der Anzahl der Trinktage und der Menge des Alkohols pro Trinktag gegenüber der Zeit vor der Coronapandemie erfragt.

Für den Bereich der illegalen Drogen wurde die Prävalenz und Frequenz (Lebenszeit, 12 Monate, 30 Tage) des Konsums von Cannabis (Haschisch, Marihuana), Aufputschmitteln/Amphetaminen, Methamphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, anderen Opiaten (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphinum), Kokain, Crack, Schnüffelstoffen und psychoaktiven Pilzen erfragt. Informationen zum Konsum von Cannabis in Form von Öl oder Liquid mit E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen wurden für die letzten 12 Monate erfasst. Zudem wurden Veränderungen der Anzahl der Konsumtage von Cannabis sowie der Menge an Cannabis pro Konsumtag im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie erfragt.

Informationen zum Gebrauch von Medikamenten (12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz, 30-Tage-Frequenz) wurden für Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika und Anabolika erfasst. Zudem wurde die Veränderung der Anzahl der Konsumtage von Schmerzmitteln sowie der Menge an Schmerzmitteln pro Konsumtag gegenüber der Zeit vor der Corona-Pandemie erfragt. Um den Befragten die Zuordnung spezifischer Präparate zu diesen Gruppen zu erleichtern, wurde eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente vorgegeben.

### **2.2.2 Problematischer Substanzkonsum**

In dem vorliegenden Bericht wird der Begriff „problematischer Substanzkonsum“ als ein Hinweis auf eine Abhängigkeit definiert, da zur Erfassung sogenannte „Screeninginstrumente“ und keine vollständigen Diagnosen eingesetzt werden. Diese Screeninginstrumente unterscheiden sich durch ihren verkürzten Umfang zu den Diagnosen für Missbrauch und Abhängigkeit des DSM-IV. Die Erfassung eines problematischen Substanzkonsums bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Befragung. Es wurden jeweils die deutschen Versionen des FTND (Heatherton et al., 1991) für Tabak und Tabakerhitzer, des PS-ECDI (Foulds et al., 2015) für E-Produkte, des AUDIT (Babor et al., 2001) für Alkohol, der SDS (Gossop et al., 1995) für Cannabis, Kokain und Amphetamine/Methamphetamin sowie des KFM (Watzl et al., 1991) eingesetzt.

### **2.2.3 Konsumierende**

Die Bezeichnung „Konsumierende“ in einzelnen Tabellenüberschriften des vorliegenden Berichts weist darauf hin, dass es sich bei der jeweiligen Bezugspopulation zur Berechnung der Prävalenzwerte (z. B. starker Tabakkonsum) ausschließlich um Personen handelt, die angegeben haben die jeweilige Substanz im entsprechenden Zeitraum (z. B. letzte 12 Monate oder letzte 30 Tage) konsumiert zu haben. In dem genannten Beispiel für Tabak ist die 30-Tages-Prävalenz des starken Tabakkonsums somit der Anteil derjenigen Personen, die einen starken Tabakkonsum aufweisen unter allen Personen die im ESA Fragebogen angegeben haben, in den letzten 30 Tagen Tabak konsumiert zu haben.

## 2.3 Daten

### 2.3.1 Datenmanagement

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

### 2.3.2 Gewichtung

Mit dem ESA 2021 sollen repräsentative Aussagen für die Bevölkerung in den sieben Bundesländern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Bayern) bzw. im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Berlin, Bremen, Hamburg, NRW, Sachsen, Sachsen-Anhalt) getroffen werden. Die Daten wurden daher gewichtet, um die disproportionale Stichprobenziehung auszugleichen und die realisierte Stichprobe hinsichtlich zentraler Merkmale an die Grundgesamtheit anzupassen. Dafür wurde für jedes Bundesland ein Designgewicht und ein Redressementgewicht berechnet.

Das Designgewicht gleicht die durch das Studiendesign bedingte disproportionale Ziehung der Stichprobe nach Jahrgangsguppen aus. Es wurde ein Gewichtungsfaktor umgekehrt proportional zur Auswahlwahrscheinlichkeit auf der jeweiligen Auswahlstufe gebildet. Redressementgewichte werden berechnet, um die Stichprobe hinsichtlich zentraler externer Merkmale an die Grundgesamtheit anzupassen. Die dafür benötigten Randverteilungen der Bevölkerung wurden dem Mikrozensus 2019 entnommen. Für die Redressementgewichtung wurde ein Iterative Proportional Fitting Algorithmus verwendet (Gelman & Carlin, 2002). Für die Gewichte der Querschnittsauswertung der Erhebung 2021 wurden die externen Merkmale BIK-Gemeindegrößenklasse<sup>7</sup>, Geschlecht, Geburtsjahrgang (Alter) sowie höchster Schulabschluss für die Gewichtung herangezogen. Bei der Gewichtung wird das Merkmal Alter lediglich als kategoriale Variable berücksichtigt, sodass Datenauswertungen in bestimmten Alterskategorien nicht nach Alter gewichtet sind.

---

<sup>7</sup> BIK-Gemeindegrößenklassen sind ein landesweites räumliches Klassifizierungssystem, das jährlich auf der Grundlage der aktuellen Bevölkerungszahl aktualisiert wird und das Stadt-Land-Verhältnis auf Gemeindeebene abbildet.

Bei Trendauswertungen kann es in manchen Erhebungsjahren im Falle geringer Fallzahlen schwierig sein, Aussagen über signifikante Zu- oder Abnahmen im Vergleich zum Referenzjahr 2021 zu treffen.

### 2.3.3 Auswertung

Durch Konsistenzprüfung der individuellen Angaben wurden Fehlangaben korrigiert und nicht zur Grundgesamtheit gehörige Personen aus der Stichprobe entfernt. In Anlehnung an den US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Durch fehlende Angaben weichen die angegebenen Stichprobenumfänge zum Teil vom Gesamtstichprobenumfang ab. Die Besonderheiten des komplexen Stichprobenplans (Designeffekte), der disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Designgewichte) und der Abweichungen von externen Populationsdaten (Poststratifikation) wurden durch die Schätzung mittels Survey-Verfahren in Stata 15.1 SE (StataCorp, 2017) berücksichtigt. Die Varianzschätzung erfolgte über Taylorreihen (Korn & Graubard, 1999).

Aufgrund geringer Fallzahlen wurden für einige Indikatoren bzw. für Vergleiche mit bestimmten Vorjahren keine Berechnungen durchgeführt. Dies ist der Fall, wenn in einer Altersgruppe insgesamt *weniger als 30 Personen* in der Stichprobe enthalten sind ( $n < 30$ ). Diese Fälle wurden mit einer Tilde (~) gekennzeichnet. Bei einer Fallzahl von *weniger als 50 Personen* ( $n < 50$ ) wurde bei Vergleichen auf eine statistische Signifikanzberechnung verzichtet. Jahre und Altersgruppen, in denen keine Daten erhoben wurden, sind mit einem Bindestrich (-) versehen. Bei Trendauswertungen ist es in Erhebungsjahren mit geringen Fallzahlen schwierig, signifikante Zu- oder Abnahmen im Vergleich zum Referenzjahr 2021 zu identifizieren.

### 2.3.4 Querschnitt

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

Für den Vergleich der einzelnen Bundesländer mit den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung wurden für die berichteten Prävalenzwerte jeweils 95 %-Konfidenzintervalle berechnet. Überschneiden sich die Konfidenzintervalle des Bundeslandes mit der bundesweiten Erhebung nicht, so spricht dies für einen statistisch signifikanten Unterschied. Aufgrund der Abhängigkeit statistischer Kennwerte von der Stichprobengröße, kann es trotz des relativen Abstands der Prävalenzwerte der Bundesländer

untereinander zu unterschiedlichen Ergebnissen im statistischen Vergleich zur bundesweiten Erhebung kommen.

### **2.3.5 Trend**

Grundlage der Trendanalysen sind Daten aus dreizehn Erhebungen des ESA der Jahre 1980 bis 2021. Der Altersbereich der Studie änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012, 2015, 2018, 2021). Aufgrund dieser Anpassungen können Trends des Tabak- und Cannabiskonsums für 18- bis 24-Jährige ab 1980, für 25- bis 39-Jährige ab 1990, für 40- bis 59-Jährige ab 1995 und für 60- bis 64-Jährige ab 2006 dargestellt werden. Die Konsumindikatoren des Alkoholkonsums wurden 1995 geändert und die Erfassung des Medikamentengebrauchs wurde im selben Jahr neu eingeführt, so dass die Trends dieser Substanzen erst ab diesem Erhebungsjahr dargestellt werden können. Informationen zum problematischen Konsum (Hinweis auf Abhängigkeit) können ab der Erhebung im Jahr 1997 ausgewertet werden, wobei nicht in jeder Erhebung Informationen zu allen Substanzen vorliegen.

Die beteiligten Bundesländer haben sich in unterschiedlichem Ausmaß bereits in früheren Erhebungen mit Aufstockungen der Stichprobe beteiligt. So liegen Aufstockungsstichproben für Bayern aus den Jahren 2006, 2009 und 2015 vor, für Berlin aus den Jahren 1995, 2000, 2006, 2012 und 2018, für Hamburg aus den Jahren 2003, 2009 und 2015, für NRW aus den Jahren 2000, 2015 und 2018 sowie für Sachsen aus den Jahren 2009, 2015 und 2018. Für die Jahre, in denen keine Aufstockung stattgefunden hat, werden die bundeslandspezifischen Fälle aus der Bundesstichprobe herangezogen, die jedoch teilweise sehr gering ausfallen.

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

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

Die Daten-Bereinigungsverfahren aller früheren Jahre wurden harmonisiert und alle Schätzungen von 1995 bis 2018 neu vorgenommen. Aus diesen Gründen können die Schätzungen leicht von denen früherer Berichte abweichen.

Im Rahmen der Trendanalysen wird geprüft, ob sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2021 in den Prävalenzwerten bzw. Verteilungen ergeben. Hierzu wurden multivariate Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter, Geschlecht und Erhebungsmodus (schriftlich, telefonisch, online) als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzwerte wurden binär-logistische Regressionen und für rechtsschiefe Variablen (z. B. durchschnittliche Trinkmenge) OLS-Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning et al., 2005; Manning & Mullahy, 2001) berechnet.

Unterschiede der Prävalenzwerte aus den Trendberechnungen und den Querschnittauswertungen ergeben sich aufgrund der unterschiedlich berücksichtigten Altersgruppen (18 bis 59 Jahre im Trend und 18 bis 64 Jahre im Querschnitt). Ein weiterer Grund für unterschiedliche Ergebnisse zwischen Trend und Querschnittauswertungen liegt in der Verwendung unterschiedlicher Gewichtungsvariablen (für Trendanalysen wird keine Gewichtung nach Schulbildung vorgenommen wie im Querschnitt).

### 2.3.6 Realisierte Stichprobe

Im ESA 2021 konnten in Bayern n = 1.997, in Berlin n = 2.065, in Bremen n = 1.356, in Hamburg n = 1.555, in NRW n = 2.334, in Sachsen n = 2.162 und in Sachsen-Anhalt n = 1.970 Befragungen realisiert werden (Tabelle 2-2). Die Bruttoausschöpfung variierte zwischen 19,3 % in Sachsen-Anhalt und 35,6 % in Sachsen. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil schriftlicher Befragungen war in Berlin (53,3 %), Sachsen (54,9 %) und Sachsen-Anhalt (56,7 %) zu beobachten, sowie ein überdurchschnittlich hoher Anteil Onlinebefragungen in Bayern (52,3 %).

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

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt
Schriftlich	780	1.100	742	765	1.004	1.186	1.117
Telefon	180	42	42	34	195	107	94
Online	1.052	923	572	756	1.135	869	759
Gesamt	1.997	2.065	1.356	1.555	2.334	2.162	1.970
Bruttoausschöpfung (%)	32,2	23,6	28,6	32,3	28,6	35,6	19,3

### 2.3.7 Ausschöpfung

Die Nettoausschöpfung des ESA 2021 ergibt sich als Verhältnis der Anzahl auswertbarer Fälle an der bereinigten Einsatzstichprobe<sup>8</sup>. Die den Berechnungen zugrunde liegende Bruttorealisierung zeigt

<sup>8</sup> Die Einsatzstichprobe umfasst die tatsächlich gezogene Stichprobe der Einsatzadressen in der zweiten Stufe der Stichprobenziehung (Manche in der ersten Stufe gezogenen Gemeinden konnten oder wollten keine Einsatzadressen übermitteln, in diesem Fall wurden fehlende Adressen durch zusätzliche Adressen aus den anderen Gemeinden kompensiert.) Einsatzstichprobe meint die gezogene Bruttostichprobe an Einsatzadressen.



Tabelle 2-3. Von den insgesamt realisierten Befragungen mussten im Rahmen der Datenprüfung 0,2 % (Bayern, Hamburg, NRW) bis 0,4 % (Sachsen, Sachsen-Anhalt) ausgeschlossen werden.

Die Aufgliederung der Bruttorealisierung in Tabelle 2-3 zeigt, dass zwischen 8,1 % (Berlin) und 23,1 % (Bayern) der unbereinigten Einsatzstichprobe<sup>9</sup> als systematische Ausfälle klassifiziert werden konnten, die prinzipiell für die Studie verfügbar waren, sich aber nicht beteiligt haben. Dies betraf Zielpersonen, die (a) die Teilnahme explizit verweigerten, (b) in der Feldzeit nicht erreichbar waren, (c) aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht befragbar waren oder (d) trotz Ankündigung den Fragenbogen nicht zurücksandten bzw. online ausfüllten oder einen Telefontermin nicht einhielten.

Die Bestimmung der bereinigten Einsatzstichprobe erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurde der Anteil qualitätsneutraler Ausfälle an der Gesamtstichprobe bestimmt und von der Bruttostichprobe abgezogen. Hierbei handelt es sich um Fälle, die niemals die Möglichkeit hatten, in die Studie aufgenommen zu werden. Hierzu zählen Zielpersonen, (a) die unbekannt waren, (b) deren Telefonnummer ungültig war, (c) die nicht deutsch sprachen, (d) die nicht in der Zielgruppe des Surveys waren oder (e) die verstorben waren. Insgesamt betraf dies zwischen 12,8 % (Bayern) und 29,0 % (Berlin) der Einsatzstichprobe.

In einem zweiten Schritt wurde der Anteil neutraler Ausfälle an allen Fällen ohne Rücklauf geschätzt. Zielpersonen ohne Rücklauf waren solche, zu denen bis zum Ende der Feldzeit keine Information vorlag. Insgesamt betraf dies zwischen 36,5 % (Bayern) und 57,5 % (Sachsen-Anhalt) der Einsatzstichprobe. Da nicht bekannt ist, wie viele dieser Personen nicht zur Grundgesamtheit der Studie gehörten (neutrale Ausfälle), wurde hierfür der Prozentsatz der neutralen Ausfälle an allen Personen mit bekanntem Rücklaufstatus als Schätzwert herangezogen und wiederum von der Einsatzstichprobe abgezogen. Bildet man abschließend das Verhältnis der Anzahl auswertbarer Fälle an der bereinigten Einsatzstichprobe, ergibt sich eine Nettoausschöpfung von 52,6 % in Bayern, 37,9 % in Berlin, 39,9 % in Bremen, 43,4 % in Hamburg, 42,3 % in Nordrhein-Westfalen, 49,1 % in Sachsen und 28,0 % in Sachsen-Anhalt.

---

<sup>9</sup> Die Einsatzstichprobe umfasst die tatsächlich gezogene Stichprobe der Einsatzadressen in der zweiten Stufe der Stichprobenziehung (Manche in der ersten Stufe gezogenen Gemeinden konnten oder wollten keine Einsatzadressen übermitteln, in diesem Fall wurden fehlende Adressen durch zusätzliche Adressen aus den anderen Gemeinden kompensiert.) Einsatzstichprobe meint die gezogene Bruttostichprobe an Einsatzadressen.

Tabelle 2-3: Bruttorealisierung in den Bundesländern, n (%) (15-17-Jährige und 18-64-Jährige außer in Bayern mit 18-64-Jährigen)

	<b>Bayern</b>	<b>Berlin</b>	<b>Bremen</b>	<b>Hamburg</b>
Einsatzadressen gesamt	6.239 (100,0)	8.739 (100,0)	4.739 (100,0)	4.816 (100,0)
Auswertbar nach Datenprüfung	1.997 (32,0)	2.039 (23,3)	1.341 (28,3)	1.545 (32,1)
Nicht auswertbar nach Datenprüfung	15 (0,2)	0 (0,0)	15 (0,3)	10 (0,2)
Kein Rücklauf	2.278 (36,5)	4.829 (55,3)	2.473 (52,2)	2.427 (50,4)
Neutrale Ausfälle	507 (12,8)	1.134 (29,0)	486 (21,4)	409 (17,1)
Zielperson unbekannt	259 (51,1)	960 (84,7)	374 (77,0)	337 (82,4)
Telefonnummer ungültig	200 (39,4)	155 (13,7)	97 (20,0)	56 (13,7)
Zielperson spricht nicht deutsch	25 (4,9)	12 (1,1)	11 (2,3)	11 (2,7)
Zielperson nicht in Zielgruppe	19 (3,7)	6 (0,5)	3 (0,6)	5 (1,2)
Zielperson verstorben	4 (0,8)	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)
Systematische Ausfälle	1.442 (23,1)	711 (8,1)	427 (9,0)	425 (8,8)
Verweigerung	659 (45,7)	317 (44,6)	206 (48,2)	187 (44)
Nicht erreichbar	714 (49,5)	368 (51,8)	205 (48,0)	220 (51,8)
Gesundheitliche Probleme	11 (0,8)	5 (0,7)	3 (0,7)	8 (1,9)
Trotz Ankündigung keine Antwort	58 (4,0)	21 (3,0)	10 (2,3)	10 (2,4)

	<b>NRW</b>	<b>Sachsen</b>	<b>Sachsen-Anhalt</b>
Einsatzadressen gesamt	8.155 (100,0)	6.066 (100,0)	10.233 (100,0)
Auswertbar nach Datenprüfung	2.315 (28,4)	2.136 (35,2)	1.930 (18,9)
Nicht auswertbar nach Datenprüfung	19 (0,2)	26 (0,4)	40 (0,4)
Kein Rücklauf	3.493 (42,8)	2.592 (42,7)	5.884 (57,5)
Neutrale Ausfälle	806 (17,3)	517 (14,9)	1.110 (25,5)
Zielperson unbekannt	496 (61,5)	349 (67,5)	837
Telefonnummer ungültig	281 (34,9)	154 (29,8)	246 (75,4)
Zielperson spricht nicht deutsch	18 (2,2)	5 (1,0)	9 (0,8)
Zielperson nicht in Zielgruppe	10 (1,2)	7 (1,4)	12 (1,1)
Zielperson verstorben	1 (0,1)	2 (0,4)	6 (0,5)
Systematische Ausfälle	1.522 (18,7)	795 (13,1)	1.269 (12,4)
Verweigerung	723 (47,5)	428 (53,8)	654 (51,5)
Nicht erreichbar	725 (47,6)	343 (43,1)	561 (44,2)
Gesundheitliche Probleme	19 (1,2)	7 (0,9)	16 (1,3)
Trotz Ankündigung keine Antwort	55 (3,6)	17 (2,1)	38 (3,0)

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

Tabelle 2-4: Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den sieben Bundesländern des ESA 2021

	<b>Bayern</b>	<b>Berlin</b>	<b>Bremen</b>	<b>Hamburg</b>
Stichprobe, n	1.997	2.039	1.341	1.545
Ausschöpfung, %	52,6	37,9	39,9	43,4

	<b>NRW</b>	<b>Sachsen</b>	<b>Sachsen-Anhalt</b>
Stichprobe, n	2.315	2.136	1.930
Ausschöpfung, %	42,3	49,1	28,0

### 2.3.8 Repräsentativität

Durch die verwendete Gewichtung kann die Stichprobe hinsichtlich der zentralen Merkmale BIK-Gemeindegrößenklasse<sup>10</sup>, Geschlecht, Jahrgangsguppe und Schulbildung an die Verteilung in der Grundgesamtheit angepasst werden. Bezogen auf diese Indikatoren kann von repräsentativen Ergebnissen gesprochen werden. Die Verteilung zusätzlicher Variablen, die nicht in die Gewichtung eingegangen sind, zeigen Tabelle 2-5 bis 2-8 für die ungewichtete und die gewichtete Stichprobe sowie für die Grundgesamtheit in den beteiligten Bundesländern. In der Studie in Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen sind Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft unterrepräsentiert. Dies konnte auch durch die Gewichtung nicht vollständig ausgeglichen werden.

<sup>10</sup> BIK-Gemeindegrößenklassen sind ein landesweites räumliches Klassifizierungssystem, das jährlich auf der Grundlage der aktuellen Bevölkerungszahl aktualisiert wird und das Stadt-Land-Verhältnis auf Gemeindeebene abbildet.

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

<b>Bayern</b>			
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürger-			
Deutsch	90,0	89,5	86,3
Andere	10,0	10,5	13,7
Keine Angabe	0,0	0,0	

Tabelle 2-6: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Berlin und Bremen, %

	<b>Berlin</b>			<b>Bremen</b>		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	83,8	80,6	80,4	83,8	80,4	81,0
Andere	15,9	18,7	19,6	16,0	19,5	19,0
Keine Angabe	0,3	0,6		0,2	0,1	

Tabelle 2-7: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Hamburg und Nordrhein-Westfalen, %

	<b>Hamburg</b>			<b>Nordrhein-Westfalen</b>		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	86,9	84,1	83,2	88,4	87,9	86,2
Andere	12,5	14,5	16,8	11,5	11,8	13,8
Keine Angabe	0,6	1,4		0,1	0,3	

Tabelle 2-8: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Sachsen und Sachsen-Anhalt, %

	<b>Sachsen</b>			<b>Sachsen-Anhalt</b>		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	95,0	95,7	94,7	95,1	95,2	94,7
Andere	5,0	4,3	5,3	4,9	4,8	5,3
Keine Angabe	0,0	0,0		0,0	0,0	

Tabelle 2-9: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, 1980 – 2021, n

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021	Gesamt
<b>Bayern</b>														
15-17	590	228	401	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.219
18-24	993	489	1.308	82	118	125	288	327	410	363	396	448	339	5.686
25-39	-	-	1.635	513	535	416	474	562	548	407	702	528	826	7.146
40-59	-	-	-	532	493	507	513	534	540	588	632	593	685	5.617
60-64	-	-	-	-	-	-	-	124	156	172	178	169	147	946
18-59	993	489	2.943	1.127	1.146	1.048	1.275	1.423	1.498	1.358	1.730	1.569	1.850	18.449
<b>Berlin</b>														
15-17	-	26	105	278	-	268	-	104	-	144	-	207	246	1.378
18-24	-	58	360	306	37	202	68	242	63	169	72	349	340	2.266
25-39	-	-	320	208	151	320	105	381	85	304	102	666	741	3.383
40-59	-	-	-	268	179	369	148	379	90	303	138	523	549	2.946
60-64	-	-	-	-	-	-	-	70	27	104	33	135	163	532
18-59	-	58	680	782	367	891	321	1.002	238	776	312	1.538	1.630	8.595
<b>Bremen</b>														
15-17	-	8	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	164	186
18-24	-	29	37	7	8	11	17	20	17	17	17	16	235	431
25-39	-	-	61	30	39	38	18	16	26	15	28	15	482	768
40-59	-	-	-	41	29	44	27	27	23	31	32	20	339	613
60-64	-	-	-	-	-	-	-	7	6	8	14	7	121	163
18-59	-	29	98	78	76	93	62	70	66	63	77	51	1.056	1.819
<b>Hamburg</b>														
15-17	193	25	131	-	213	-	-	-	-	-	-	-	252	814
18-24	389	65	446	31	85	11	175	31	338	36	187	52	251	2.097
25-39	-	-	191	68	178	55	368	35	506	59	455	59	566	2.540
40-59	-	-	-	70	226	67	389	57	473	87	411	62	374	2.216
60-64	-	-	-	-	-	-	-	19	109	27	68	18	102	343
18-59	389	65	637	169	489	133	932	123	1.317	182	1.053	173	1.191	6853

Anmerkungen: Kursiv gesetzte Zahlen reflektieren Stichprobenumfänge von weniger als 30 Fällen in der jeweiligen Altersgruppe. Für diese Jahre und Altersgruppen werden keine Trends berechnet. -) Wurde nicht erhoben.

Tabelle 2-9 (Fortsetzung): Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, 1980 – 2021, n

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021	Gesamt
<b>Nordrhein-Westfalen</b>														
15-17	501	298	363	-	-	623	-	-	-	-	-	369	321	2.475
18-24	989	624	1.116	193	162	345	412	410	474	455	588	516	524	6.808
25-39	-	-	2.069	664	712	626	567	435	582	495	597	673	674	8.094
40-59	-	-	-	786	809	880	676	599	595	753	666	730	625	7.119
60-64	-	-	-	-	-	-	-	185	160	226	149	209	171	1.100
18-59	989	624	3185	1.643	1.683	1.851	1.655	1.444	1.651	1.703	1.851	1.919	1.823	22.021
<b>Sachsen</b>														
15-17	-	-	37	-	-	-	-	-	-	-	358	350	349	1.094
18-24	-	-	129	30	56	76	124	108	363	111	355	313	338	2.003
25-39	-	-	332	170	188	154	161	112	476	120	765	724	738	3.940
40-59	-	-	-	239	273	246	174	130	461	205	654	581	547	3.510
60-64	-	-	-	-	-	-	-	52	123	57	123	113	164	632
18-59	-	-	461	439	517	476	459	350	1.300	436	1.774	1.618	1.623	9.453
<b>Sachsen-Anhalt</b>														
15-17	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	333	363
18-24	-	-	96	20	38	46	62	46	42	70	53	35	306	814
25-39	-	-	219	90	109	75	79	63	54	52	73	47	642	1.503
40-59	-	-	-	176	132	180	102	91	52	116	100	65	496	1.510
60-64	-	-	-	-	-	-	-	29	15	44	27	20	153	288
18-59	-	-	315	286	279	301	243	200	148	238	226	147	1.444	3.827

Anmerkungen: Kursiv gesetzte Zahlen reflektieren Stichprobenumfänge von weniger als 30 Fällen in der jeweiligen Altersgruppe. Für diese Jahre und Altersgruppen werden keine Trends berechnet. -) Wurde nicht erhoben

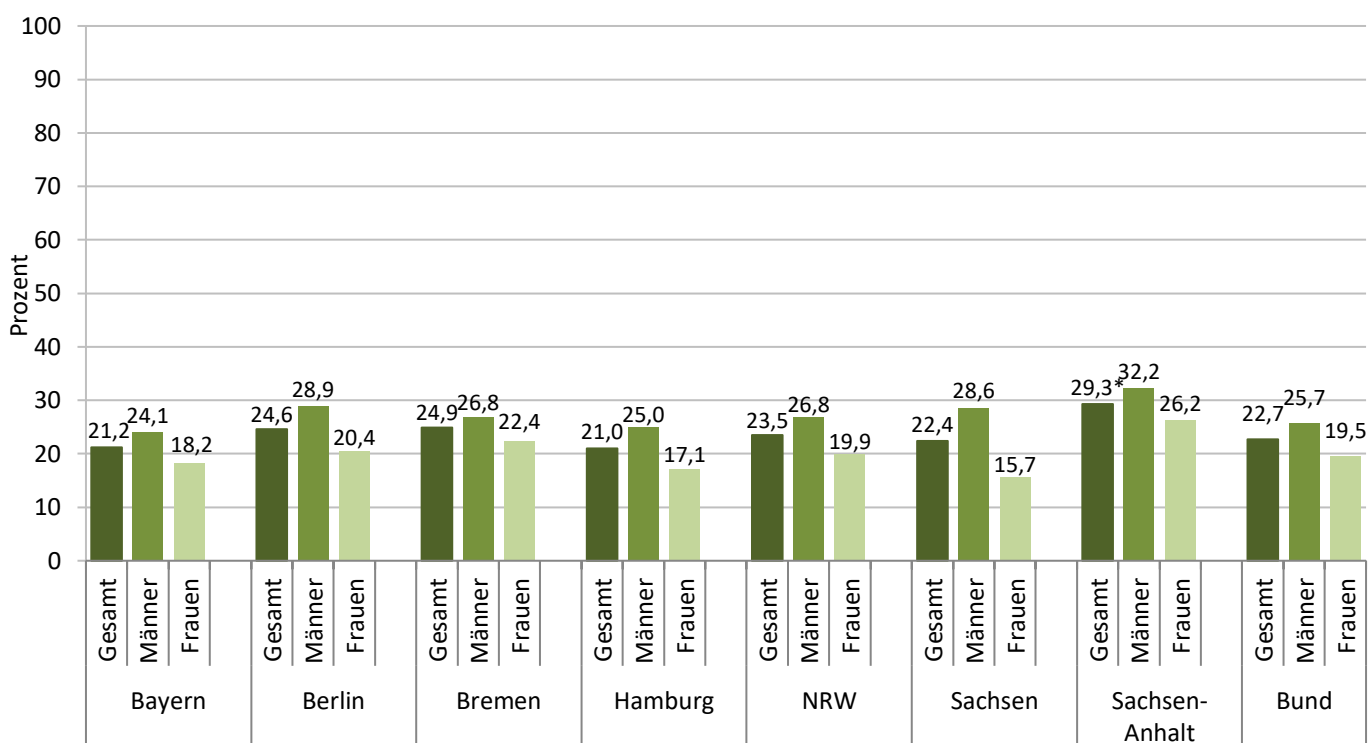
### 3 Tabak

#### 3.1 Die Situation im Jahr 2021

##### 3.1.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums

Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern in den letzten 30 Tagen lag bundesweit bei 22,7 %, wobei die Prävalenz unter Männern (25,7 %) etwas höher ausgeprägt war als unter Frauen (19,5 %) (Abbildung 3-1). Im Vergleich zum Bund war insgesamt (29,3 %) in Sachsen-Anhalt eine signifikant höhere Prävalenz zu verzeichnen.

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



Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Der Anteil der Befragten, der angab, in den letzten 30 Tagen Tabak konsumiert zu haben, war bei den 25- bis 39-Jährigen am höchsten. Die niedrigste Prävalenz wiesen die 60- bis 64-Jährigen auf. Im Vergleich zum Bund zeigte sich in Sachsen-Anhalt bei den 40- bis 59-Jährigen signifikant höhere Prävalenzwerte (Tabelle 3-1).

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

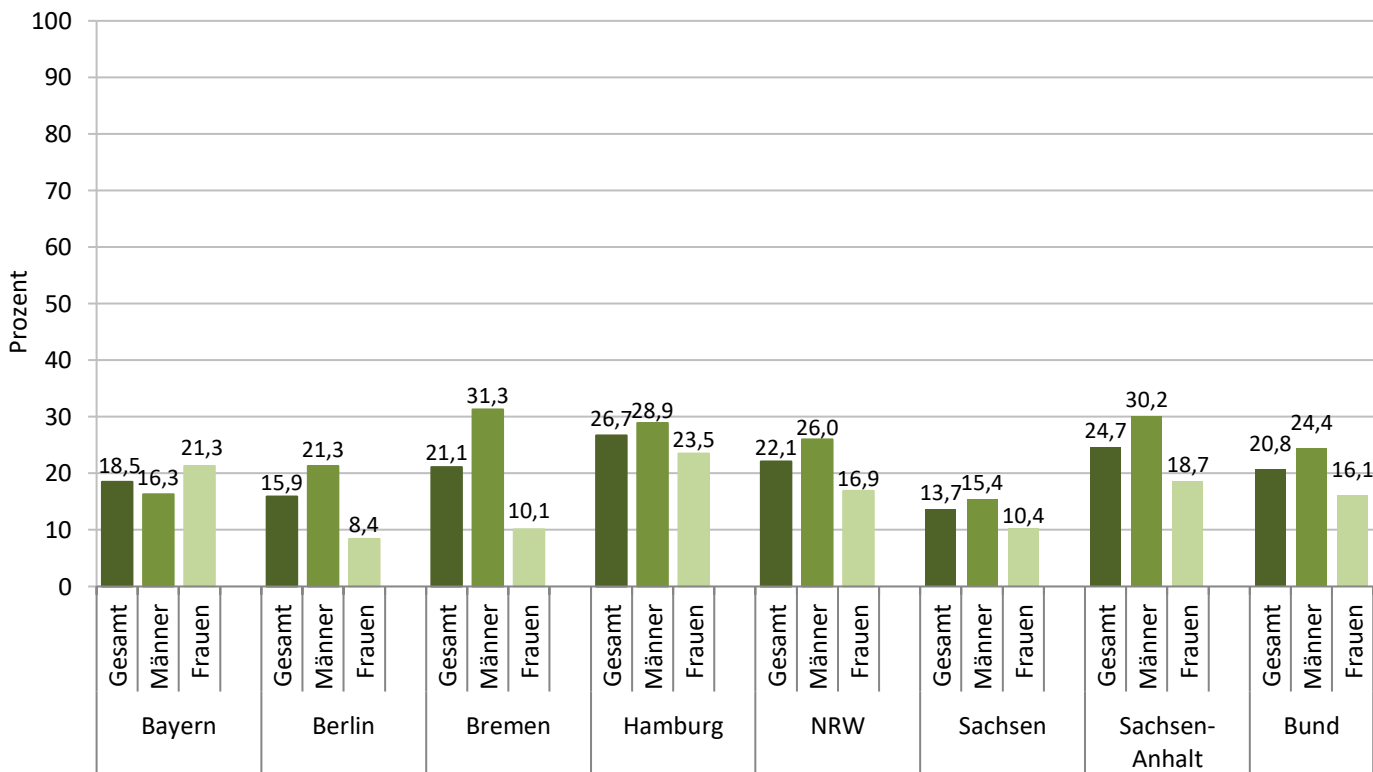
	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	5,4	2,9	4,2	4,6	6,8	8,5	-
18-24	24,1	18,4	18,1	14,4	20,5	19,9	20,3	21,4
25-39	22,5	24,6	24,8	19,4	22,9	26,7	32,6	24,4
40-59	19,1	26,7	27,6	22,7	25,7	20,7	30,7*	22,6
60-64	23,1	21,9	22,6	28,3	19,1	20,0	24,5	19,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.1.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumierende)

Unter den Tabakkonsumierenden berichteten bundesweit insgesamt 20,8 %, täglich 20 oder mehr Zigaretten konsumiert zu haben (Abbildung 3-2). Der Anteil der Männer, die das Kriterium des starken Tabakkonsums erfüllten, war im Bund sowie in den Bundesländern größer als der Anteil der Frauen, außer in Bayern, wo der Anteil der Frauen überwog. Im Vergleich der Bundesländer zum Bund zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

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



Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Bundesweit war der Anteil an starken Raucherinnen und starken Rauchern in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen am höchsten (Tabelle 3-2). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Bund und Ländern.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	~	~	~	~	~	~	-
18-24	8,2	6,8	0,0	~	2,8	2,9	15,2	9,6
25-39	15,4	7,7	19,0	18,0	18,7	9,5	19,8	16,0
40-59	22,6	24,4	28,2	34,0	27,3	19,0	31,1	25,4
60-64	~	~	~	~	29,6	~	16,4	29,6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. ~ n < 30 Personen. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



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

Die durchschnittliche Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten betrug im Bund insgesamt 10,4 Zigaretten (Abbildung 3-3). Die Werte waren sowohl bundesweit, als auch in allen Bundesländern außer Bayern unter Männern höher als unter Frauen. Verglichen mit der Bundesstichprobe war die Anzahl an gerauchten Zigaretten pro Tag bei Männern in Bayern (7,9 Zigaretten) und bei Frauen (7,2 Zigaretten) und insgesamt (8,5 Zigaretten) in Berlin signifikant geringer.

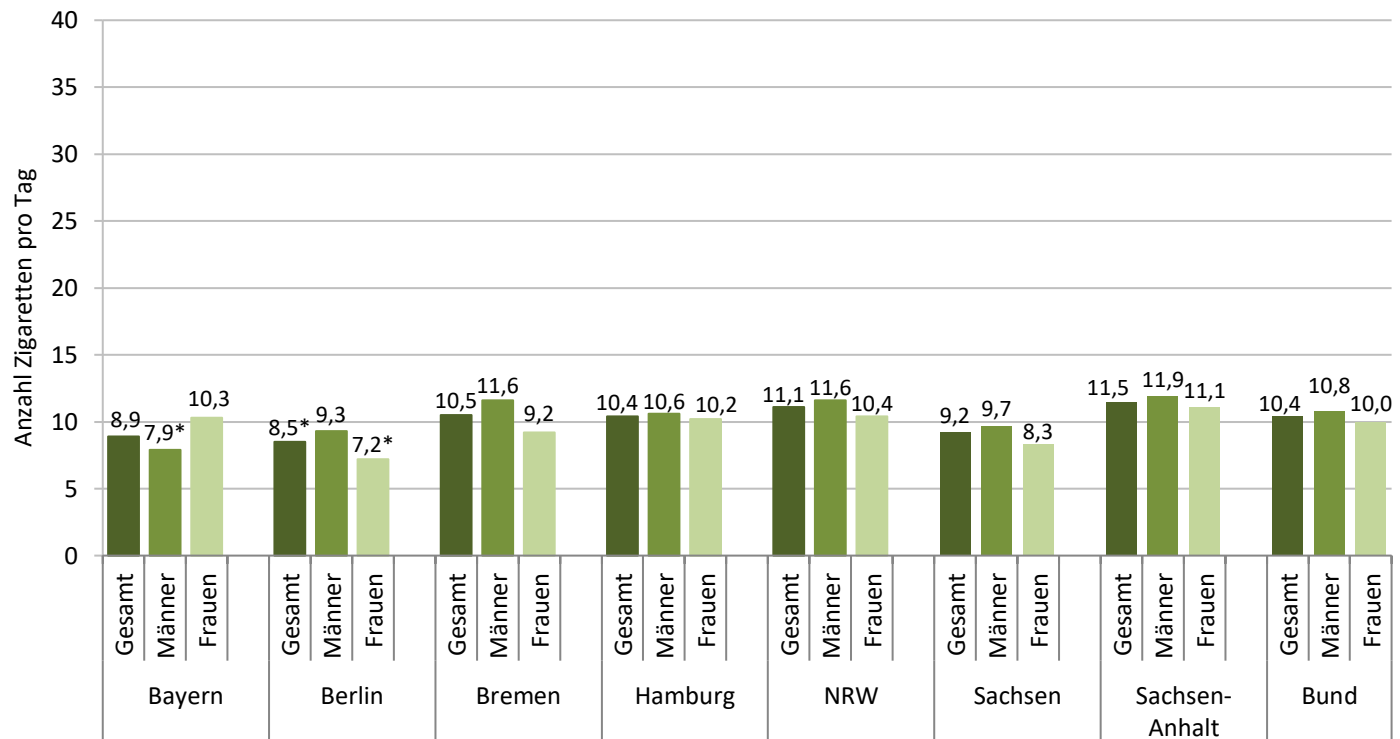


Abbildung 3-3: Durchschnittliche Anzahl konsumierter Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im altersspezifischen Vergleich der Bundesländer mit dem Bund zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, mit Ausnahme der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen in Berlin. Dort konsumierte diese Altersgruppe mit durchschnittlich 6,1 Zigaretten pro Tag signifikant weniger Zigaretten als im Bund (Tabelle 3-3).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	~	~	~	~	~	~	-
18-24	5,6	6,8	4,7	~	5,7	5,3	9,8	7,3
25-39	7,9	6,1*	9,8	8,7	8,6	9,2	12,3	9,2
40-59	10,4	10,4	12,3	11,2	12,8	9,7	11,2	11,7
60-64	~	~	~	~	16,6	~	11,5	12,4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. ~  $n < 30$  Personen. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.1.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum (Konsumierende)

Konsumierende von Tabakprodukten berichteten im bundesweiten Durchschnitt mit 16,1 Jahren zum ersten Mal geraucht zu haben (Abbildung 3-4). Das Einstiegsalter variierte kaum zwischen Männern und Frauen. Zwischen den Bundesländern und dem Bund gab es keine signifikanten Unterschiede.

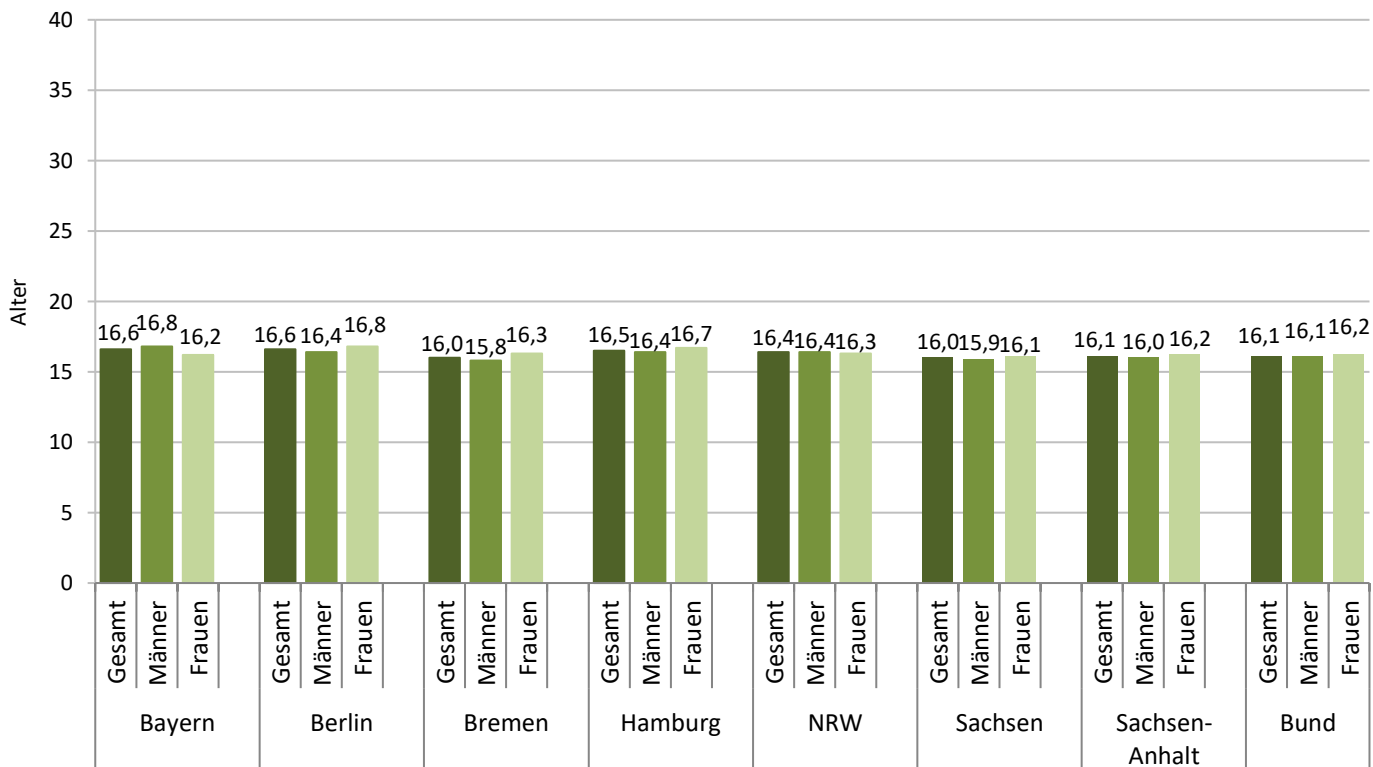


Abbildung 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Das durchschnittliche Einstiegsalter war bundesweit bei den 60- bis 64-Jährigen am höchsten. Im Vergleich zum Bund zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	~	~	~	~	~	~	-
18-24	15,2	15,1	14,6	~	15,6	15,4	15,7	15,3
25-39	15,6	15,2	15,4	15,4	15,6	14,9	15,6	15,3
40-59	18,0	17,9	16,3	17,6	16,9	16,7	16,1	16,8
60-64	~	16,8	~	~	17,0	~	17,6	16,9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. ~ n < 30 Personen. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.1.5 12-Monats-Prävalenz des problematischen Tabakkonsums nach FTND

Bundesweit wiesen 7,8 % der befragten erwachsenen Bevölkerung problematischen Tabakkonsum nach FTND auf (Abbildung 3-5). Die Werte waren bei Männern gegenüber Frauen sowohl bundesweit als auch in den Bundesländern mit der Ausnahme von Bayern erhöht. Im Vergleich zum Bund lag die Prävalenz der Männer in Sachsen-Anhalt (13,7 % vs. 8,8 %) signifikant höher.

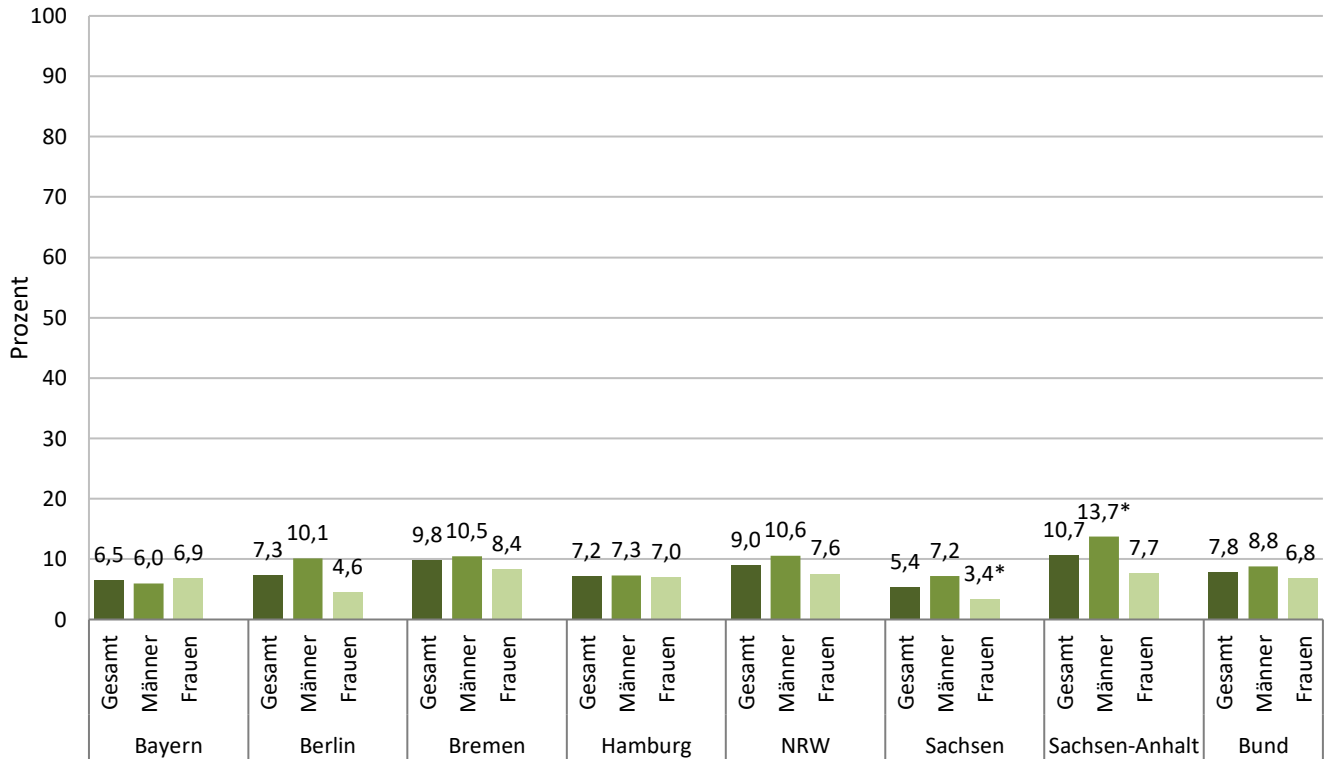


Abbildung 3-5: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Tabak nach FTND, nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Problematischer Tabakkonsum nach FTND zeigte sich am häufigsten bei 40- bis 59-Jährigen (Tabelle 3-5). Die Prävalenz der 40- bis 59-Jährigen in Sachsen war jedoch mit 4,5 % signifikant niedriger als im Bund.

Tabelle 3-5: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Tabak nach FTND, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,2	1,3	1,3	2,3	-
18-24	3,5	3,3	4,6	4,1	6,3	2,8	9,8	4,6
25-39	6,2	5,1	9,7	6,3	7,1	7,4	14,0	7,1
40-59	6,8	10,9	11,9	8,0	11,5	4,5*	10,5	9,3
60-64	8,6	5,1	8,4	11,0	7,6	5,6	5,4	6,8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 3.2 Trends 1980 bis 2021

### 3.2.1 Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums

Trendbeobachtungen zeigten für alle Bundesländer einen signifikanten Rückgang des Tabakkonsums im Laufe der Erhebungen (Abbildung 3-6). Teilweise zeigte sich dieser jedoch erst nach einem anfänglichen Anstieg. Dies traf sowohl auf Männer als auch auf Frauen zu.

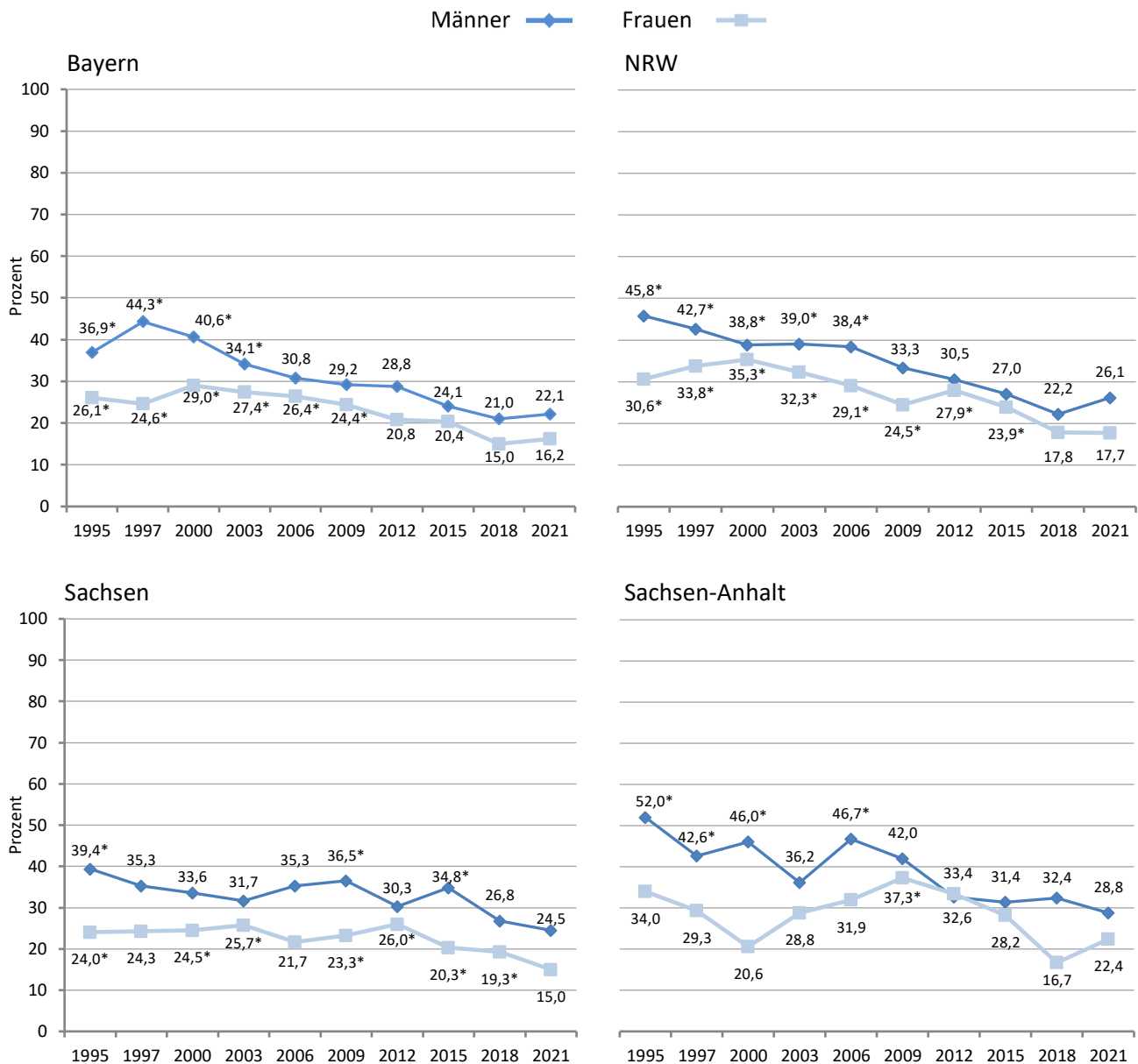


Abbildung 3-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

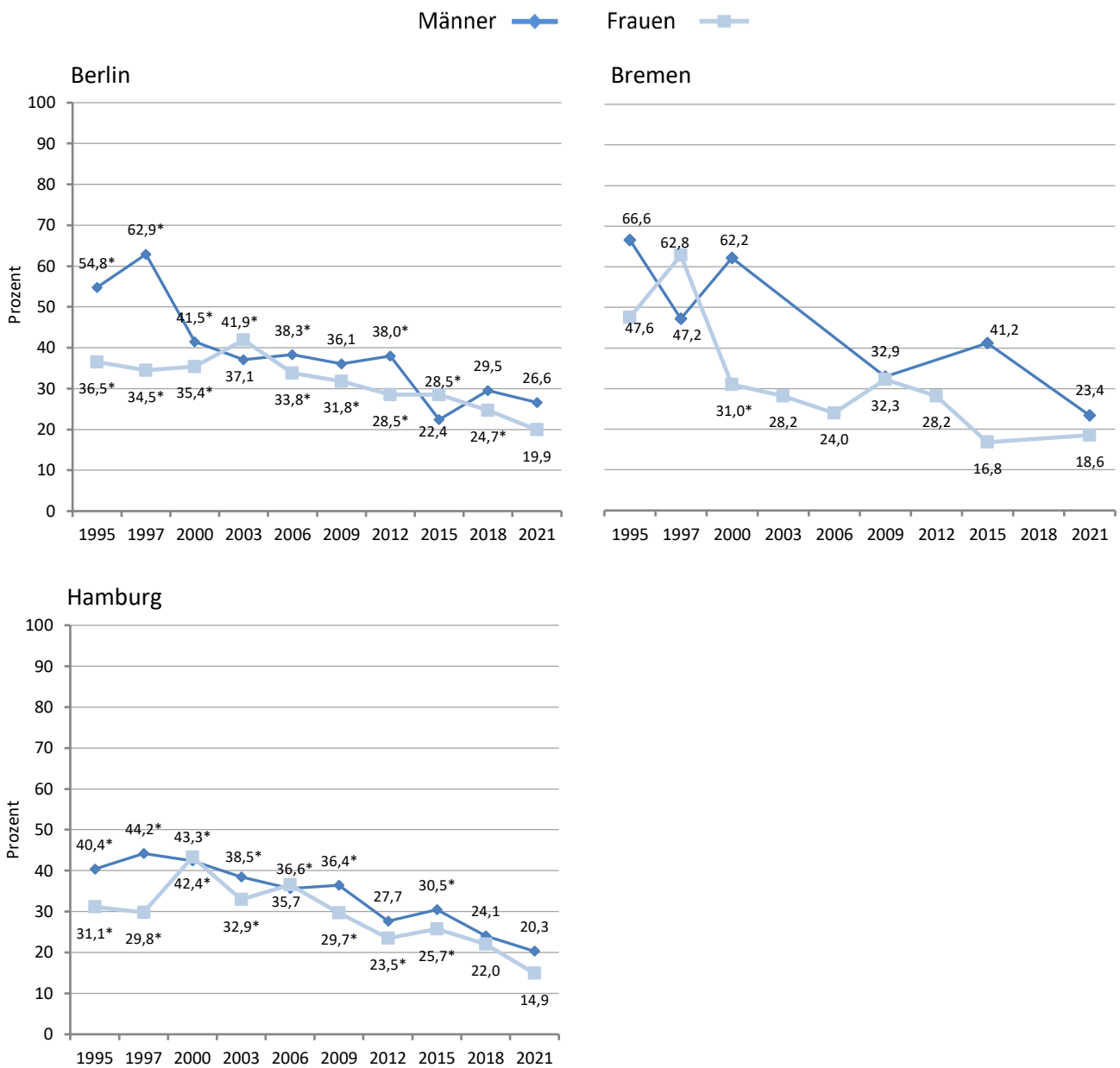


Abbildung 3-6 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In allen Bundesländern zeigten sich die ausgeprägtesten Rückgänge des Tabakkonsums sowohl in den beiden jüngsten Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen, aber auch in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen waren Rückgänge zu beobachten (Tabelle 3-6). Für die 60- bis 64-Jährigen zeigten sich seit dem Jahr 2006, in dem diese Altersgruppe erstmals befragt wurde, in keinem der Bundesländer signifikante Veränderungen.

Tabelle 3-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>													
18-24	62,3*	43,2*	38,6*	39,7*	40,0*	39,6*	37,0*	42,3*	33,3*	29,3	25,2	20,9	22,8
25-39	-	-	39,5*	36,8*	40,2*	39,9*	33,3*	27,9*	31,5*	26,1	24,0	18,9	19,8
40-59	-	-	-	24,5	28,0	27,8*	27,4	25,9	22,3	22,7	20,5	16,9	17,9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	19,9	13,4	17,5	14,8	15,9	17,0
<b>NRW</b>													
18-24	57,1*	48,6*	43,5*	41,8*	37,8*	44,1*	40,1*	38,3*	32,5*	25,3	23,2	15,8	19,4
25-39	-	-	50,1*	42,9*	43,6*	37,7*	35,8*	34,4*	31,2*	30,4*	25,2	22,7	20,4
40-59	-	-	-	33,2*	34,4*	34,5*	34,7*	32,4*	26,5	29,7	26,2	19,5	23,8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	20,8	18,7	21,7	22,1	19,0	19,2
<b>Sachsen</b>													
18-24	-	-	44,3*	51,7	33,4	38,9*	41,8*	36,0*	37,0*	35,5*	24,6	19,0	17,9
25-39	-	-	45,1*	32,5	31,0	35,5*	31,2	23,8	34,8*	36,1*	32,3*	31,1*	22,8
40-59	-	-	-	25,7	27,7	21,1	22,8	29,6*	25,6	22,3	25,6*	18,5	18,5
60-64	-	-	-	-	-	-	-	14,8	15,3	12,7	23,2	20,3	20,1
<b>Sachsen-Anhalt</b>													
18-24	-	-	51,1*	~	45,8	40,4	46,1*	39,9	56,5	25,4	24,5	20,4	16,8
25-39	-	-	48,3*	51,5*	43,1	44,1*	25,5	40,2	36,5	35,2	36,6	33,5	26,3
40-59	-	-	-	33,0	27,1	22,1	33,6	38,0*	36,7	34,1	26,9	21,2	27,3
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	11,4	~	~	22,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 3-6 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>													
18-24	-	48,2*	47,7*	46,4*	59,8	40,9*	39,0*	37,5*	31,3	31,2	21,7	22,6	18,0
25-39	-	-	54,0*	46,8*	54,5*	43,1*	46,5*	37,5*	31,3	37,5*	25,9	28,9	24,0
40-59	-	-	-	44,7*	40,8*	33,4*	35,2*	34,4*	36,1*	30,6	26,3	26,7	23,7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	20,4	~	23,3	33,0	20,8	18,8
<b>Bremen</b>													
18-24	-	~	45,1	~	~	~	~	~	~	~	~	~	15,1
25-39	-	-	49,7*	65,7	64,4	46,2	~	~	~	~	~	~	20,8
40-59	-	-	-	44,5	~	42,1	~	~	~	38,8	36,8	~	23,3
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	18,7
<b>Hamburg</b>													
18-24	58,4*	54,3*	47,3*	36,5	35,4*	~	36,6*	42,5	35,6*	30,1	19,6	20,0	12,1
25-39	-	-	50,1*	45,7*	36,0*	37,3*	37,1*	33,3	32,4*	30,5*	31,8*	16,0	16,9
40-59	-	-	-	27,3	38,6*	51,8*	34,4*	36,4*	33,0*	21,9	27,4*	29,7	19,7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	27,0	~	23,6	~	21,8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.2.2 Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumierende)

Aktuelle Raucherinnen und Raucher in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Berlin und Hamburg zeigten generell einen signifikant rückläufigen Trend des starken Tabakkonsums zwischen 1995 und 2021 (Abbildung 3-7). In Sachsen-Anhalt zeigte sich zwischen 1995 und 2021 ein signifikanter Unterschied nur für Männer während die Prävalenz für Frauen tendenziell auf einem vergleichbaren Niveau blieb. In Bremen war der Rückgang nur bei den Frauen signifikant.

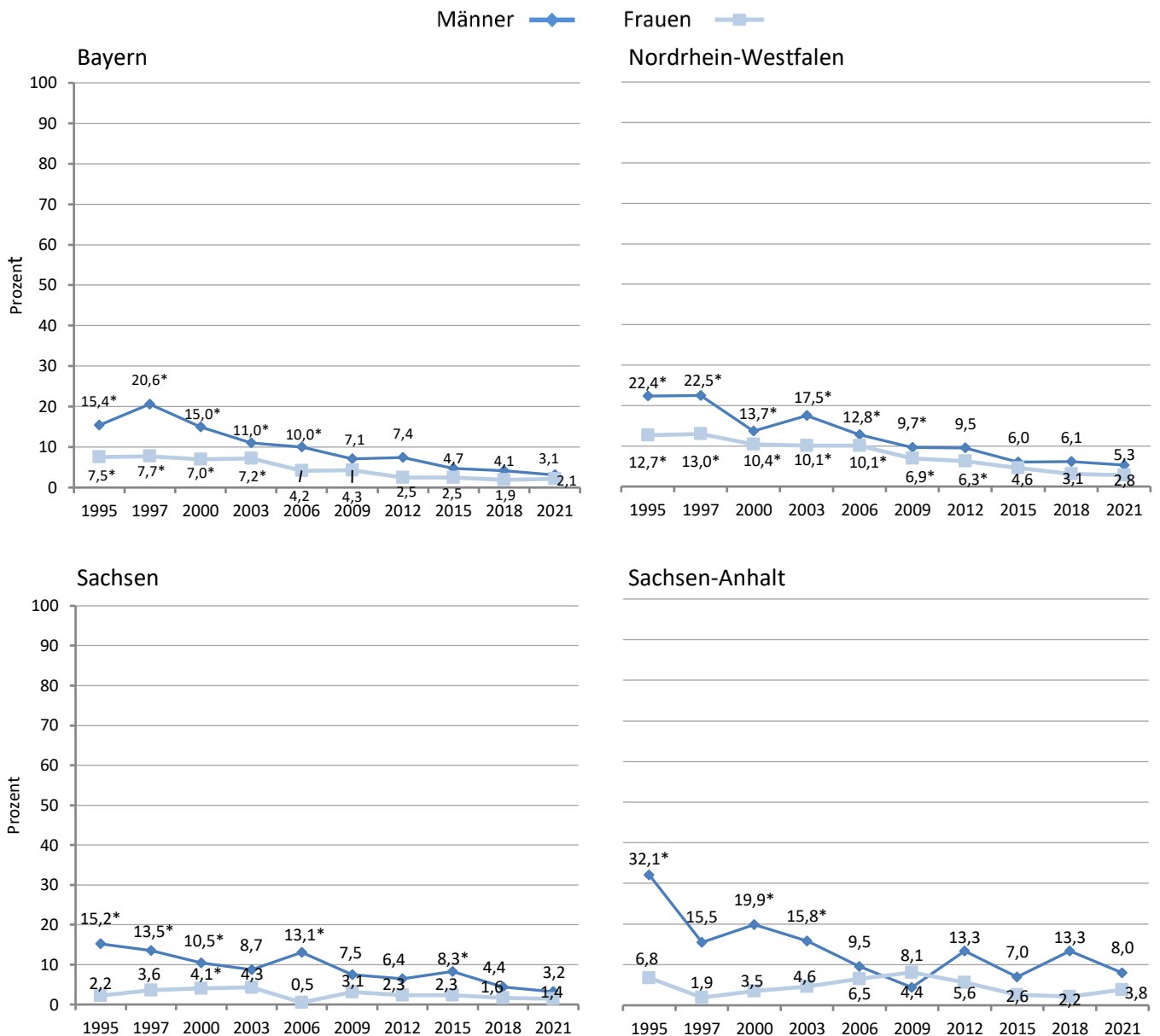


Abbildung 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



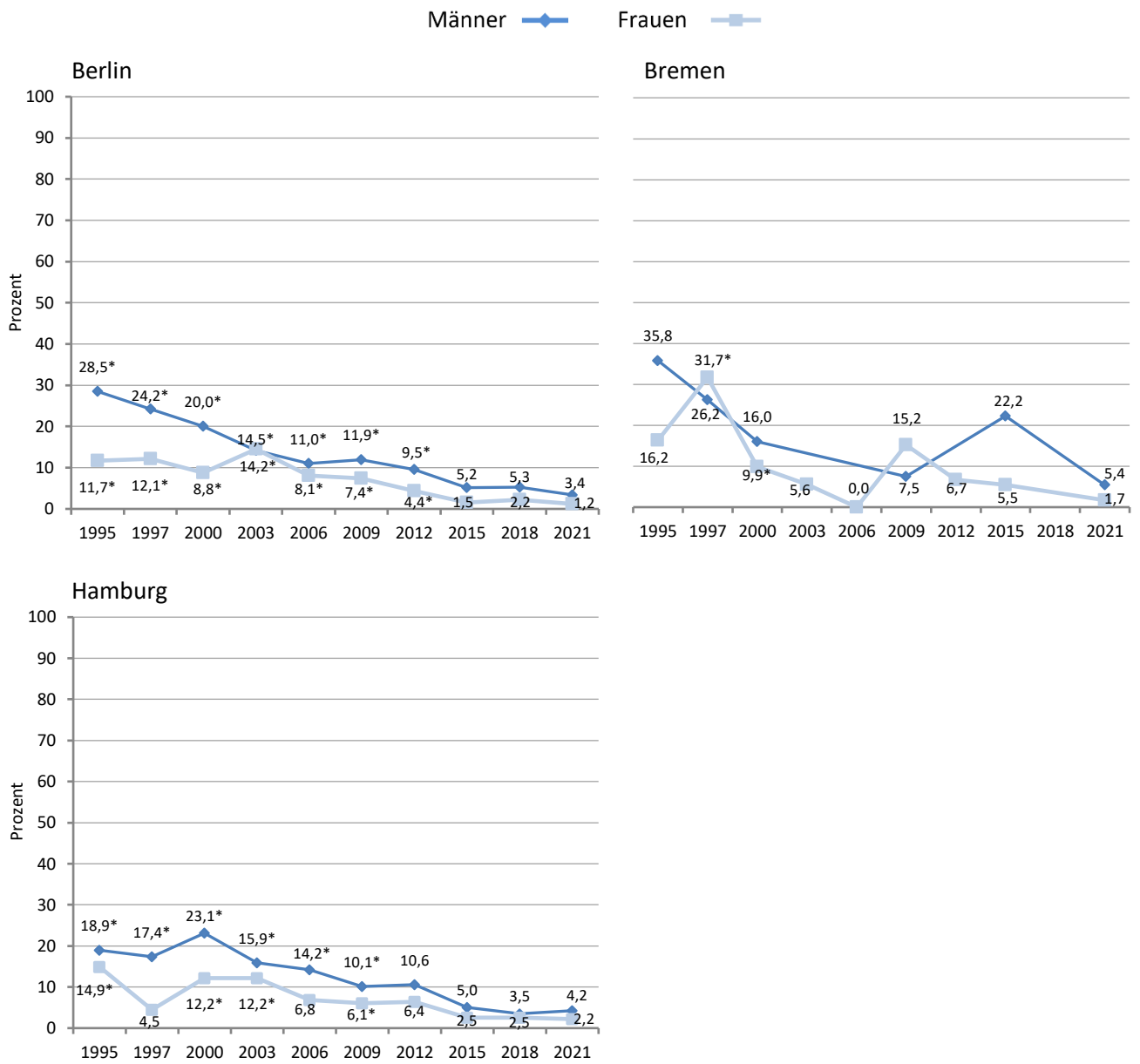


Abbildung 3-7 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Der Anteil an aktuellen Raucherinnen und Rauchern mit einem starken Tabakkonsum ging in allen Bundesländern in allen Altersgruppen vor allem vor dem Jahr 2009 signifikant zurück (Tabelle 3-7). In Sachsen zeigte sich jedoch nur in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen ein signifikanter Rückgang.

Tabelle 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>													
18-24	35,4*	31,8*	31,6*	31,3	34,2	20,8	17,6	20,7	5,5	8,0	6,6	3,1	5,9
25-39	-	-	41,9*	34,8*	38,4*	35,6*	28,3*	22,1*	21,7*	18,2	10,0	14,5	9,7
40-59	-	-	-	41,7*	48,8*	34,9	38,4	29,0	28,3	26,6	24,2	23,8	20,0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>NRW</b>													
18-24	39,0*	38,7*	35,1*	35,2*	32,3*	15,6*	11,7	16,6*	9,5	12,9*	7,9	9,1	2,6
25-39	-	-	50,3*	46,1*	47,4*	35,4*	39,3*	30,3*	28,0*	23,6	16,8	21,1	13,1
40-59	-	-	-	51,0*	52,9*	41,0*	49,3*	43,2*	36,7	33,4	26,3	28,7	26,6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	40,5	~	38,9	~	20,4	24,9
<b>Sachsen</b>													
18-24	-	-	25,8*	~	~	~	9,4	11,2	9,7*	3,4	8,6	3,7	2,1
25-39	-	-	33,9*	21,4	44,2*	30,9*	24,5	~	18,1	20,4	11,3	12,3	9,7
40-59	-	-	-	31,0	25,4	24,6	31,5	29,4	21,9	16,7	29,0	16,4	17,2
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Sachsen-Anhalt</b>													
18-24	-	-	13,3	~	~	~	~	~	~	~	~	~	9,7
25-39	-	-	39,3*	35,2	26,6	~	~	~	~	~	~	~	16,9
40-59	-	-	-	53,4*	38,1	57,1	37,9	23,7	~	29,4	~	~	29,8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	19,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Bei  $n < 50$  wird nicht auf Signifikanz geprüft. Bei  $n < 30$  werden keine Werte berichtet (~). Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 3-7 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>													
18-24	-	64,4	29,1*	28,7*	~	11,2	~	10,6	~	1,5	~	6,7	7,5
25-39	-	-	47,6*	54,2*	38,1*	43,3*	37,2	23,1*	~	12,9*	~	11,8*	3,6
40-59	-	-	-	41,3*	42,0*	45,9*	43,6	35,2*	29,8	34,1*	13,2	19,0	17,5
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Bremen</b>													
18-24	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	0,0
25-39	-	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	11,0
40-59	-	-	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	25,9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	-	-	~	~	~
<b>Hamburg</b>													
18-24	41,7*	27,4	33,5*	~	13,4	~	20,7*	~	7,1	~	0,0	~	~
25-39	-	-	49,9*	48,2	30,6*	~	37,3*	~	21,6	~	8,5	~	10,3
40-59	-	-	-	~	33,5	57,7	48,2*	~	31,8	~	21,0	~	27,9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Bei  $n < 50$  wird nicht auf Signifikanz geprüft. Bei  $n < 30$  werden keine Werte berichtet (~). Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.2.3 Trends der durchschnittlichen Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Anzahl Zigaretten pro Tag, Konsumenten)

In Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Berlin und Hamburg hat sich die Anzahl der von Raucherinnen und Rauchern konsumierten Zigaretten von 1995 bis 2021 stetig reduziert (Abbildung 3-8). In Bremen war die Stichprobe nur 2021 groß genug für eine Auswertung ( $n > 30$ ), weshalb hier über den Trend keine Aussage getroffen werden kann. In Sachsen-Anhalt ist bei Frauen keine Veränderung zu beobachten.

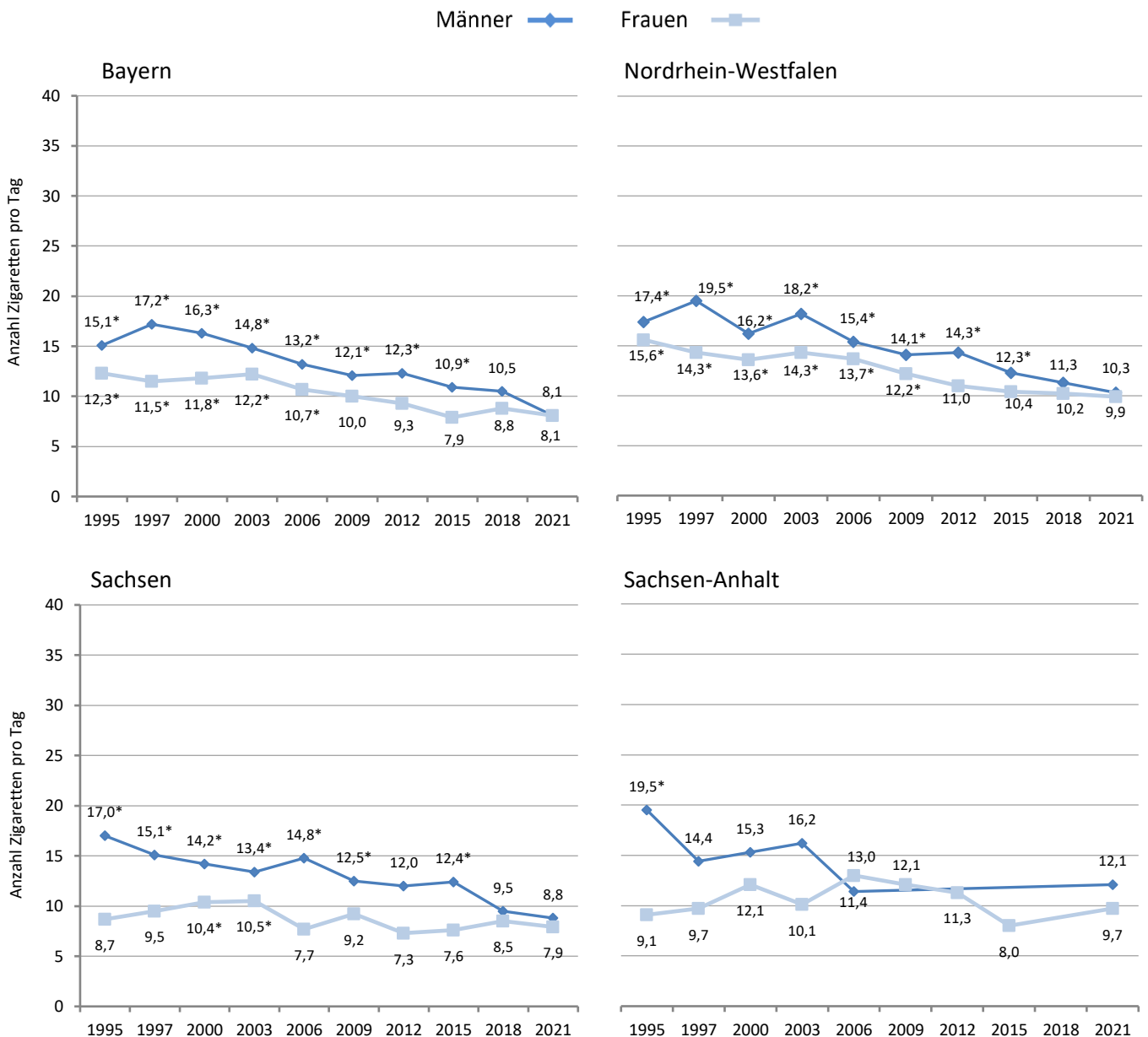


Abbildung 3-8 Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

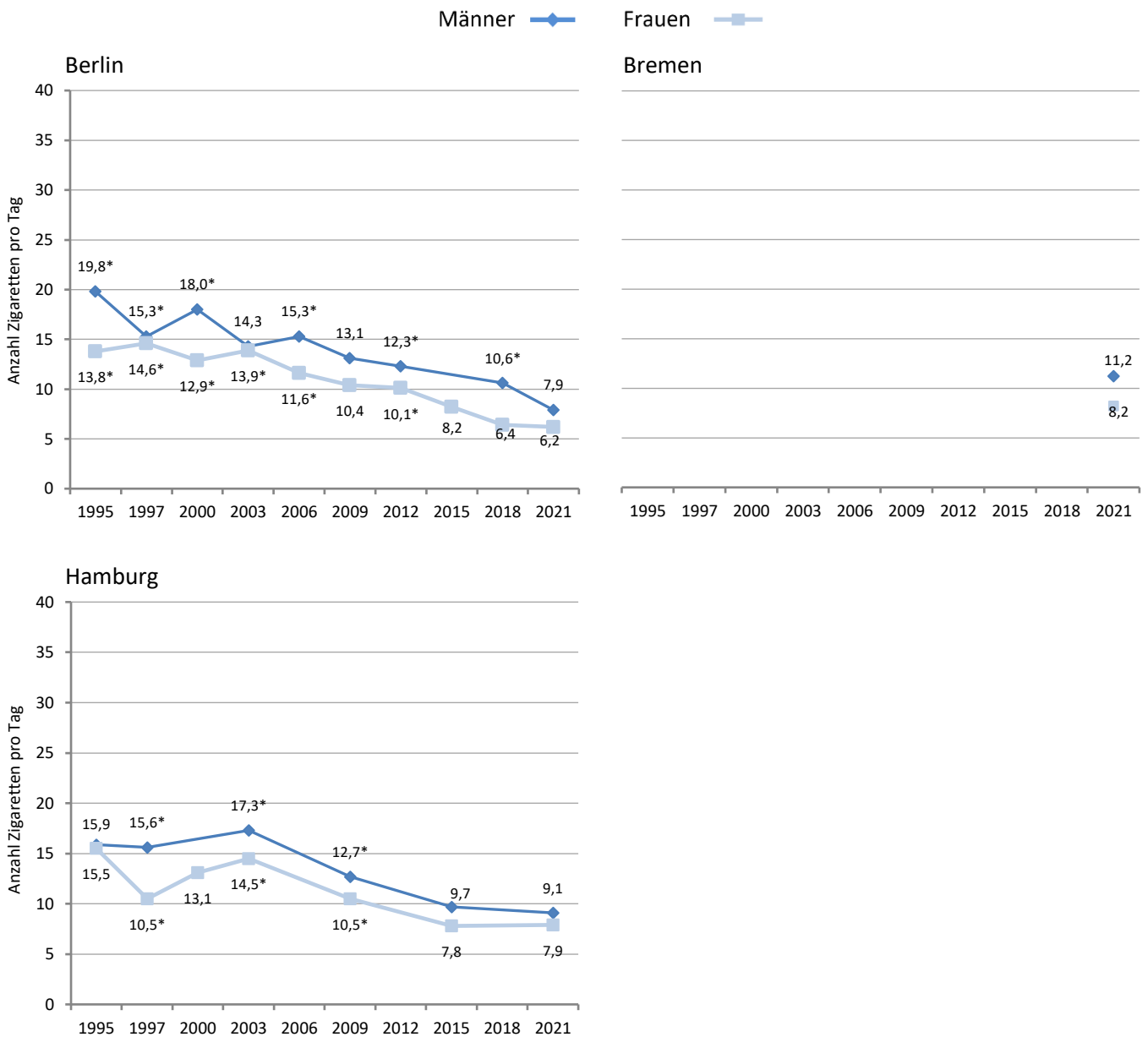


Abbildung 3-8 (Fortsetzung): Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In allen Bundesländern ist die Anzahl an Zigaretten pro Tag in allen Altersgruppen stetig zurückgegangen (Tabelle 3-8).

Tabelle 3-8: Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumierende)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>													
18-24	-	-	-	8,8	12,4	14,0	11,9*	11,0*	7,6	8,0*	7,0	6,8	5,2
25-39	-	-	-	14,1*	14,4*	14,1*	13,2*	11,6*	11,3*	9,9	7,7	8,8	7,0
40-59	-	-	-	16,6*	17,4*	14,9*	14,8*	12,9	12,4	13,0	11,6	11,5	9,9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>NRW</b>													
18-24	-	-	-	12,9*	15,5*	11,6*	11,0*	11,9*	10,1*	9,4	7,7	7,1	5,4
25-39	-	-	-	16,6*	17,0*	14,9*	15,8*	13,2*	12,5*	11,8*	10,8*	9,2	8,0
40-59	-	-	-	18,2*	17,9*	16,3*	18,6*	16,5*	14,9	14,1	12,6	12,8	12,4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	17,3	~	15,2	~	11,0	13,8
<b>Sachsen</b>													
18-24	-	-	-	~	~	~	10,2	8,6	9,2*	5,4	7,6	4,8	5,0
25-39	-	-	-	11,2	15,0*	13,8	11,7	~	11,4*	10,8	8,5	9,0	8,0
40-59	-	-	-	13,5*	13,2	12,7	13,7	13,9	12,0	10,4	12,9*	10,0	9,8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Sachsen-Anhalt</b>													
18-24	-	-	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	7,9
25-39	-	-	-	13,0	11,4	~	~	~	~	~	~	~	10,3
40-59	-	-	-	18,5*	15,6	~	~	13,5	~	14,6	~	~	11,8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	12,2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Bei  $n < 50$  wird nicht auf Signifikanz geprüft. Bei  $n < 30$  werden keine Werte berichtet (~). Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 3-8 (Fortsetzung): Trends der Anzahl Zigaretten pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumierende)

		1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018
<b>Berlin</b>													
18-24	-	-	-	14,4*	~	9,0	~	9,8*	~	5,3	~	5,2	6,4
25-39	-	-	-	17,7*	15,8*	15,7*	13,8	12,9*	~	9,0*	~	7,2*	5,3
40-59	-	-	-	17,8*	15,5*	18,0*	14,9	15,2*	~	14,9*	10,3	10,9	9,1
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Bremen</b>													
18-24	-	-	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	3,5
25-39	-	-	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	8,3
40-59	-	-	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	12,2
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~
<b>Hamburg</b>													
18-24	-	-	-	~	8,9	~	12,9*	~	6,3	~	5,5	~	~
25-39	-	-	-	14,7	13,8*	~	13,4*	~	10,2*	~	6,6	~	7,2
40-59	-	-	-	~	14,5	~	17,4	19,6*	14,2*	~	11,7	~	10,4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Bei  $n < 50$  wird nicht auf Signifikanz geprüft. Bei  $n < 30$  werden keine Werte berichtet (~). Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.2.4 Trends der 30-Tage-Prävalenz des problematischen Tabakkonsums nach FTND

Der Anteil an Personen, bei denen problematischer Tabakkonsum nach FTND vorlag, hat in Bayern, Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen sowie bei Männern in Sachsen seit 2012 signifikant abgenommen (Abbildung 3-9). In Bremen und Sachsen-Anhalt blieben die Prävalenzen über die Zeit hinweg stabil.

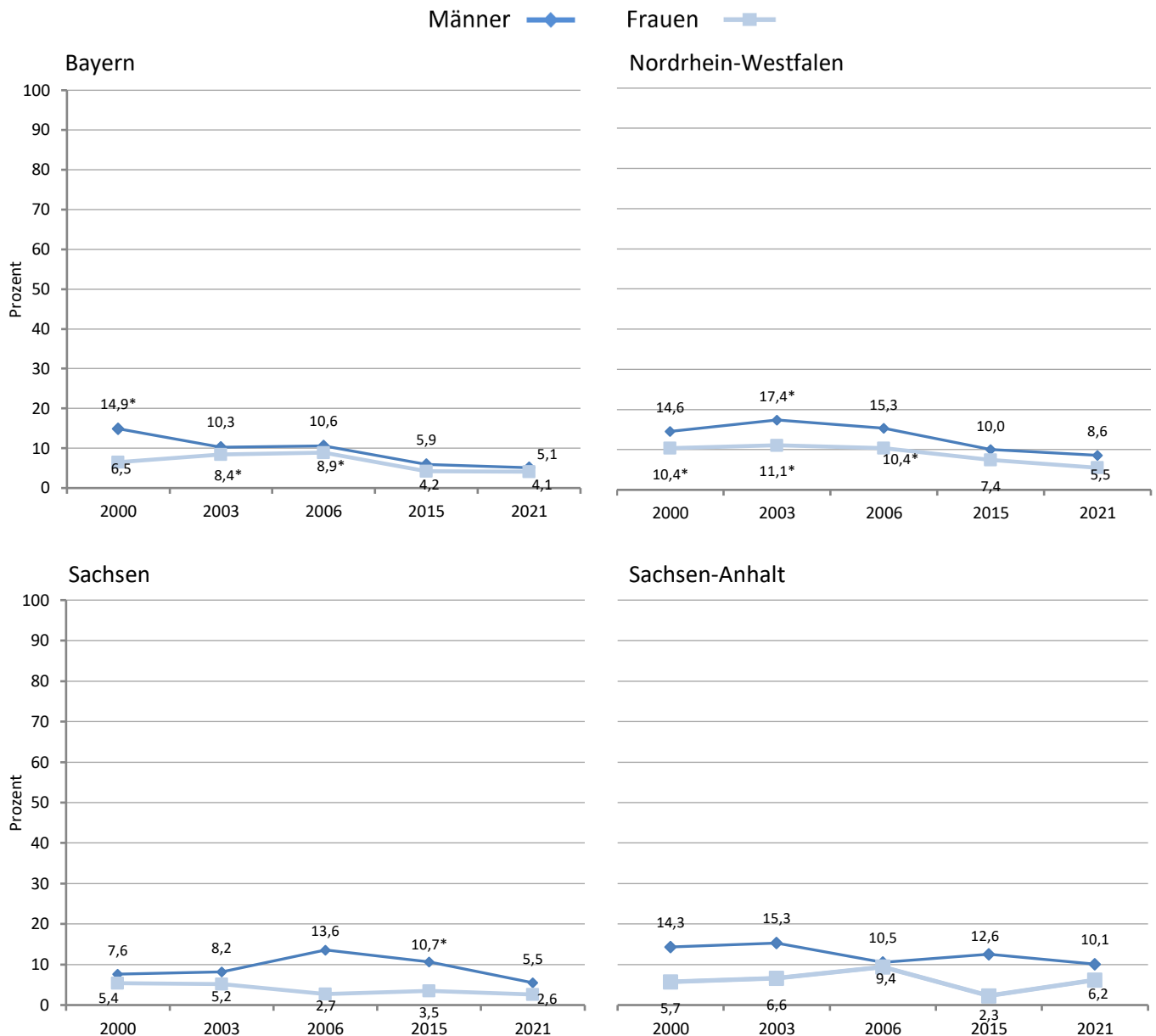


Abbildung 3-9: Trends der Nikotinabhängigkeit nach FTND nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde eine Nikotinabhängigkeit nach FTND nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



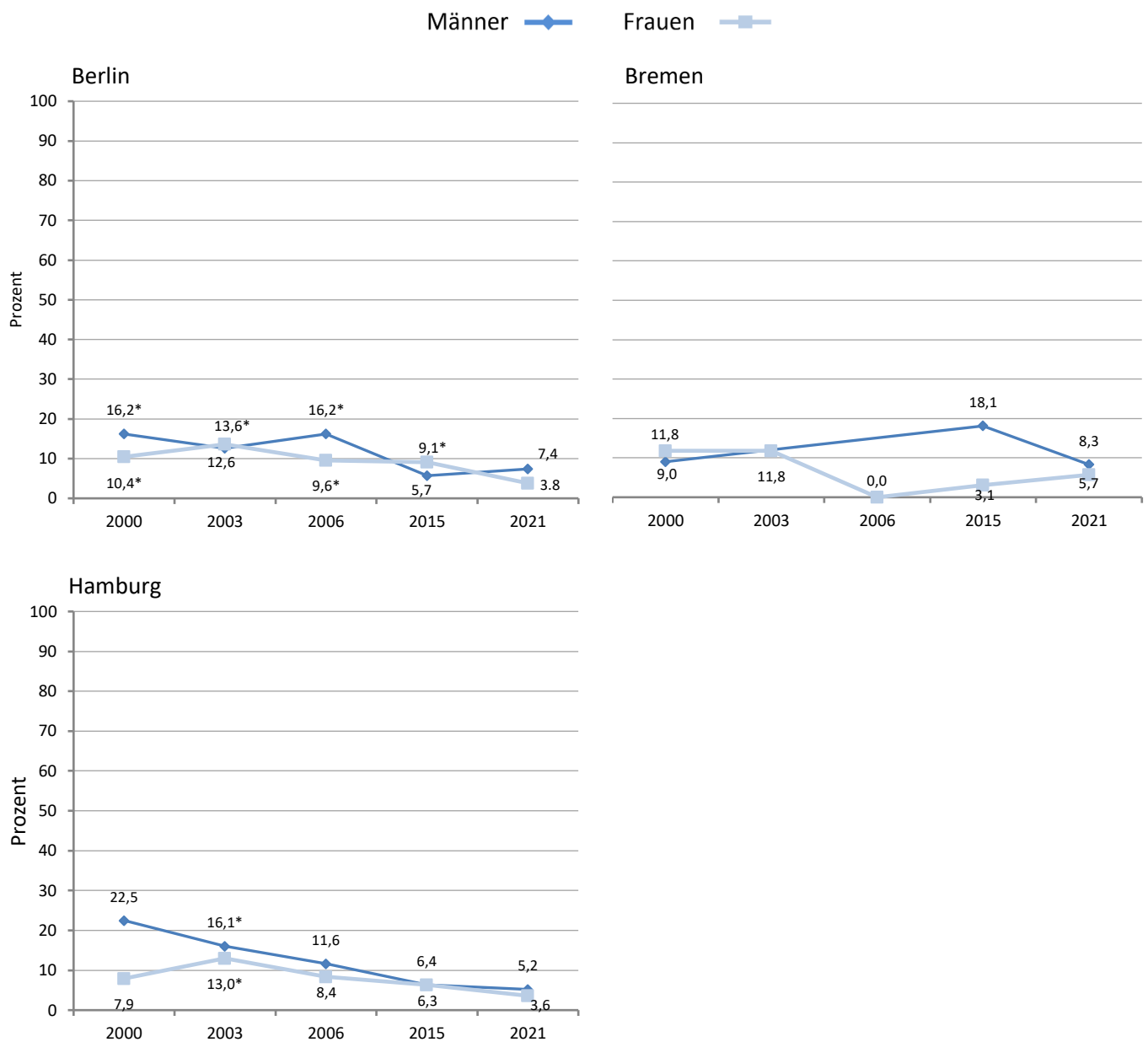


Abbildung 3-9 (Fortsetzung): Trends der Nikotinabhängigkeit nach FTND nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde eine Nikotinabhängigkeit nach FTND nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Nach erhöhter Prävalenz in den 2000er Jahren sind die Werte je nach Bundesland in unterschiedlichen Altersgruppen im Jahr 2021 gesunken. Bei den 18- bis 24-Jährigen und den 25- bis 39-Jährigen in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Berlin ist der rückläufige Trend deutlich zu sehen (Tabelle 3-9). Zudem war dies bei den 40- bis 59-Jährigen in Berlin, Hamburg und Sachsen (hier ab 2006) im Vergleich zu 2021 beobachtbar.

Tabelle 3-9: Problematischer Konsum von Tabak nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>													
18-24	-	-	-	-	-	11,8*	9,1	12,9*	-	-	3,3	-	2,4
25-39	-	-	-	-	-	11,9*	9,7*	9,3	-	-	4,0	-	4,2
40-59	-	-	-	-	-	8,9	9,1	9,2	-	-	6,1	-	5,4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	6,8	-	-	4,5	-	5,7
<b>NRW</b>													
18-24	-	-	-	-	-	10,8*	9,6*	12,5*	-	-	5,5	-	3,9
25-39	-	-	-	-	-	12,7*	15,0*	12,5*	-	-	8,5*	-	4,5
40-59	-	-	-	-	-	12,8	15,0	13,2	-	-	9,7	-	9,6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	8,3	-	-	5,1	-	6,4
<b>Sachsen</b>													
18-24	-	-	-	-	-	5,8	6,1	6,6	-	-	5,4	-	2,2
25-39	-	-	-	-	-	8,8	7,8	4,2	-	-	5,9	-	5,2
40-59	-	-	-	-	-	5,0	6,2	11,6*	-	-	8,3*	-	3,8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	5,4	-	-	6,2	-	6,4
<b>Sachsen-Anhalt</b>													
18-24	-	-	-	-	-	4,7	16,4*	11,0	-	-	6,0	-	4,9
25-39	-	-	-	-	-	13,0	7,0	9,8	-	-	10,9	-	8,8
40-59	-	-	-	-	-	8,7	12,2	9,8	-	-	5,5	-	8,5
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	-	-	~	-	5,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Bei  $n < 50$  wird nicht auf Signifikanz geprüft. Bei  $n < 30$  werden keine Werte berichtet (~). Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 3-9 (Fortsetzung): Problematischer Konsum von Tabak nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>													
18-24	-	-	-	-	-	5,0	12,1*	14,8*	-	-	1,9	-	3,4
25-39	-	-	-	-	-	15,1*	17,6*	12,1*	-	-	9,6*	-	3,9
40-59	-	-	-	-	-	13,9*	10,5	13,0*	-	-	7,3	-	7,8
60-64	-	-	-	-	-	-	-	6,7	-	-	16,4	-	4,5
<b>Bremen</b>													
18-24	-	-	-	-	-	~	~	~	-	-	~	-	2,1
25-39	-	-	-	-	-	14,2	~	~	-	-	~	-	5,6
40-59	-	-	-	-	-	7,2	~	~	-	-	14,3	-	9,9
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	-	-	~	-	5,3
<b>Hamburg</b>													
18-24	-	-	-	-	-	~	10,9	~	-	-	3,2	-	1,7
25-39	-	-	-	-	-	10,3	12,2*	9,9	-	-	6,4	-	3,3
40-59	-	-	-	-	-	21,3*	17,6*	9,8	-	-	7,1	-	6,1
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	-	-	11,9	-	7,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Bei  $n < 50$  wird nicht auf Signifikanz geprüft. Bei  $n < 30$  werden keine Werte berichtet (~). Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.2.5 Trends der Frequenz des Konsums von Tabak, 1995-2021

Bezüglich der 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Tabak zeigt sich in allen untersuchten Bundesländern ein signifikanter Rückgang im Vergleich zu den Erhebungen in den Jahren 1995 und 1997, zudem konnten auch zu verschiedenen späteren Erhebungszeitpunkten noch signifikante Rückgänge erkannt werden. Die Prävalenz des starken Konsums von Tabak und die Prävalenz des täglichen Rauchens sind im Vergleich zu mehreren vergangenen Messzeitpunkten gesunken. Ebenfalls konnte in allen untersuchten Bundesländern, mit der Ausnahme von Sachsen-Anhalt, mindestens einmal ein signifikanter Rückgang der Prävalenz des problematischen Konsums von Tabak festgestellt werden.

Tabelle 3-10: Trends der Frequenz des Konsums von Tabak, 1995-2021 (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
30-Tage-Prävalenz	31,5*	34,5*	34,7*	30,9*	28,6*	26,9*	24,7	22,3	18,1	19,2
Starker Konsum <sup>1</sup>	11,5*	14,2*	10,9*	9,2*	7,1*	5,7*	4,9	3,6	3,0	2,6
Täglicher Raucher	20,5*	25,9*	25,1*	20,1*	17,9*	17,7*	15,2	13,5	9,9	9,8
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	10,6*	9,3	9,7*	-	-	5,1	-	4,6
<b>NRW</b>										
30-Tage-Prävalenz	38,2*	38,3*	37,1*	35,8*	33,8*	28,9*	29,3*	25,5	20,0	22,0
Starker Konsum <sup>1</sup>	17,6*	17,8*	12,1*	13,9*	11,4*	8,3*	8,0*	5,3	4,6	4,0
Täglicher Raucher	28,4*	30,7*	26,3*	26,7*	23,8*	19,8*	20,0*	16,0*	12,7	12,2
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	12,5*	14,3*	12,9*	-	-	8,7	-	7,0
<b>Sachsen</b>										
30-Tage-Prävalenz	31,7*	29,8*	29,2*	28,9*	28,5*	30,2*	28,2*	27,8*	23,2	19,9
Starker Konsum <sup>1</sup>	8,7*	8,5*	7,4*	6,7*	6,8*	5,4*	4,3	5,4*	3,0	2,3
Täglicher Raucher	21,6*	21,3*	22,1*	19,8*	19,5*	19,2*	15,5	16,8*	13,2	10,7
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	6,5	6,8	8,2	-	-	7,2*	-	4,1
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
30-Tage-Prävalenz	43,0*	35,9*	31,9	32,4	38,9*	39,6*	33,0	29,8	24,8	25,7
Starker Konsum <sup>1</sup>	19,5*	8,7	10,7	10,0*	7,9	6,3	9,3	4,8	8,0	5,9
Täglicher Raucher	29,4*	27,7*	24,8*	22,6	28,1*	25,1	24,5	17,9	20,7	16,0
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	9,5	10,8	9,9	-	-	7,3	-	8,2

<sup>1</sup>Starker Konsum: Tägliches Rauchen mit einem durchschnittlichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag.

<sup>2</sup>Problematischer Tabakkonsum nach FTND: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit; Schwellenwert  $\geq 4$ .

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021.

Tabelle 3-10 (Fortsetzung): Trends der Frequenz des Konsums von Tabak, 1995-2021 (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
30-Tage-Prävalenz	54,8*	62,9*	41,5*	37,1	38,3*	36,1	38,0*	22,4	29,5	26,6
Starker Konsum <sup>1</sup>	20,1*	18,2*	14,5*	14,4*	9,5*	9,6*	7,0*	3,2	3,8	2,3
Täglicher Raucher	35,6*	36,7*	27,6*	26,3*	24,7*	21,2*	19,8*	15,6	13,0	11,0
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	13,3*	13,1*	12,9*	-	-	7,5	-	5,6
<b>Bremen</b>										
30-Tage-Prävalenz	57,0*	55,1*	46,1*	55,5*	34,3	32,7	35,7	29,5*	28,0	21,1
Starker Konsum <sup>1</sup>	26,1*	29,0*	12,8*	26,0*	7,8	10,7*	8,0	14,1*	4,8	3,5
Täglicher Raucher	42,5*	45,2*	32,7*	40,5*	26,3*	23,2*	18,7	23,1*	15,2	11,2
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	10,5	29,4*	10,8	-	-	10,9	-	7,1
<b>Hamburg</b>										
30-Tage-Prävalenz	35,7*	37,1*	42,9*	35,8*	36,1*	33,1*	25,5*	28,1*	23,2	17,6
Starker Konsum <sup>1</sup>	16,9*	11,0*	17,0*	14,0*	10,9*	8,1*	8,4*	3,8	3,1	3,2
Täglicher Raucher	23,3*	24,1*	33,1*	24,3*	28,9*	19,6*	16,0*	14,8*	13,1	7,7
Problematischer Konsum <sup>2</sup>	-	-	14,3*	14,6*	10,2	-	-	6,3	-	4,4

<sup>1</sup>Starker Konsum: Tägliches Rauchen mit einem durchschnittlichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag.

<sup>2</sup>Problematischer Tabakkonsum nach FTND: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit; Schwellenwert  $\geq 4$ .

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021.

### 3.3 Tabakalternativen

#### 3.3.1 Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Bundesweit berichteten 20,1 % der Befragten, jemals eine E-Zigarette probiert zu haben (Abbildung 3-10). Der Anteil von Männern war in allen Bundesländern gegenüber dem Anteil an Frauen höher. In Sachsen war die Prävalenz in der Gesamtstichprobe sowie für Frauen signifikant niedriger als in der Bundesstichprobe.

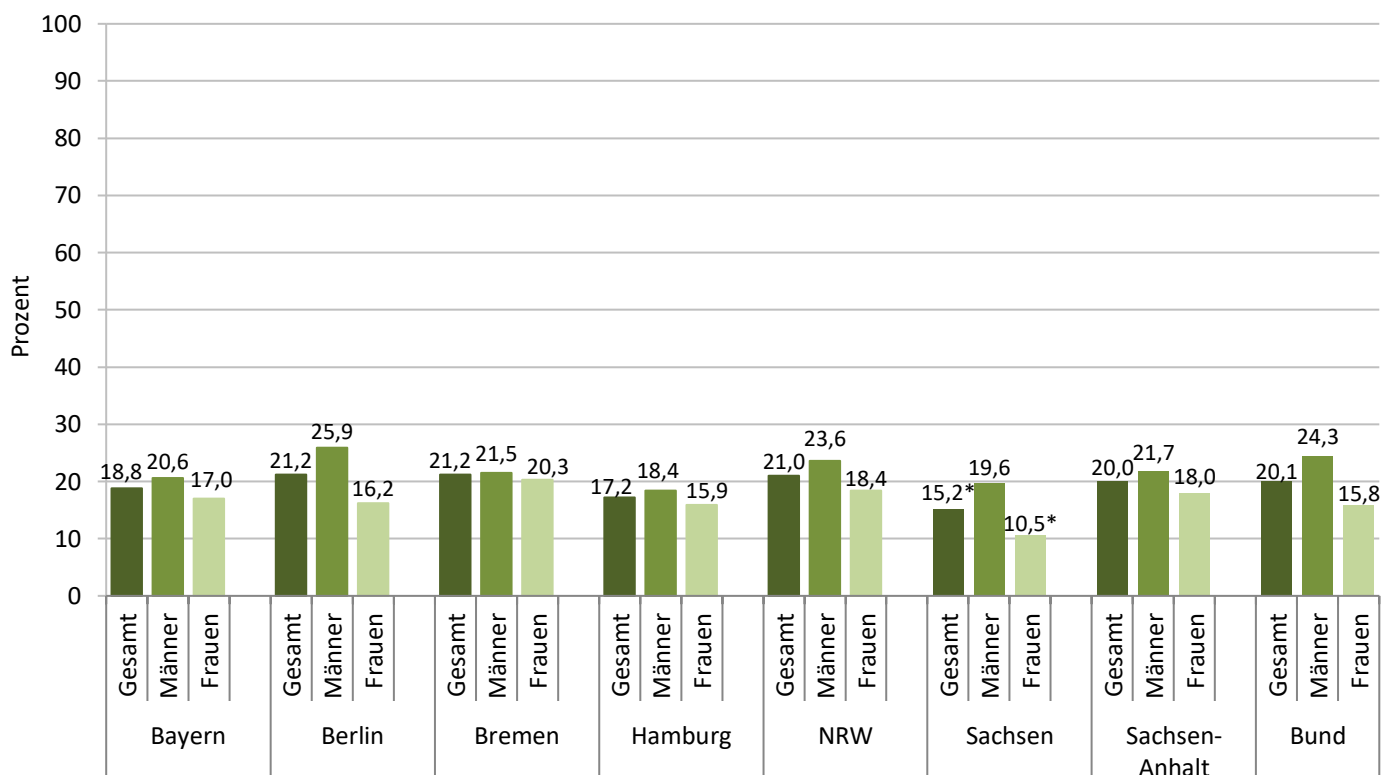


Abbildung 3-10: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In den Altersgruppen 40- bis 59-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen gaben die Befragten seltener an, jemals eine E-Zigarette probiert zu haben (Tabelle 3-11). In Sachsen sind für die 40- bis 59-Jährigen signifikant niedrigere Werte als im Bund zu verzeichnen (8,9% vs. 15,0%).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	15,2	15,9	15,3	19,7	20,1	23,6	-
18-24	40,9	36,4	34,6	32,5	38,5	34,5	44,5	39,6
25-39	24,8	24,4	27,6	22,3	23,6	23,6	31,1	24,8
40-59	12,5	16,5	14,4	9,5	16,9	8,9*	12,8	15,0
60-64	2,8	10,8	9,7	11,7	9,9	1,9	5,1	6,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

In den letzten 12 Monaten nutzten 7,9 % der bundesweiten Stichprobe E-Zigaretten (Abbildung 3-11). Der Anteil der Männer war in den meisten Bundesländern tendenziell höher als der Anteil der Frauen. Kein Bundesland wies eine signifikant höhere Prävalenz als auf Bundesebene auf.

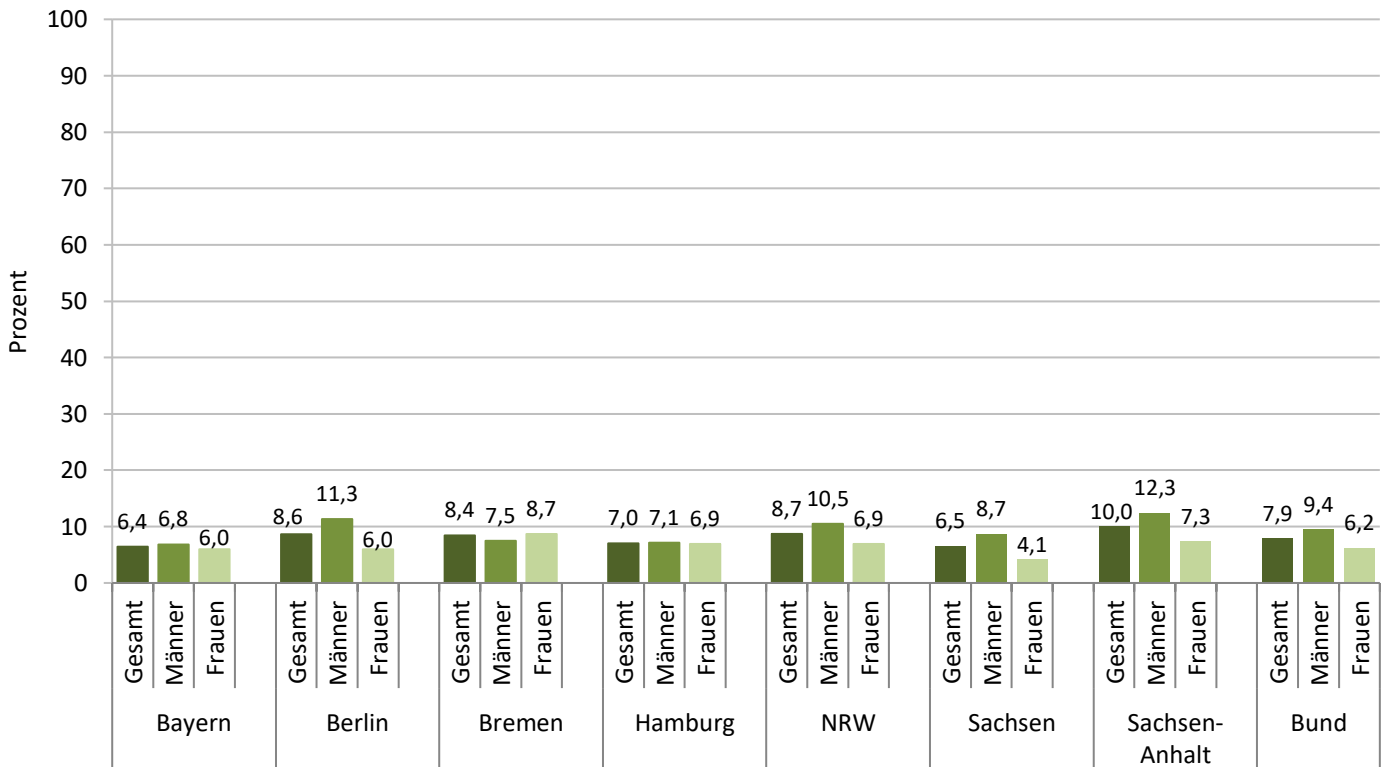


Abbildung 3-11: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die höchsten Prävalenzen zeigten sich außer in Hamburg in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 3-12). Bei den 18- bis 24-Jährigen gaben bundesweit 18,6 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten E-Zigaretten konsumiert zu haben, während dies lediglich 8,3% der 25-39-Jährigen, 6,1 % der 40- bis 59-Jährigen sowie 1,9 % der 60- bis 64-Jährigen berichteten. Signifikant niedriger im Vergleich zum Bund lag die Prävalenz bei 18- bis 24-Jährigen in Hamburg mit 7,9 % und signifikant höher bei 25- bis 39-Jährigen in Sachsen-Anhalt mit 15,8 %.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	10,7	7,8	8,2	12,0	12,2	11,8	-
18-24	17,3	18,5	16,1	7,9*	18,5	18,6	23,1	18,6
25-39	7,1	8,2	8,4	8,9	8,2	8,1	15,8*	8,3
40-59	4,4	7,4	6,8	5,1	8,0	4,2	6,2	6,1
60-64	0,9	3,8	5,3	7,0	1,2	0,7	2,0	1,9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.3.3 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI

Die 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI lag im Bund, sowie in Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bei Männern höher als bei Frauen (Abbildung 3-12). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ländern und dem Bund.

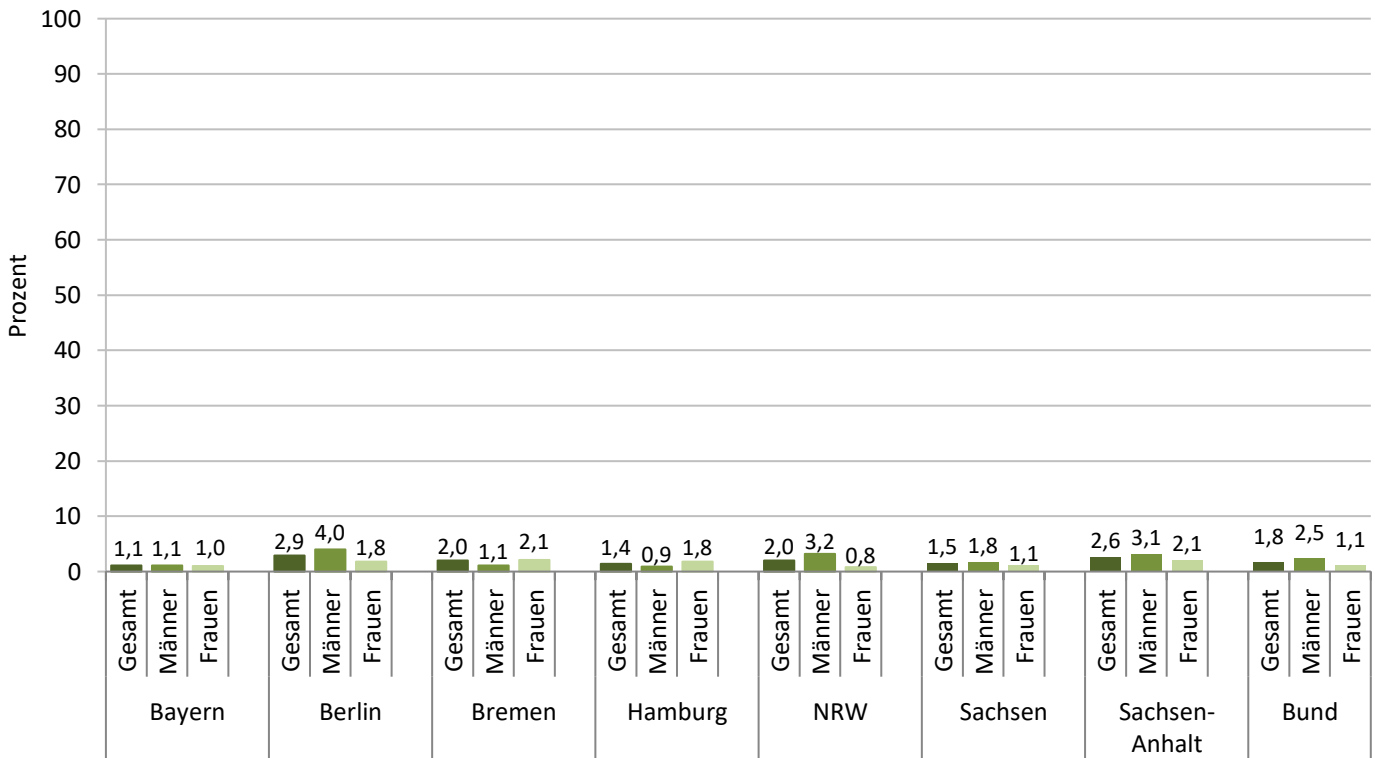


Abbildung 3-12: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI, nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die höchste Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI fand sich in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 3-13). Unterschiede zwischen Bund und Ländern ließen sich nicht feststellen.

Tabelle 3-13: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von E-Zigaretten nach PS-ECDI nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,6	1,0	0,2	0,2	-
18-24	0,2	1,3	1,6	0,8	0,5	1,9	3,0	1,2
25-39	1,5	2,3	4,0	1,6	2,8	2,2	3,1	2,2
40-59	1,3	4,0	1,0	1,0	2,5	1,3	2,5	2,0
60-64	0,0	2,5	0,0	2,8	0,3	0,0	1,3	0,8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



### 3.3.4 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Der bundesweite Anteil der Befragten, welche im letzten Monat E-Zigaretten konsumierten, lag bei 4,3 % (Abbildung 3-13). Die Prävalenz war in keinem der Bundesländer signifikant höher oder niedriger als im Bund.

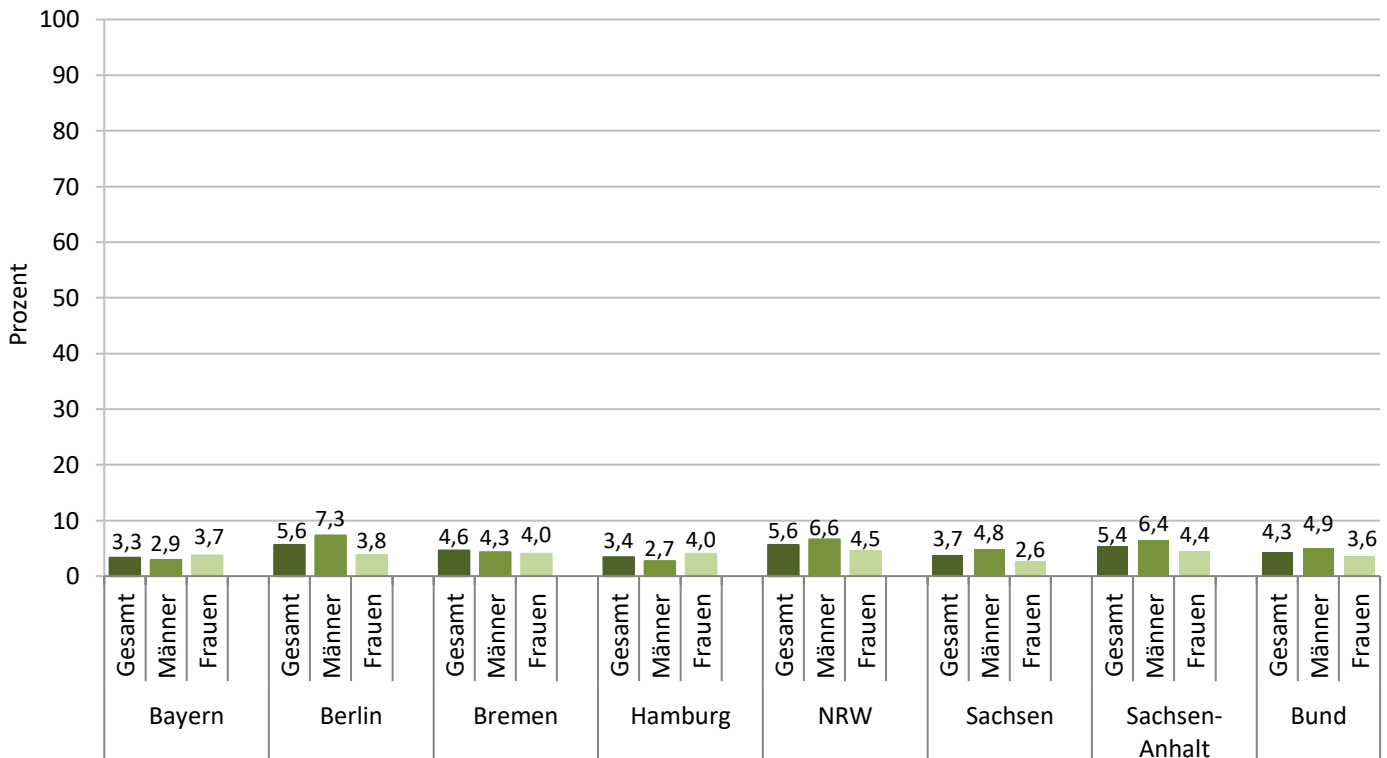


Abbildung 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In den älteren Altersgruppen gaben die Befragten seltener an, im letzten Monat E-Zigaretten konsumiert zu haben (Tabelle 3-14). Bundesweit lagen die Prävalenzen bei den 18- bis 24-Jährigen bei 8,8 % und bei den 60- bis 64-Jährigen bei 1,0 %. Im Vergleich mit dem Bund zeigte sich eine signifikant niedrigere Prävalenz bei den 18- bis 24-Jährigen in Hamburg (2,5 %).

Tabelle 3-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	6,0	2,9	2,1	7,3	6,5	6,9	-
18-24	7,8	9,9	6,4	2,5*	8,8	10,2	11,4	8,8
25-39	4,0	4,3	4,9	3,6	5,6	4,4	7,3	4,4
40-59	2,4	6,1	4,6	3,4	5,9	2,6	4,2	3,8
60-64	0,2	3,0	0,7	3,7	0,3	0,7	1,3	1,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.3.5 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten (Konsumierende)

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von E-Zigaretten lag bundesweit bei 30,5 Jahren (Abbildung 3-14). Tendenziell waren Frauen beim erstmaligen Konsum etwas älter als Männer, außer in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bund waren in keinem der Bundesländer signifikant.

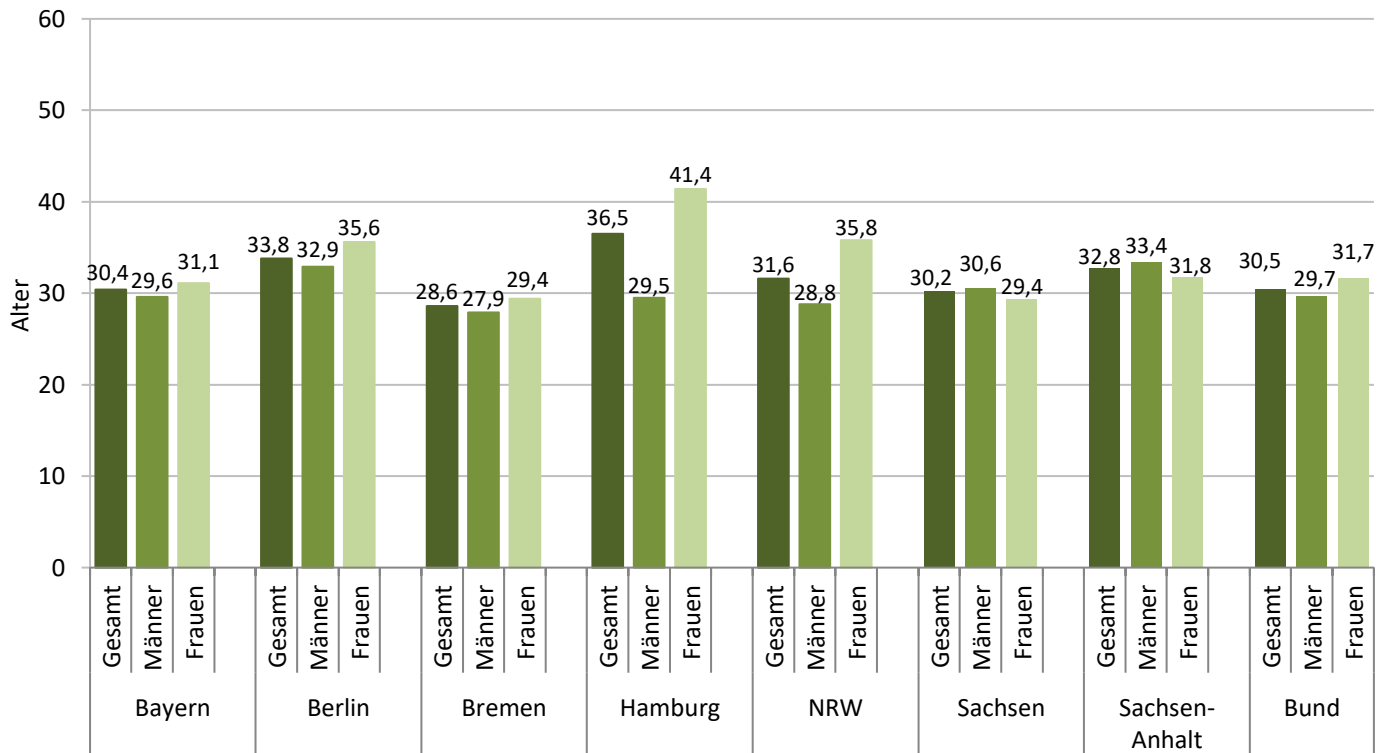


Abbildung 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Das Einstiegsalter der 18- bis 24-Jährigen lag bei 17,1 Jahren sowie der 60- bis 64-Jährigen bei 57,3 Jahren (Tabelle 3-15). Im Vergleich zum Bund zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3-15: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Konsumierende)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	15,0	14,8	15,2	14,5	14,7	14,5	-
18-24	16,1	16,3	16,5	18,9	17,8	16,8	17,7	17,1
25-39	26,6	29,8	24,9	26,8	26,8	27,4	28,3	26,5
40-59	46,5	41,3	35,1	45,2	40,0	43,5	43,4	40,2
60-64	55,0	58,1	60,0	56,9	57,0	58,0	59,0	57,3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.4 Trends des Gebrauchs von E-Zigaretten 2015 bis 2021

#### 3.4.1 Trends der 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Bei den meisten Bundesländern blieb die 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten auf dem gleichen Niveau (Abbildung 3-15). Ein signifikant steigender Trend seit 2015 konnte nur bei Frauen in Nordrhein-Westfalen und bei Männern in Sachsen festgestellt werden, signifikant unterschiedliche Prävalenzen im Vergleich zum Vorjahr zeigten sich in Bayern: Bei Männern waren die Werte 2021 niedriger, bei Frauen höher.

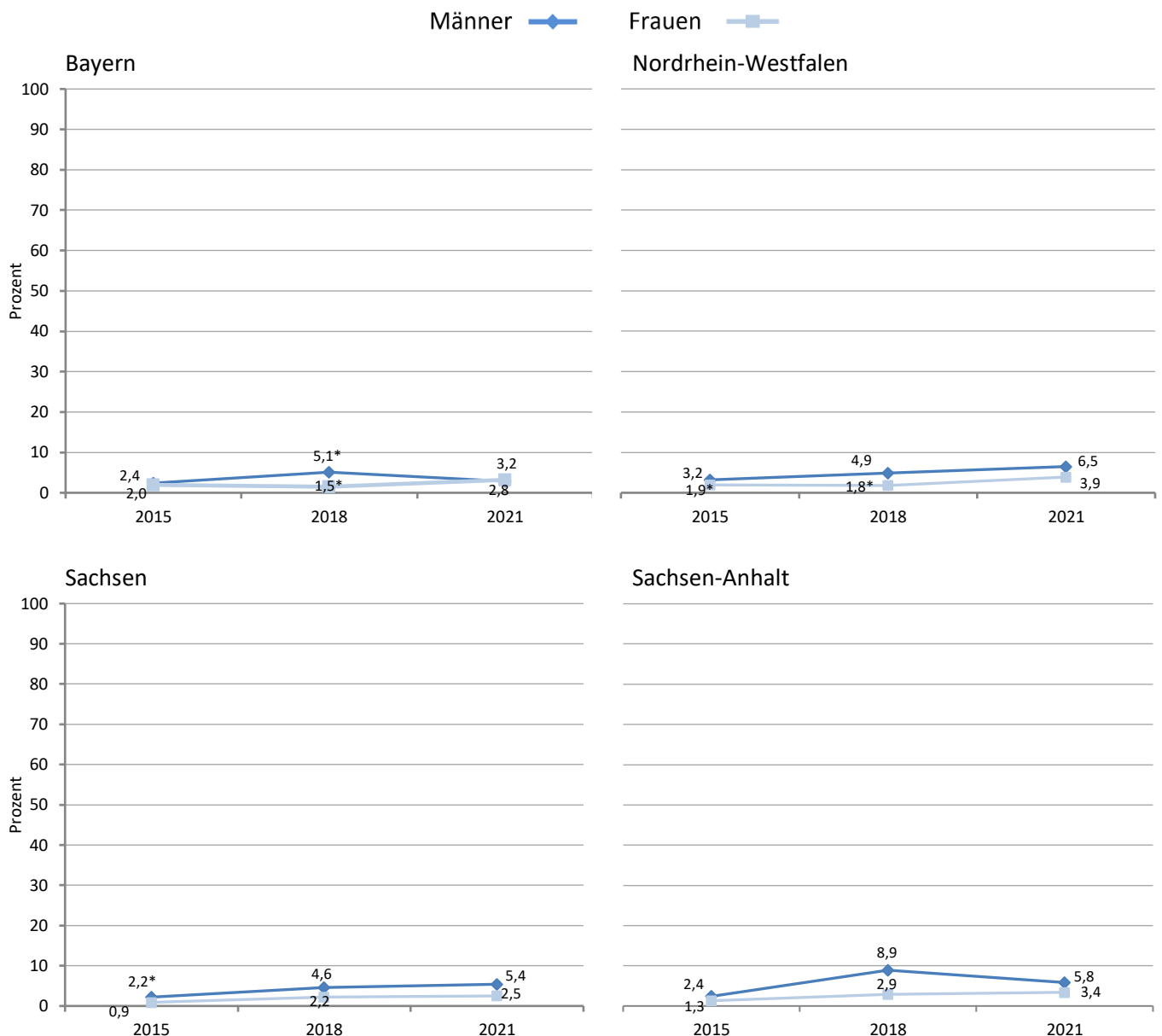


Abbildung 3-15: Trends der 30-Tage Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

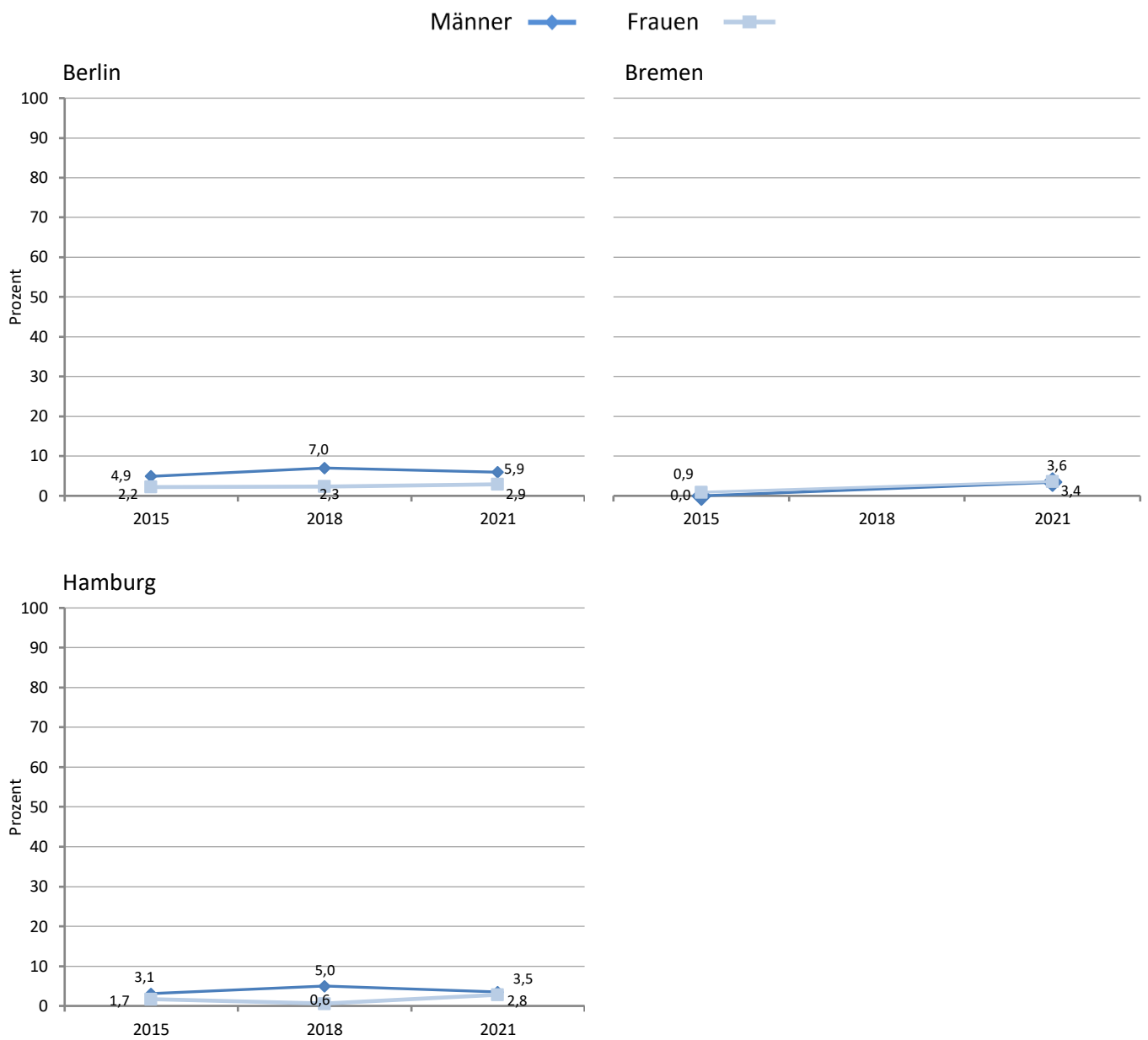


Abbildung 3-15 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021 . Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

### 3.4.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Bei der 12-Monatsprävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten kann seit 2015 bei beiden Geschlechtern in allen Bundesländern ein steigender Trend beobachtet werden (Abbildung 3-16). In Bremen kann nur bei Frauen im direkten Vergleich zum Jahr 2015 eine signifikant höhere Prävalenz festgestellt werden.

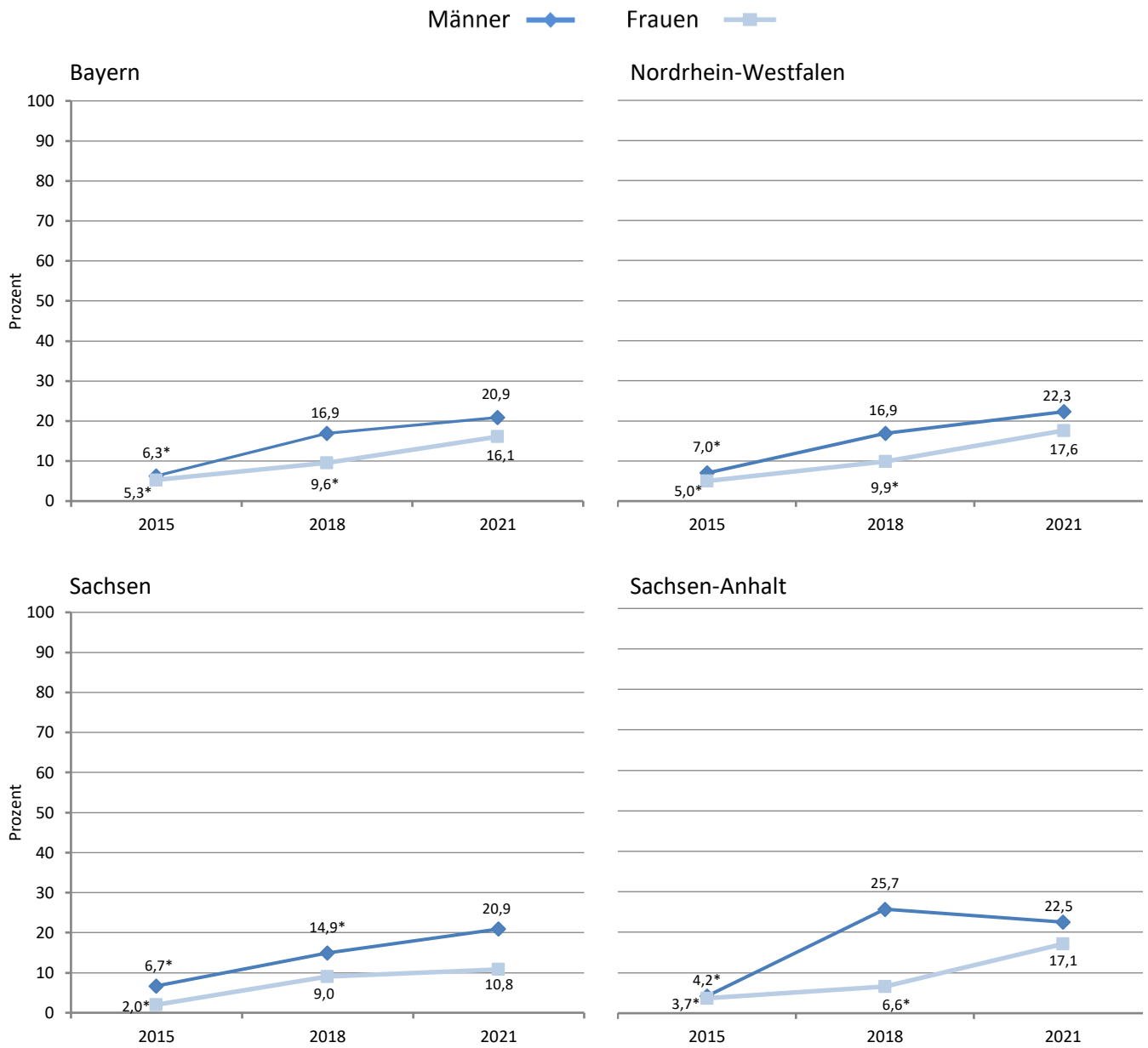


Abbildung 3-16: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkung: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

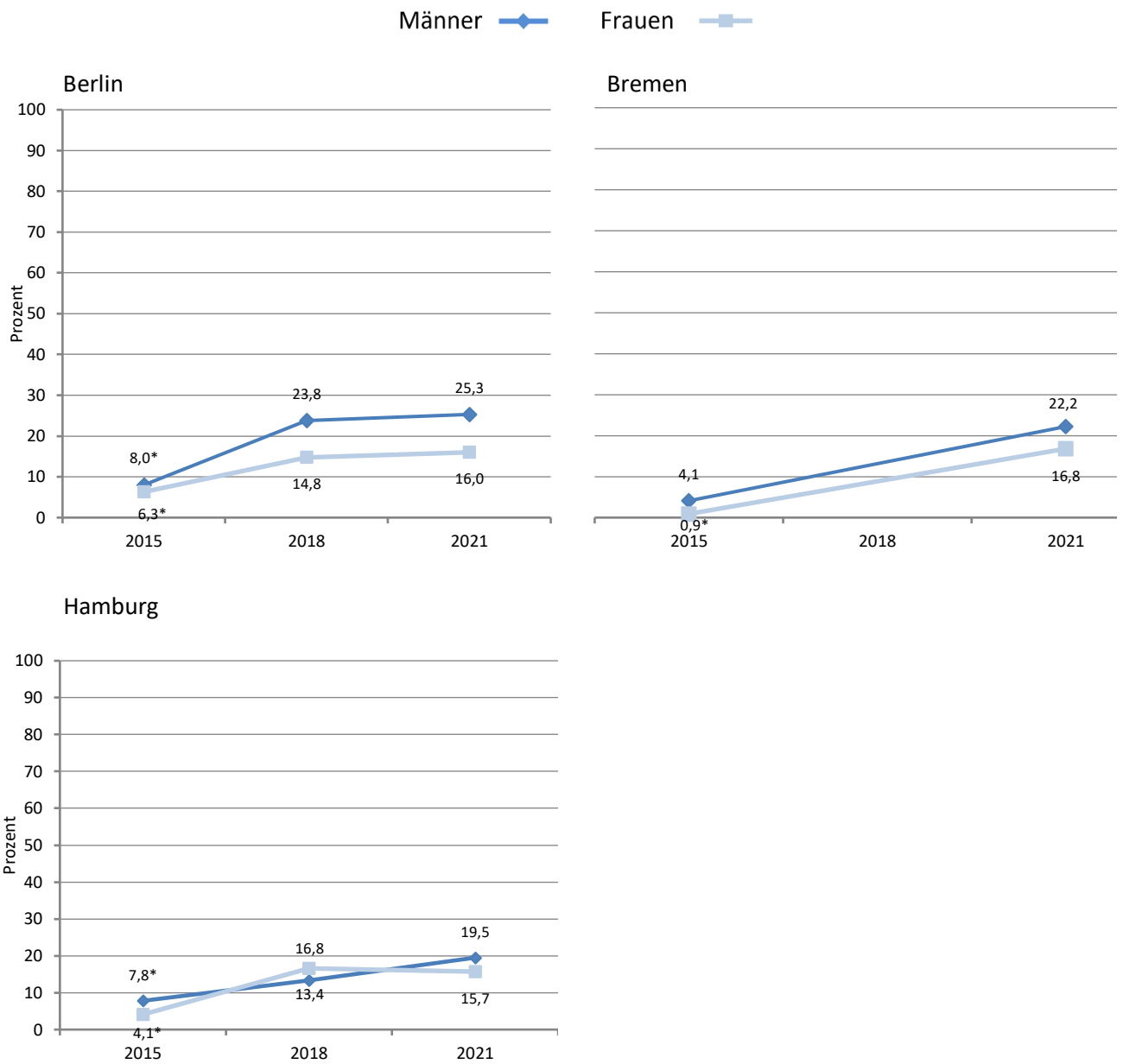


Abbildung 3-16 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkung: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

### 3.4.3 Trends der Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

In allen Bundesländern ist die Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten seit 2015 gestiegen (Abbildung 3-17). Dieser Anstieg ist nur für Frauen in Berlin nicht statistisch signifikant, sowie für Frauen in Sachsen-Anhalt nur im Vergleich mit 2018.

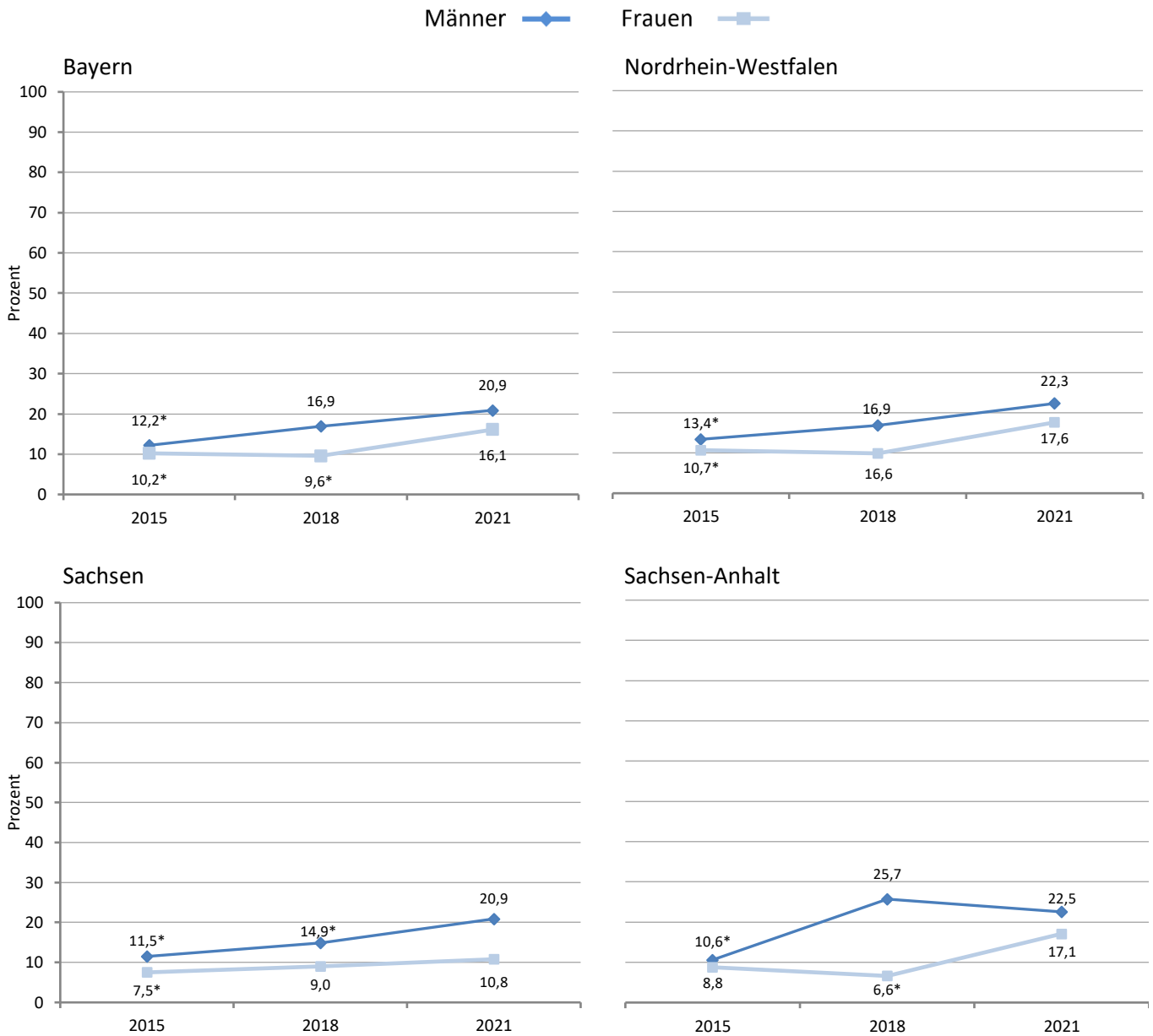


Abbildung 3-17: Trends der Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkung: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

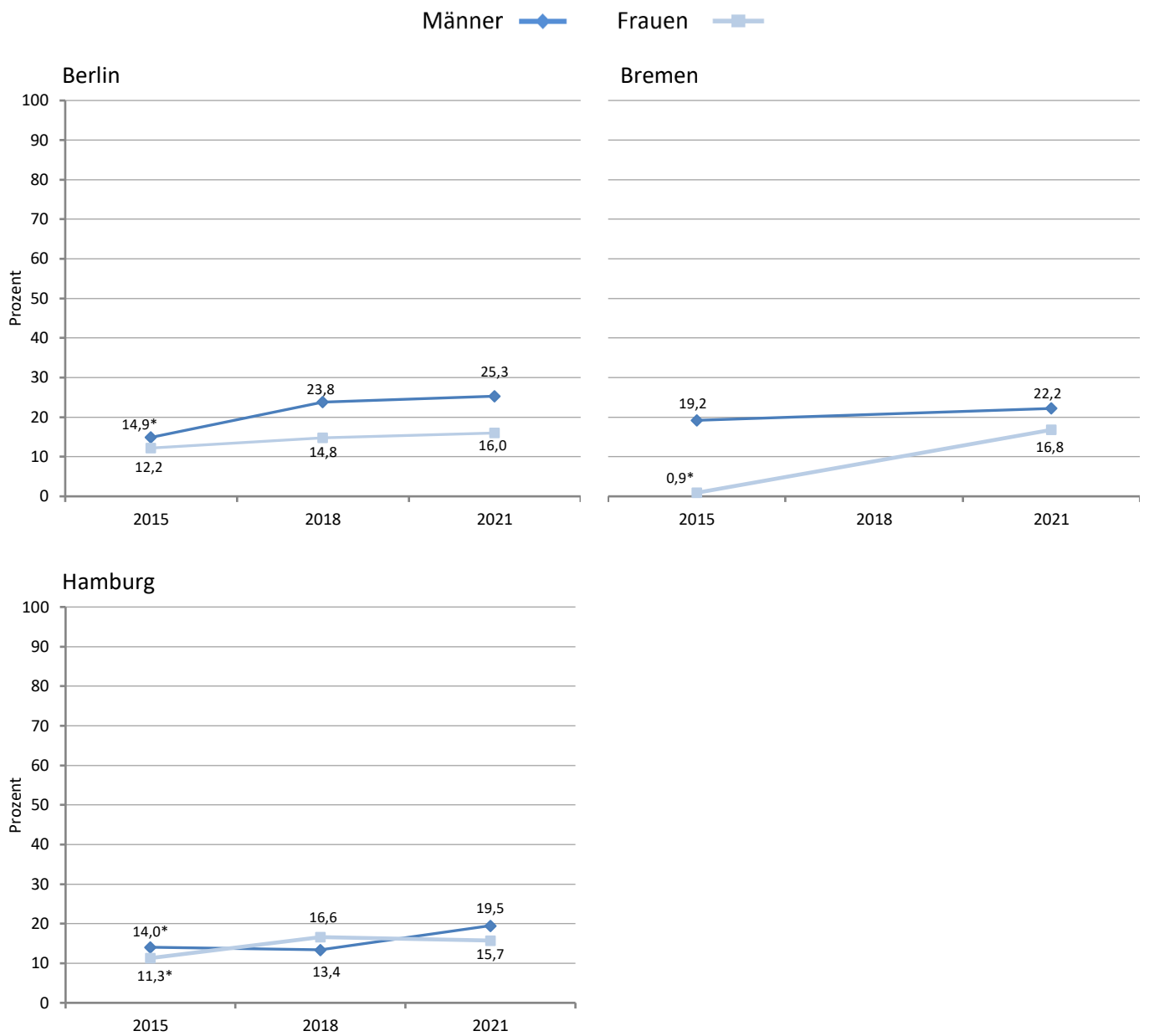


Abbildung 3-17 (Fortsetzung): Trends der Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkung: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



### 3.5 Alternative Tabakprodukte

#### 3.5.1 Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten (HNB) (Tabakerhitzern)

Die Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten betrug im Bund 3,3 % (Abbildung 3-18). Dabei waren die Werte in allen Bundesländern und im Bund bei Männern höher als bei Frauen. In Berlin konnte insgesamt und bei Männern eine signifikant höhere Prävalenz im Vergleich zum Bund festgestellt werden.

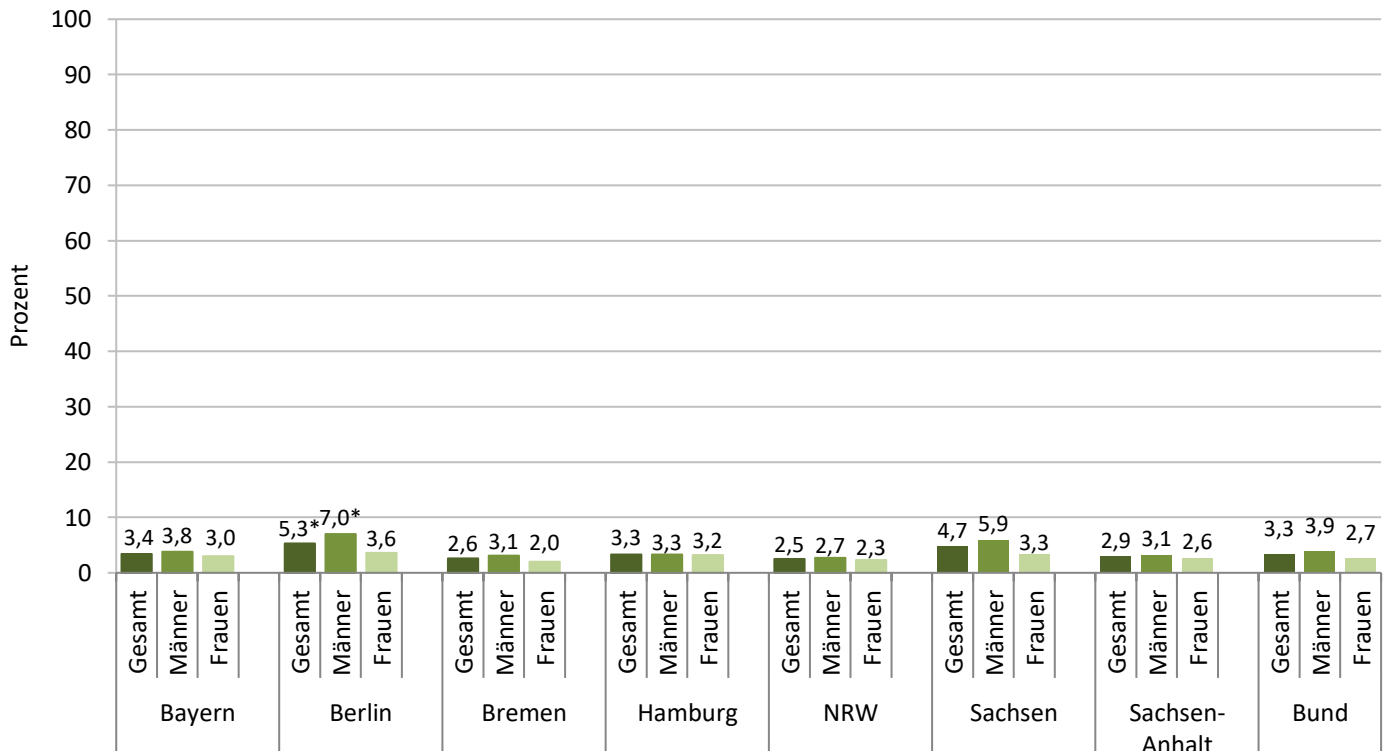


Abbildung 3-18: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen hatte im Bund die höchste Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten (Tabelle 3-16). Zwischen den Bundesländern und dem Bund gab es keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3-16: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	2,1	0,6	2,4	1,7	1,7	0,0	-
18-24	7,1	6,0	3,8	3,3	3,3	4,6	5,8	5,3
25-39	6,0	5,9	3,2	4,7	3,4	7,1	4,2	4,5
40-59	1,5	4,8	2,3	1,8	2,2	4,1	2,1	2,6
60-64	0,0	4,3	0,0	4,2	0,6	0,7	0,7	0,6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten (HNB) (Tabakerhitzern)

Die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten lag insgesamt im Bund bei 2,0 % (Abbildung 3-19). Signifikant vom Bund unterschieden sich nur Frauen in Bremen (0,5 % vs. 1,9 %).

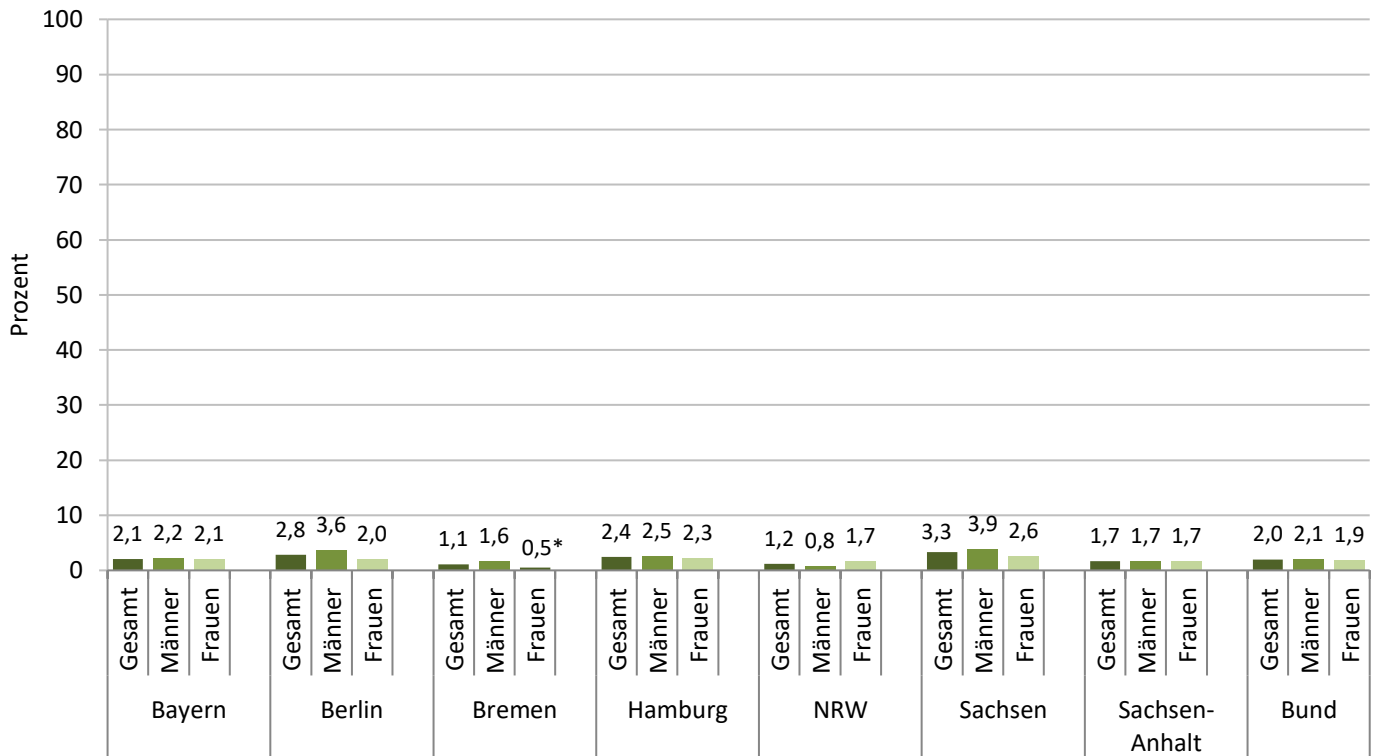


Abbildung 3-19: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Unter den Altersgruppen war die Prävalenz bei den 18-24-Jährigen am höchsten (Tabelle 3-17). Zusätzlich hatten die 60- bis 64-Jährigen in Hamburg im Vergleich zum Bund eine signifikant höhere Prävalenz (4,2 % vs. 0,2 %).

Tabelle 3-17: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	1,3	0,6	2,0	0,1	1,0	0,0	-
18-24	4,6	3,2	3,3	1,6	2,4	3,9	3,3	2,9
25-39	3,7	3,5	1,3	3,2	1,3	4,2	2,1	2,7
40-59	0,9	2,4	0,4	1,6	1,2	3,2	1,6	1,7
60-64	0,0	1,5	0,0	4,2*	0,0	0,7	0,0	0,2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.3 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten

Die durchschnittliche 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten lag im Bund bei 1,3 % (Abbildung 3-20). Mit Ausnahme von Bayern und Nordrhein-Westfalen lag die Prävalenz in allen Bundesländern bei Männern höher als bei Frauen. Im Vergleich zum Bund war der Wert für Frauen in Bremen signifikant niedriger (0,2 % vs. 1,2 %).

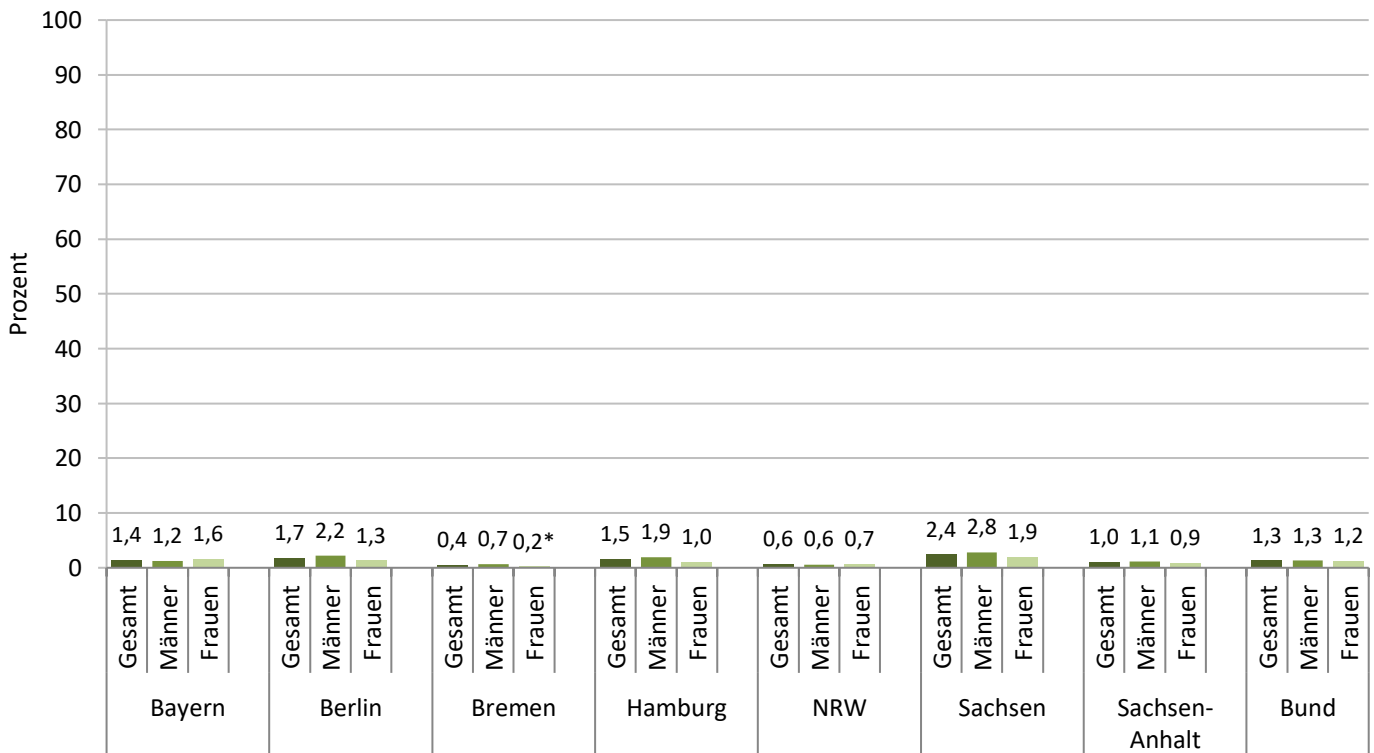


Abbildung 3-20: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der Altersgruppen hatten die 25- bis 39-Jährigen die höchste Prävalenz (Tabelle 3-18). Unterschiede zwischen Ländern und Bund gab es keine.

Tabelle 3-18: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Heat-Not-Burn-Produkten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,4	0,0	0,7	0,1	0,4	0,0	-
18-24	1,6	0,7	0,5	0,4	1,3	1,6	2,6	1,3
25-39	2,5	2,2	0,6	2,4	0,4	2,6	0,9	1,5
40-59	0,9	1,8	0,4	1,0	0,7	2,9	1,0	1,4
60-64	0,0	1,2	0,0	0,8	0,0	0,7	0,0	0,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten (Konsumierende)

In den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten stiegen Konsumierende durchschnittlich im Alter von 35,4 Jahren ein (Abbildung 3-21). Signifikant jünger beim Einstieg waren Frauen in Bremen (19,6 Jahre vs. 34,9 Jahre im Bund).

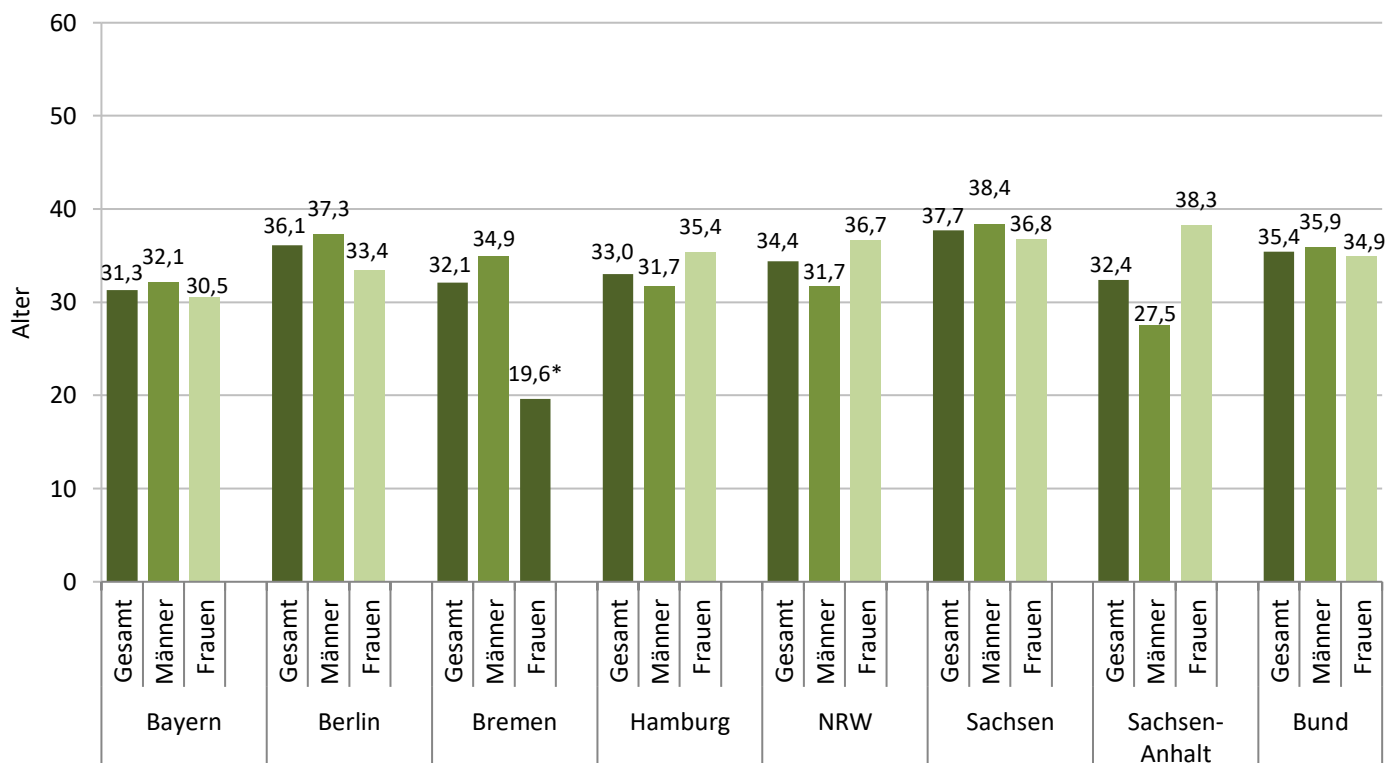


Abbildung 3-21: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der Altersgruppen fand sich das höchste Einstiegsalter in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen (Tabelle 3-19). Signifikant niedriger im Vergleich zum Bund war das durchschnittliche Einstiegsalter der 40- bis 59-Jährigen in Sachsen-Anhalt (39,4 Jahre vs. 43,0 Jahre).

Tabelle 3-19: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von Heat-Not-Burn-Produkten (Konsumierende) nach Alter und Bundesland

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	16,0	-	16,0	15,0	15,0	-	-
18-24	19,1	19,2	19,5	22,0	18,5	19,5	20,5	19,2
25-39	28,6	31,4	25,7	27,6	31,5	31,0	30,8	30,0
40-59	41,6	40,2	43,7	40,5	43,4	42,6	39,4*	43,0
60-64	-	60,4	-	61,0	-	58,0	-	59,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.5 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND

Die 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND lag im Bund bei 0,2 % (Abbildung 3-22). Signifikante Unterschiede zwischen Bund und Ländern konnten nicht festgestellt werden.

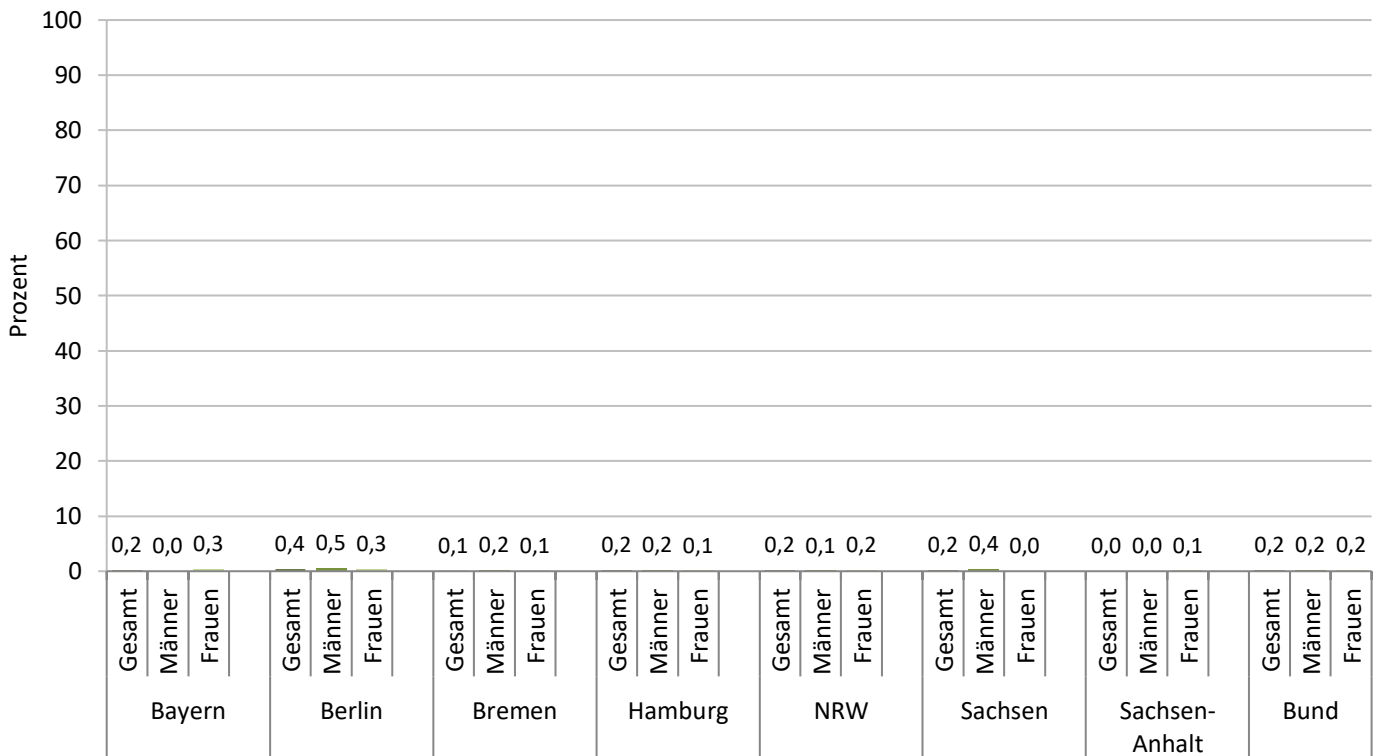


Abbildung 3-22: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die höchste Prävalenz bei den Altersgruppen fand sich unter den 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 3-20). Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Bund und Bundesländern.

Tabelle 3-20: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Heat-Not-Burn-Produkten nach FTND nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
18-24	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
25-39	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4
40-59	0,3	0,7	0,1	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2
60-64	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.6 Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas)

Die Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen lag im Bund bei 34,0 % und in allen Bundesländern waren die Werte für Männer höher als für Frauen (Abbildung 3-23). Eine signifikant höhere Prävalenz als im Bund fand sich insgesamt in Bayern und Berlin, sowie bei Frauen in Bayern, Berlin und Hamburg und bei Männern in Berlin.

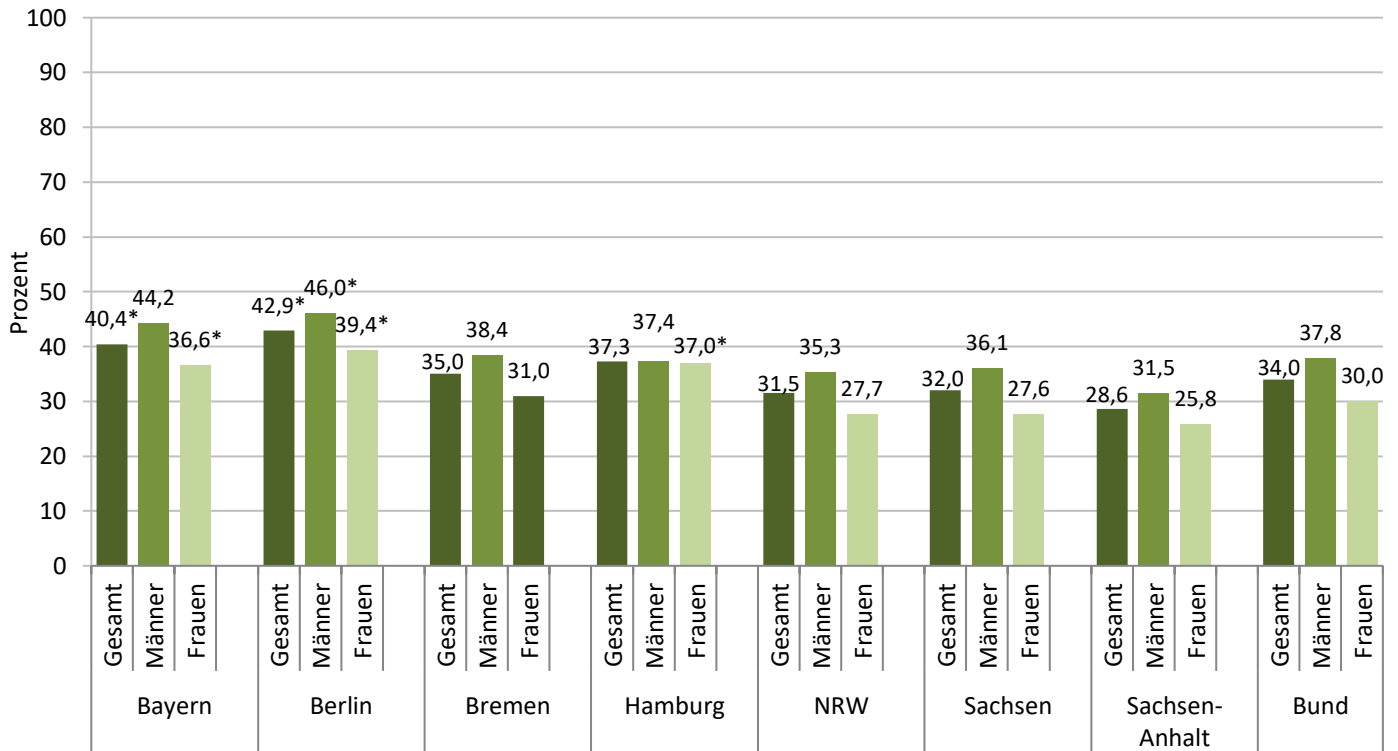


Abbildung 3-23: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Der höchste Wert in den Altersgruppen betrug 56,6 % in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen (Tabelle 3-21). 18- bis 24-Jährige in Bayern und 25- bis 39-Jährige und 40- bis 59-Jährige in Berlin hatten eine signifikant höhere Prävalenz als der Bundesdurchschnitt der jeweiligen Altersgruppe.

Tabelle 3-21: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	12,7	16,9	11,0	16,8	13,7	19,5	-
18-24	65,7*	56,0	52,6	53,7	53,7	48,8	51,4	56,6
25-39	61,9	63,4*	55,1	59,6	52,9	55,8	52,7	54,9
40-59	25,4	26,9*	19,2	18,6	17,3	19,0	16,1	20,2
60-64	10,4	11,8	9,2	10,4	6,7	8,0	6,7	7,8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.7 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas)

Die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen betrug im Bundesdurchschnitt 7,9 % (Abbildung 3-24). Signifikant niedriger im Vergleich zum Bund lagen die Prävalenzen insgesamt (5,2 % vs. 7,9 %) und bei Frauen (3,9 % vs. 6,2 %) in Sachsen-Anhalt.

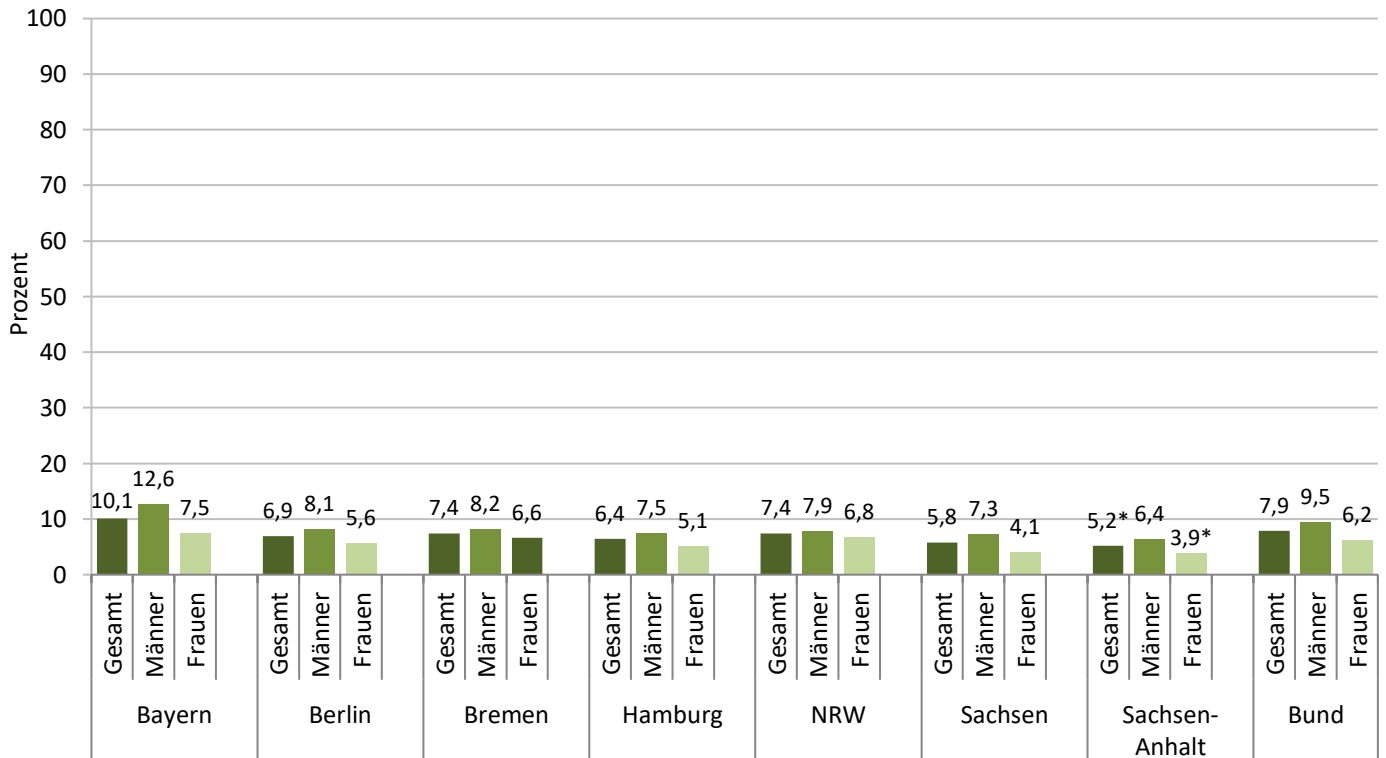


Abbildung 3-24: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersgruppe mit der höchsten Prävalenz stellten die 18- bis 24-Jährigen dar (Tabelle 3-22). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Bund und Ländern.

Tabelle 3-22: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	7,3	9,1	5,6	12,4	9,0	11,8	-
18-24	38,3	26,5	26,8	22,2	30,6	24,5	26,4	30,5
25-39	12,5	9,2	8,6	8,6	8,8	6,7	6,8	9,8
40-59	3,0	0,9	1,7	1,3	1,5	2,5	1,2	2,4
60-64	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 3.5.8 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas)

Bei der 30-Tage-Prävalenz lag der Wert des Bundesdurchschnitts bei 4,1 % (Abbildung 3-25). Signifikant niedriger im Vergleich zum Bund lagen die Werte insgesamt in Hamburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt, sowie bei Männern in Hamburg und Sachsen.

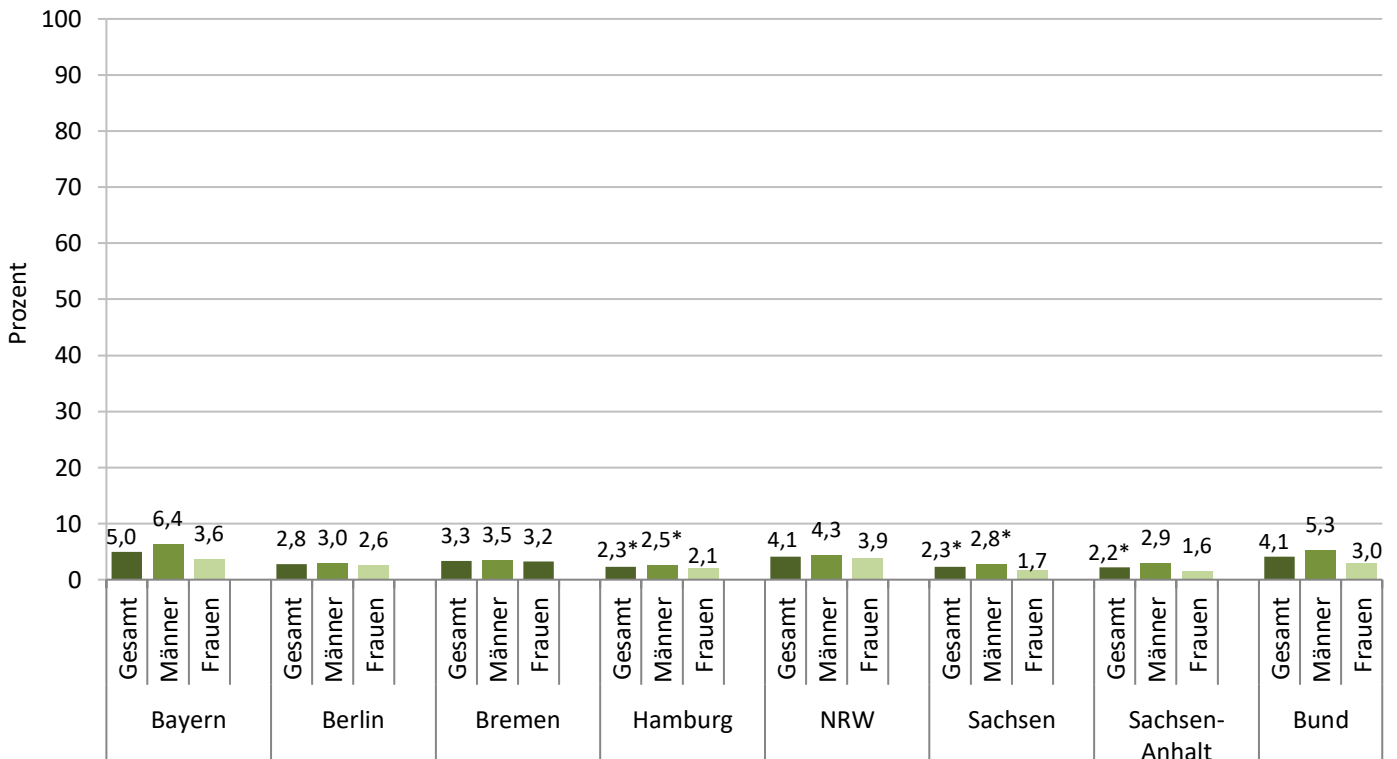


Abbildung 3-25: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersgruppe mit der höchsten Prävalenz stellten mit 17,9 % die 18- bis 24-Jährigen dar (Tabelle 3-23). In dieser Altersgruppe fand sich jedoch in Hamburg eine geringere Prävalenz im Vergleich zum Bund (7,1 %).

Tabelle 3-23: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Wasserpfeifen (Shishas) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	3,6	4,4	1,5	7,6	5,3	4,8	-
18-24	21,7	14,0	12,4	7,1*	18,4	10,3	11,7	17,9
25-39	6,6	2,6	3,2	3,0	3,5	2,1	2,7	4,6
40-59	0,6	0,6	1,3	0,8	1,3	1,2	0,6	1,1
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



## 4 Alkohol

### 4.1 Die Situation im Jahr 2021

#### 4.1.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

Bundesweit hatten 70,5 % der Personen in den 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern etwas höher lag als unter Frauen (74,8 % vs. 66,0 %; Abbildung 4-1). Bei den Gesamtstichproben der Bundesländer Bremen und NRW war der Anteil niedriger als der bundesweite Durchschnitt, während der Anteil bei der Gesamtstichprobe in Sachsen erhöht war.

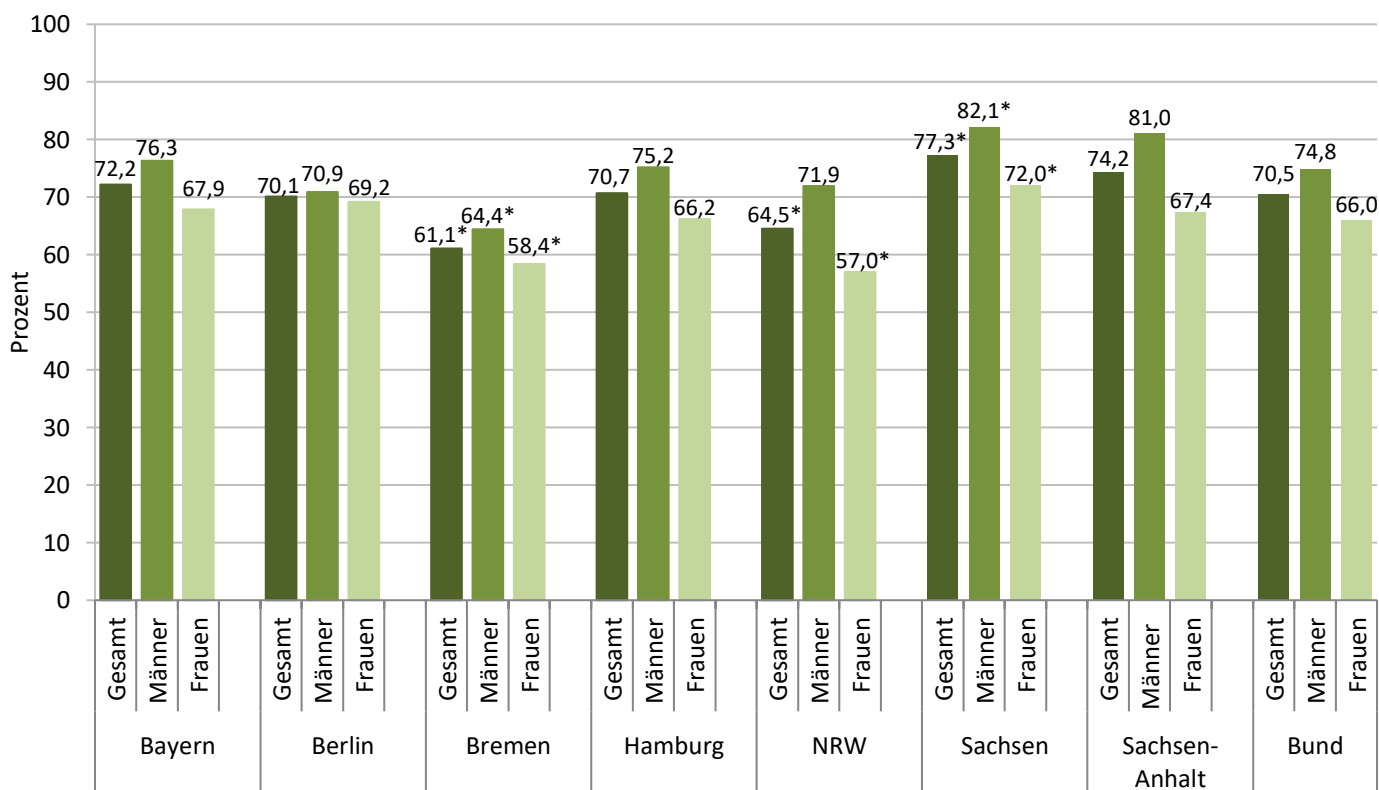


Abbildung 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Bei den altersstratifizierten Prävalenzraten zeigten sich signifikante Unterschiede zur bundesweiten Prävalenz mit niedrigeren Werten in Bremen bei 25- bis 39-Jährigen (58,7 % vs. 70,0 %) sowie erhöhten Werten in Sachsen bei 40- bis 59-Jährigen (82,3 % vs. 72,2 %; Tabelle 4-1).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	30,8	25,9	43,6	34,4	42,4	48,9	-
18-24	68,5	62,1	57,9	63,1	61,3	70,6	67,3	66,1
25-39	74,5	73,4	58,7*	69,2	62,7	70,7	71,3	70,0
40-59	72,8	69,7	63,5	74,5	66,7	82,3*	79,2	72,2
60-64	66,9	67,4	62,9	68,7	64,1	80,3	68,1	69,4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

#### 4.1.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumierende)

Unter den Alkoholkonsumierenden der letzten 30 Tage berichteten bundesweit 21,1 % der Männer und 22,9 % der Frauen den Konsum von durchschnittlich täglich mehr als 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol, was als riskanter Konsum einzustufen ist (Abbildung 4-2). Im Vergleich mit der Bundesstichprobe fanden sich nur signifikant höhere Werte für Männer in Sachsen (28,7 %). Sachsen und Sachsen-Anhalt stellten zudem die einzigen Bundesländer dar, in denen die Prävalenz des riskanten Konsums für Männer höher lag als für Frauen.

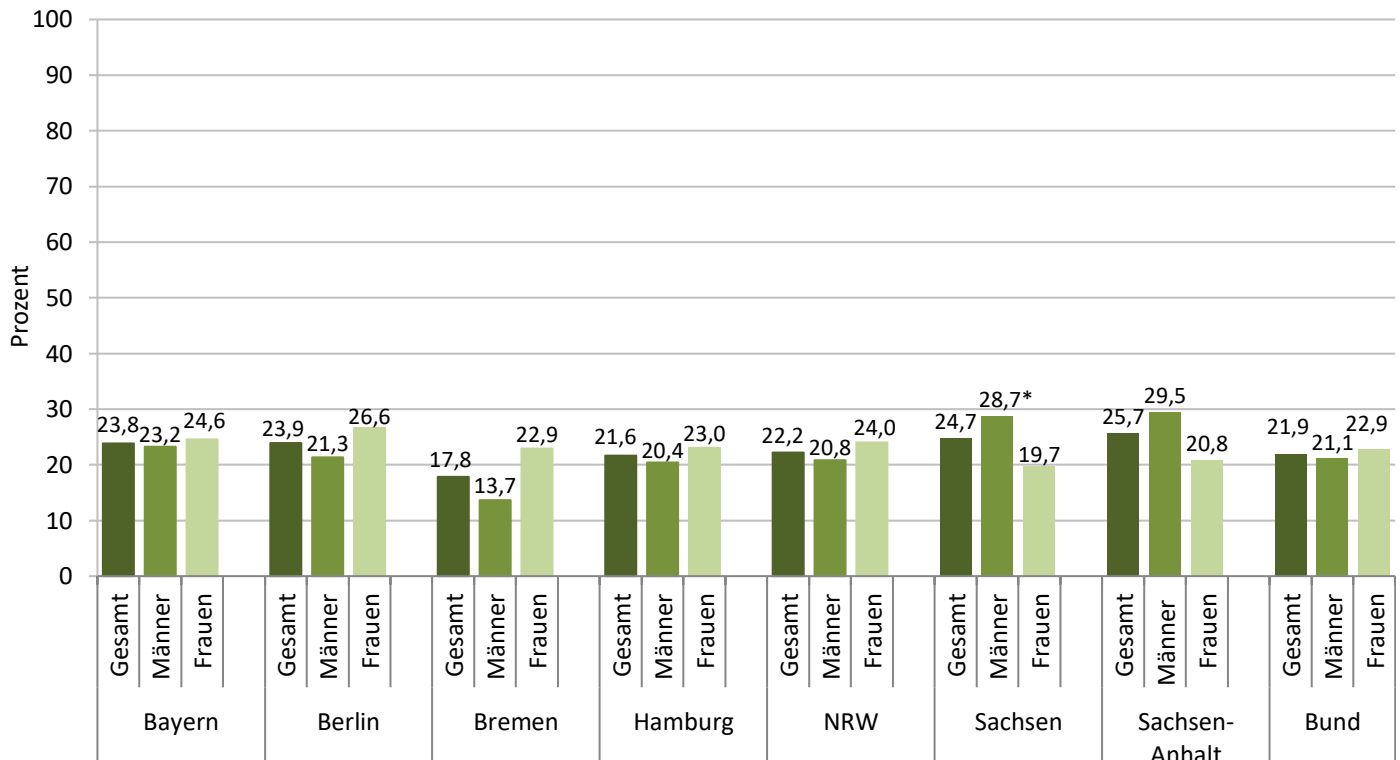


Abbildung 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In Bezug auf einzelne Altersgruppen erwiesen sich die Prävalenzraten in den betrachteten Bundesländern als weitgehend vergleichbar (Tabelle 4-2). Signifikant niedrigere Werte im Vergleich zum Bund fanden sich unter den 18- bis 24-Jährigen in Sachsen (14,7 % vs. 26,1 %).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	15,3	10,1	13,5	21,4	7,8	18,7	-
18-24	26,1	29,0	18,1	24,5	22,6	14,7*	22,5	26,1
25-39	22,7	23,3	17,4	21,5	19,7	25,8	24,8	19,2
40-59	22,7	23,9	17,6	19,5	24,9	26,7	25,0	22,2
60-64	30,4	21,2	20,4	29,3	16,9	22,1	32,0	23,9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 4.1.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumierende)

In der Bundesstichprobe hatten unter den Konsumierenden 41,9 % der Männer und etwa jede vierte Frau (23,3 %) in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens eine Episode des Rauschtrinkens, also den Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken am Tag, erlebt (Abbildung 4-3). Die Prävalenz lag in der Gesamtstichprobe und bei Frauen in Sachsen (28,0 % bzw. 12,8 %) signifikant niedriger und in Nordrhein-Westfalen signifikant höher (41,4 % bzw. 30,6 %) als der bundesweite Durchschnitt. Die Prävalenz der männlichen Konsumenten lag generell deutlich über der der Frauen.

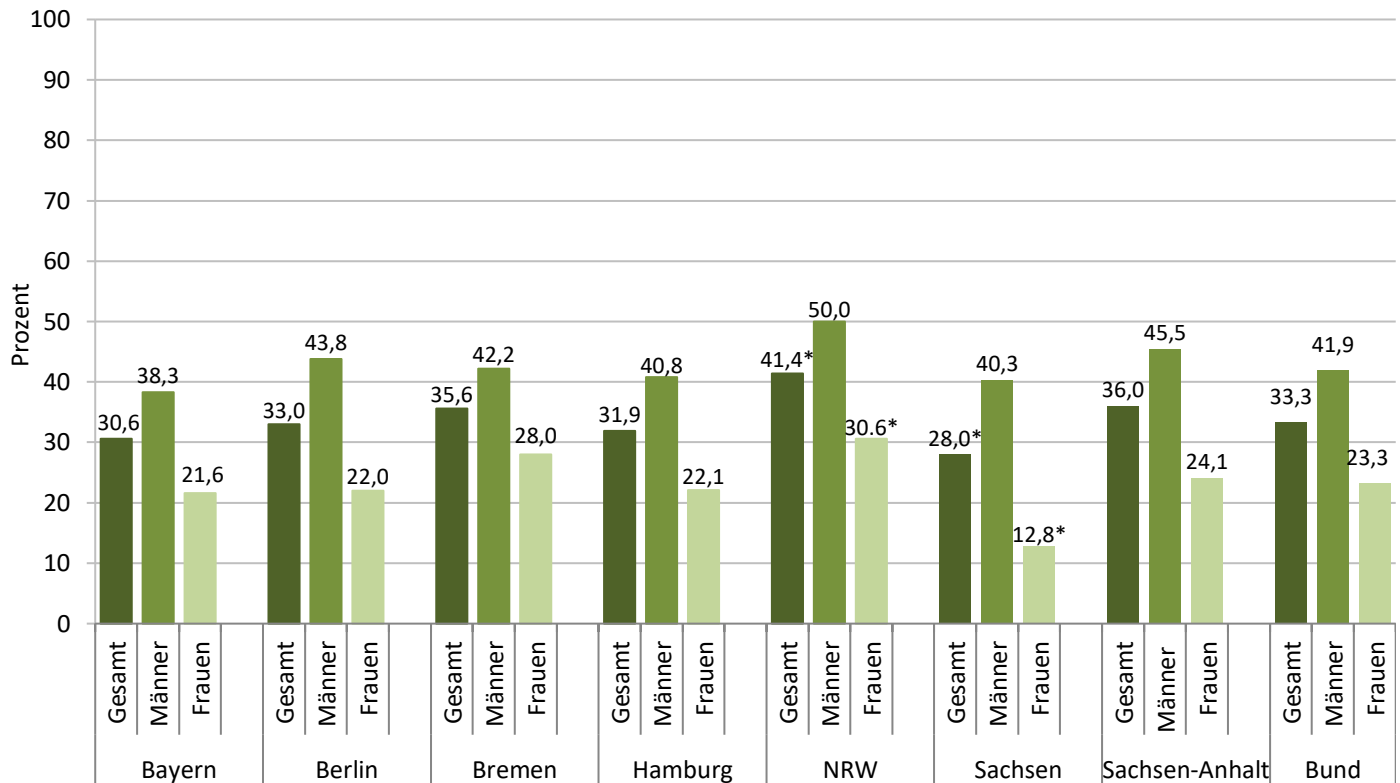


Abbildung 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Bei Betrachtung der Altersgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede im Vergleich mit der bundesweiten Stichprobe (Tabelle 4-3). Insgesamt nahm die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens mit zunehmendem Alter ab.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	32,3	51,6	37,9	44,5	26,9	34,7	-
18-24	49,2	54,3	48,2	47,7	62,8	44,8	46,3	55,2
25-39	39,2	36,8	41,5	37,3	44,4	33,1	40,6	37,7
40-59	21,9	26,5	30,1	23,6	37,7	23,4	34,9	28,0
60-64	21,2	22,6	24,3	32,9	25,5	22,0	23,5	21,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

Alkoholkonsumierende der letzten 30 Tage tranken im Durchschnitt 12,7 Gramm Reinalkohol pro Tag (Abbildung 4-4). Der Wert war sowohl bundesweit als auch in allen betrachteten Bundesländern bei Männern höher als bei Frauen. Im Vergleich einzelner Bundesländer wiesen Männer in Bremen signifikant geringere (12,5 Gramm) und in Sachsen signifikant erhöhte (19,8 Gramm) Werte auf als im Bund (15,8 Gramm). Im Vergleich zum Bund wiesen Frauen in den einzelnen Bundesländern keine signifikanten Unterschiede auf.

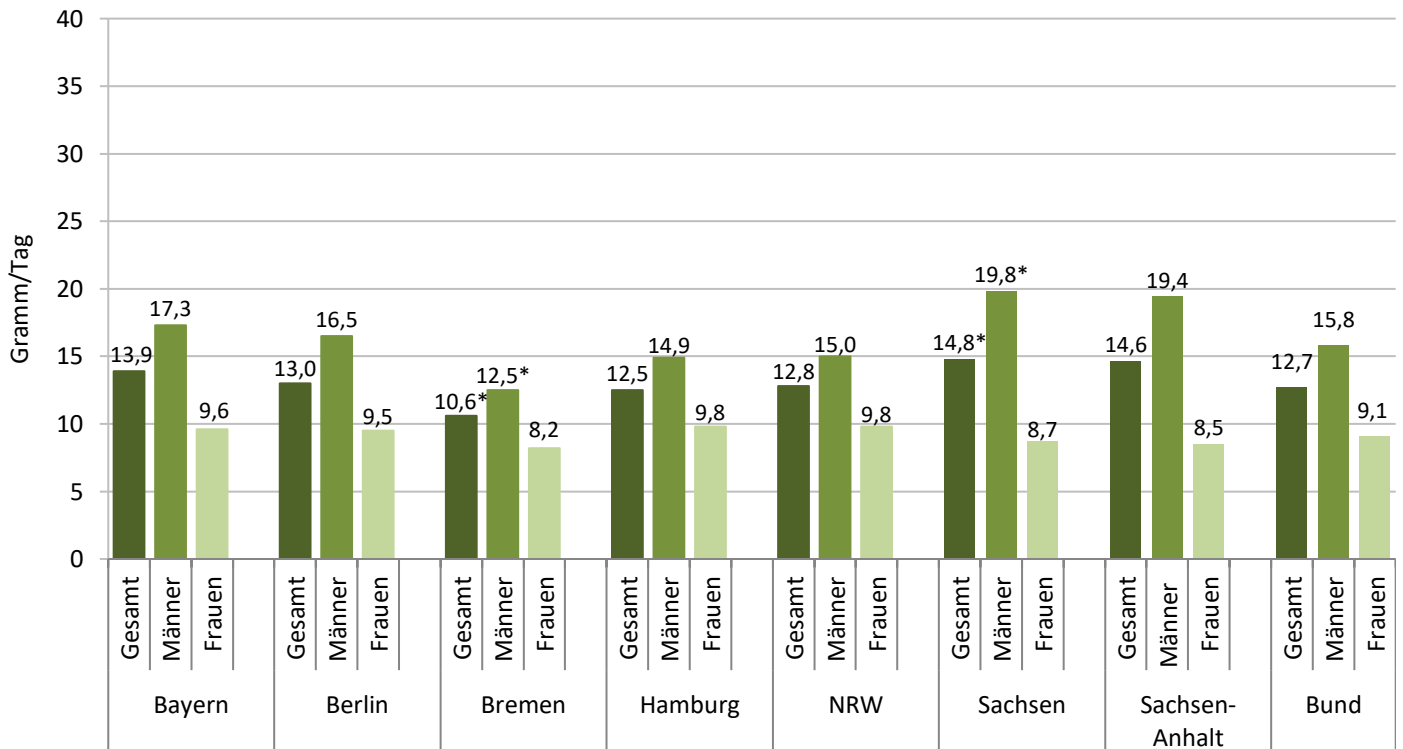


Abbildung 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In Bremen und Sachsen zeigten sich signifikante Unterschiede der Konsummengen bei den 18- bis 24-Jährigen (9,8 Gramm bzw. 10,2 Gramm) im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (14,2 Gramm; Tabelle 4-4).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	8,1	9,1	6,7	12,2	6,4	11,1	-
18-24	13,9	12,4	9,8*	11,8	13,7	10,2*	13,8	14,2
25-39	13,4	13,7	10,5	12,5	11,0	14,6	13,6	11,8
40-59	13,3	12,4	10,5	11,6	14,1	15,5	15,0	12,9
60-64	18,4	13,7	12,5	17,8	10,6	16,1	15,8	13,3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

#### 4.1.5 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Konsumierende)

Das Alter, in dem die Befragten durchschnittlich zum ersten Mal Alkohol konsumiert hatten, lag zwischen 15,1 Jahren in Sachsen-Anhalt und 15,6 Jahren in Nordrhein-Westfalen (Abbildung 4-5). Im Vergleich zum Bund berichteten Frauen in Sachsen-Anhalt einen früheren Einstieg (15,2 Jahre vs. 15,6 Jahre).



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

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Verglichen mit der bundesweiten Stichprobe zeigten bei Betrachtung der Altersgruppen 60- bis 64-Jährige in Sachsen-Anhalt einen früheren Einstieg in den Alkoholkonsum (15,3 Jahre vs. 16,1 Jahre; Tabelle 4-5). In allen Bundesländern hatten jüngere Kohorten früher begonnen Alkohol zu trinken als ältere Kohorten.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	14,3	14,3	14,4	14,1	13,9	13,8	-
18-24	14,8	15,0	14,9	15,0	14,9	14,7	14,7	14,9
25-39	15,0	15,0	15,1	15,2	15,1	15,0	14,9	15,0
40-59	15,7	15,8	15,6	15,8	15,9	15,6	15,3	15,8
60-64	15,9	15,7	15,8	15,6	16,2	15,8	15,3*	16,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

#### 4.1.6 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT

Nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) lagen bei 25,0 % der Männer und 10,1 % der Frauen in der Bundesstichprobe Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum vor (Abbildung 4-6). Zwischen dem Bund und den Bundesländern gab es keine signifikanten Unterschiede. Männer wiesen in allen Bundesländern höhere Prävalenzraten auf als Frauen.

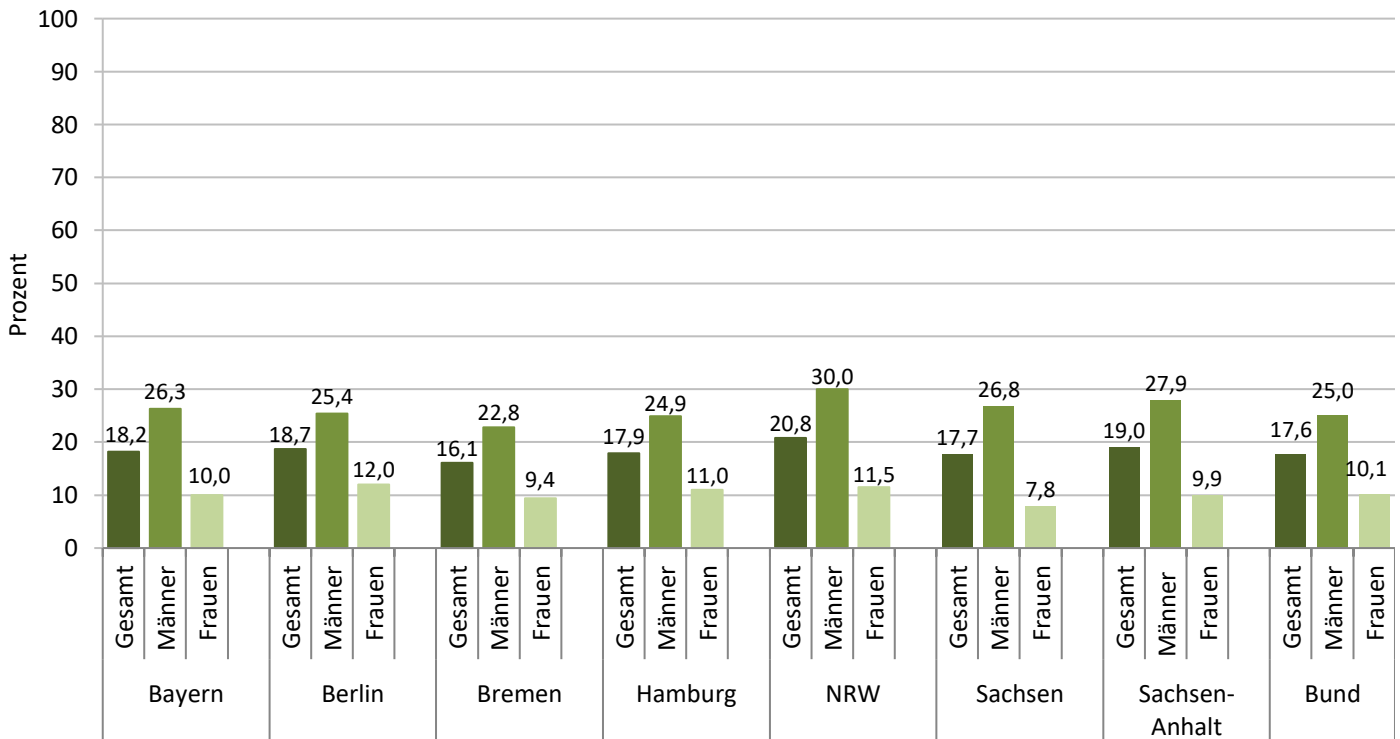


Abbildung 4-6: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich bei den 18- bis 24-Jährigen in Bremen signifikante Unterschiede mit einer niedrigeren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (20,2 % vs. 30,0 %; Tabelle 4-6). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für Hinweise auf problematischen Alkoholkonsum im jungen Erwachsenenalter am höchsten.

Tabelle 4-6: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	6,6	5,8	10,9	11,1	8,5	15,2	-
18-24	30,6	27,4	20,2*	26,3	31,0	21,9	28,7	30,0
25-39	23,3	22,4	19,0	19,6	24,0	21,2	23,2	20,8
40-59	13,2	14,8	14,0	14,8	19,1	16,8	16,4	14,3
60-64	10,6	10,7	9,4	14,5	7,5	8,8	12,7	9,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 4.2 Trends 1995 bis 2021

### 4.2.1 Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

In allen betrachteten Bundesländern war die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums im betrachteten Zeitraum bei beiden Geschlechtern rückläufig (Abbildung 4-7). In den meisten Bundesländern war diese Entwicklung jedoch nicht stetig, sondern von einem Anstieg der Werte im Jahr 2000 oder 2003 und einem anschließenden Rückgang gekennzeichnet. Bei Frauen in Bayern und Berlin und beiden Geschlechtern in Sachsen und Hamburg zeigten sich seit 2006 im Vergleich zu 2021 keine signifikanten Veränderungen.

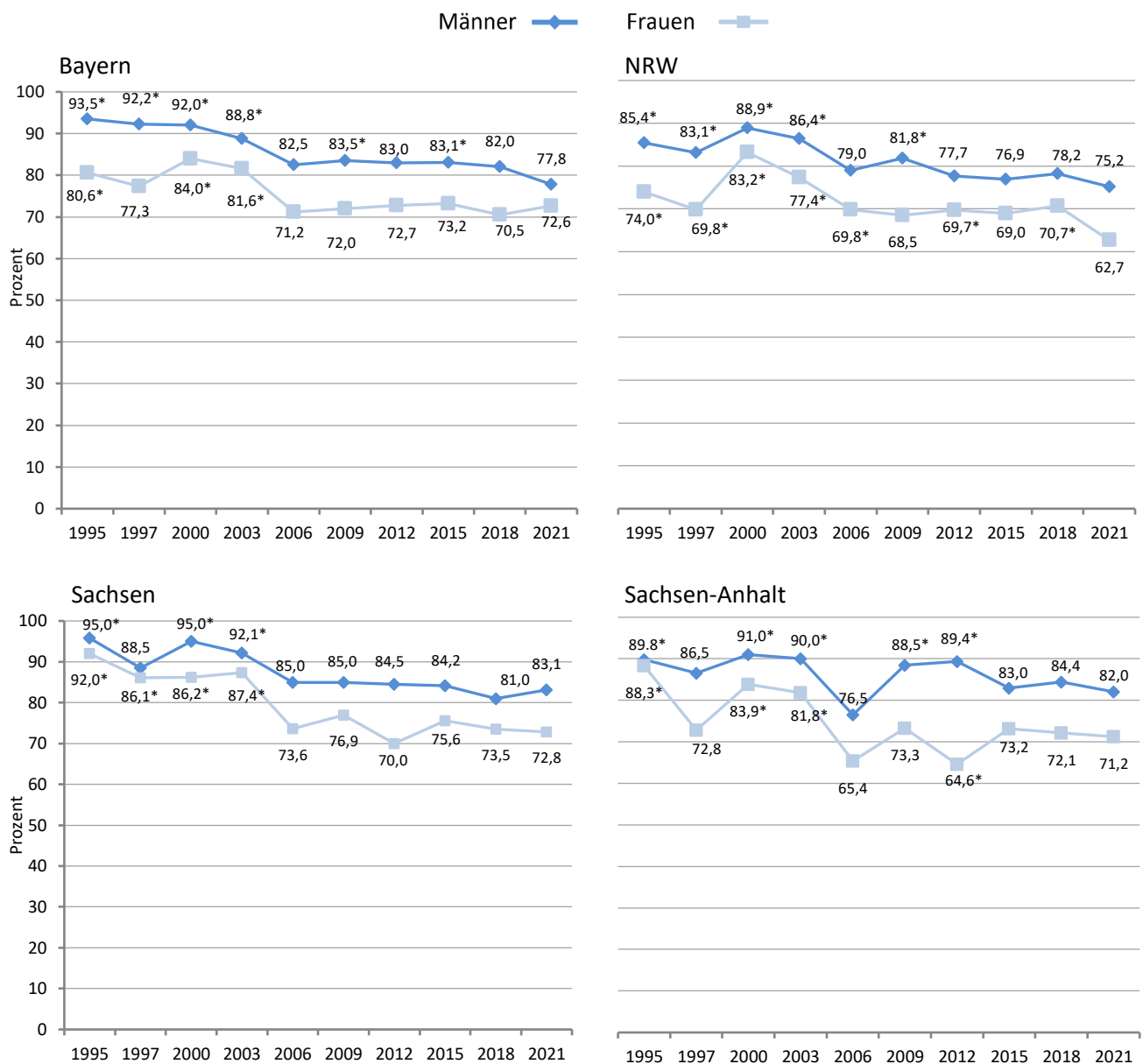


Abbildung 4-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

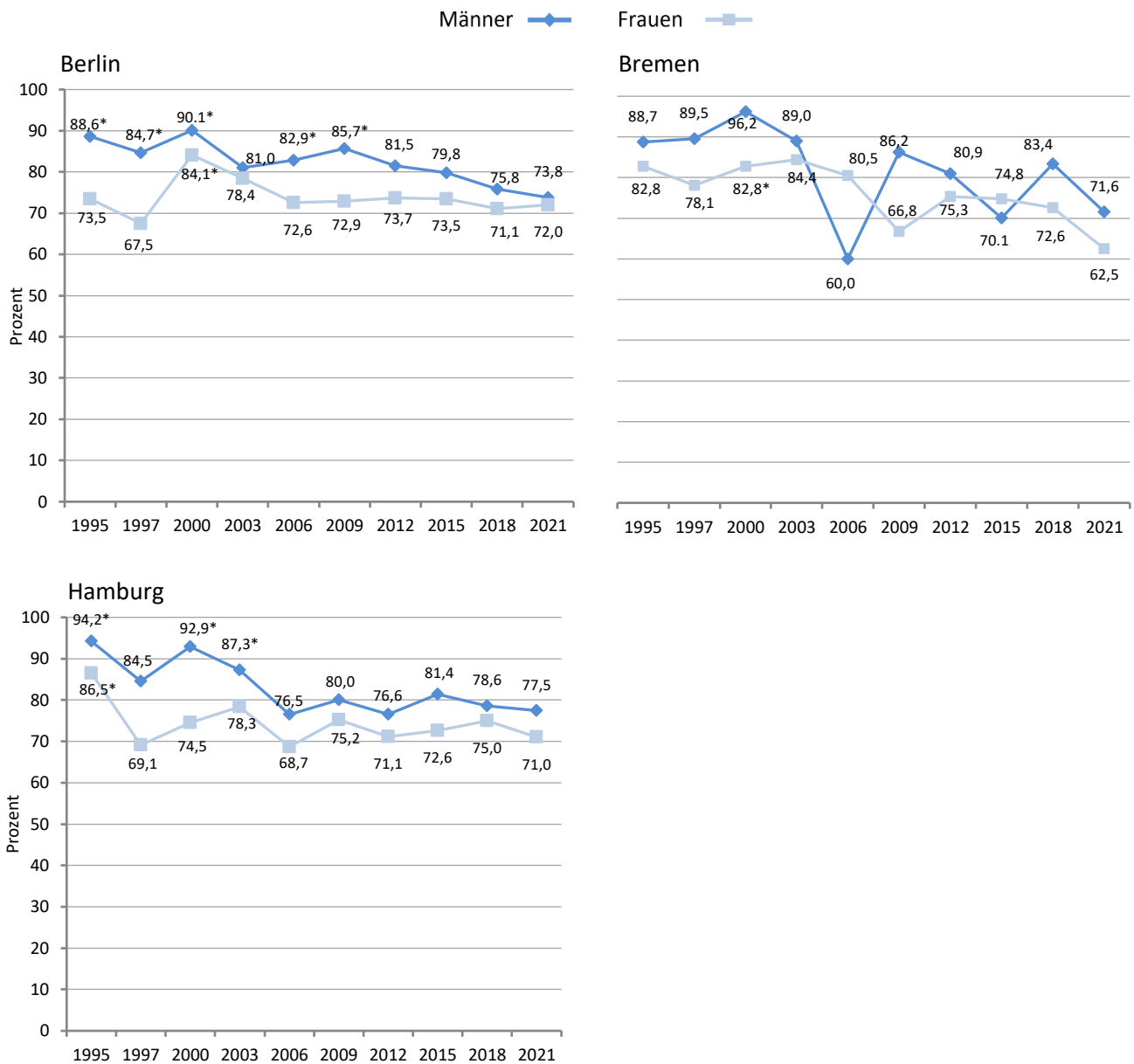


Abbildung 4-7 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen (Tabelle 4-7) wird deutlich, dass die meisten signifikanten Rückgänge im Vergleich zu den Jahren 2000 und 2003 gefunden werden konnten. Dieses Muster zeichnete sich in allen Altersgruppen ab. In älteren Altersgruppen war zudem häufig ein Rückgang der Prävalenz im Vergleich mit den ersten Messungen zu verzeichnen. In der ältesten Gruppe der 60- bis 64-Jährigen konnte nur ein signifikanter Unterschied zwischen der Prävalenz 2018 und 2021 in Berlin festgestellt werden.

Tabelle 4-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	83,1	76,7	89,6*	84,5*	79,1	76,9	77,7	74,5	78,8	71,7
25-39	86,3*	84,4*	87,8*	83,8*	77,4	77,5	77,0	79,1	74,3	75,6
40-59	88,9*	87,9*	87,5*	86,9*	76,0	78,1	78,2	78,7	77,2	76,0
60-64	-	-	-	-	75,6	76,2	72,3	74,5	76,0	69,5
<b>NRW</b>										
18-24	74,3	69,1	83,9*	80,5*	76,0*	72,5	76,5*	72,5	72,3*	64,6
25-39	80,5*	78,1*	85,4*	83,1*	74,8*	74,6*	73,1	69,9	68,2	66,2
40-59	80,7*	78,0*	87,3*	81,6*	73,9	76,2	73,9	74,9	79,0*	72,0
60-64	-	-	-	-	73,5	78,6	67,7	70,1	72,3	73,3
<b>Sachsen</b>										
18-24	96,0	85,2	91,3*	88,9*	79,6	80,4	73,7	79,7*	72,2	72,6
25-39	94,8*	87,1*	90,5*	92,2*	78,1	78,0	76,4	76,3	73,4	71,7
40-59	92,7*	88,1	90,7*	88,3	80,1	83,1	78,5	82,6	81,2	83,7
60-64	-	-	-	-	74,9	76,3	82,6	69,0	84,1	80,6
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	65,8	78,9	79,9	66,8	82,1	66,6	75,9	71,4	71,2
25-39	88,7*	78,5	88,8*	83,8	73,1	83,0	84,8*	75,0	73,0	73,2
40-59	88,7*	86,0	88,2*	88,8*	69,9	78,7	75,4	80,2	82,7	79,7
60-64	-	-	-	-	~	~	79,6	~	~	72,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 4-7 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	78,1	82,2	79,6	75,1	75,6	72,1	76,9	69,2	68,1	65,8
25-39	79,6	77,4	87,4*	83,0	79,8	76,7	79,4	80,0	75,0	76,5
40-59	82,6*	73,1	89,0*	78,6	76,7	82,1	76,5	75,7	73,6	71,5
60-64	-	-	-	-	77,9	~	75,3	68,7	80,8*	67,9
<b>Bremen</b>										
18-24	~	~	~	~	~	~	~	~	~	61,4
25-39	89,8	80,0	88,4	~	~	~	~	~	~	66,2
40-59	80,5	~	87,1	~	~	~	78,9	75,2	~	69,4
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	69,6
<b>Hamburg</b>										
18-24	87,9	65,4	~	78,5	75,7	75,1	72,0	66,4	65,0	68,7
25-39	89,9*	82,9	90,3*	84,9*	73,5	80,0	74,1	79,6	68,3	73,6
40-59	91,4*	74,0	80,6	82,2	72,3	76,4	73,9	77,8	88,0	76,5
60-64	-	-	-	-	~	67,3	~	83,1	~	73,9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 4.2.2 Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumierende)

Die Verbreitung des Konsums riskanter Mengen unter Konsumierenden, definiert als der Konsum von durchschnittlich mehr als 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol am Tag, verlief in den Bundesländern uneinheitlich (Abbildung 4-8). In Bayern, Berlin, Sachsen und Sachsen-Anhalt nahm die Prävalenz bei Männern zwischen den Jahren 1995 und 2021 ab, in Hamburg und Nordrhein-Westfalen war dies bei beiden Geschlechtern der Fall. In Bremen sowie bei Frauen in Berlin und Sachsen waren keine signifikanten Veränderungen zu beobachten.

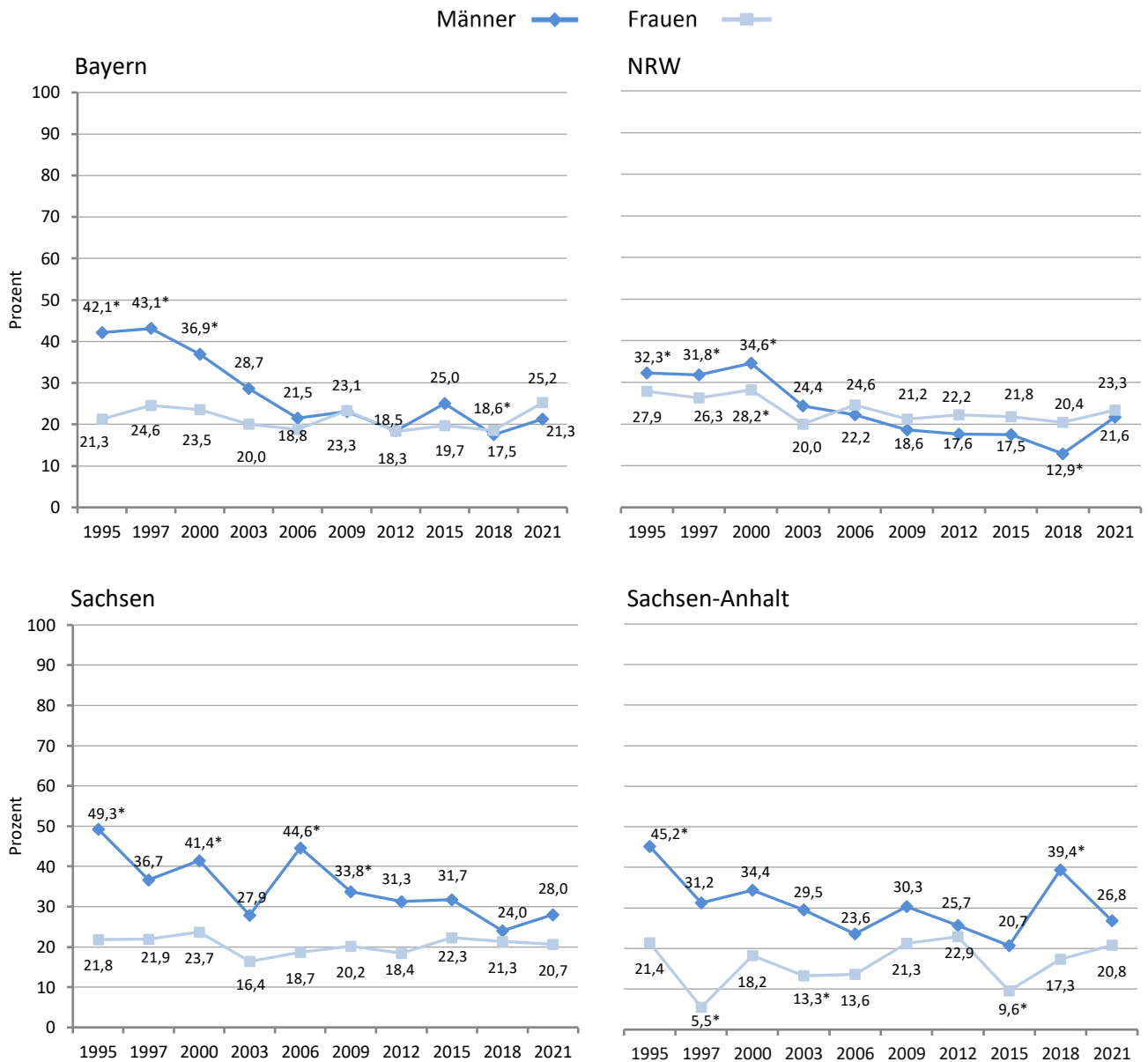


Abbildung 4-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

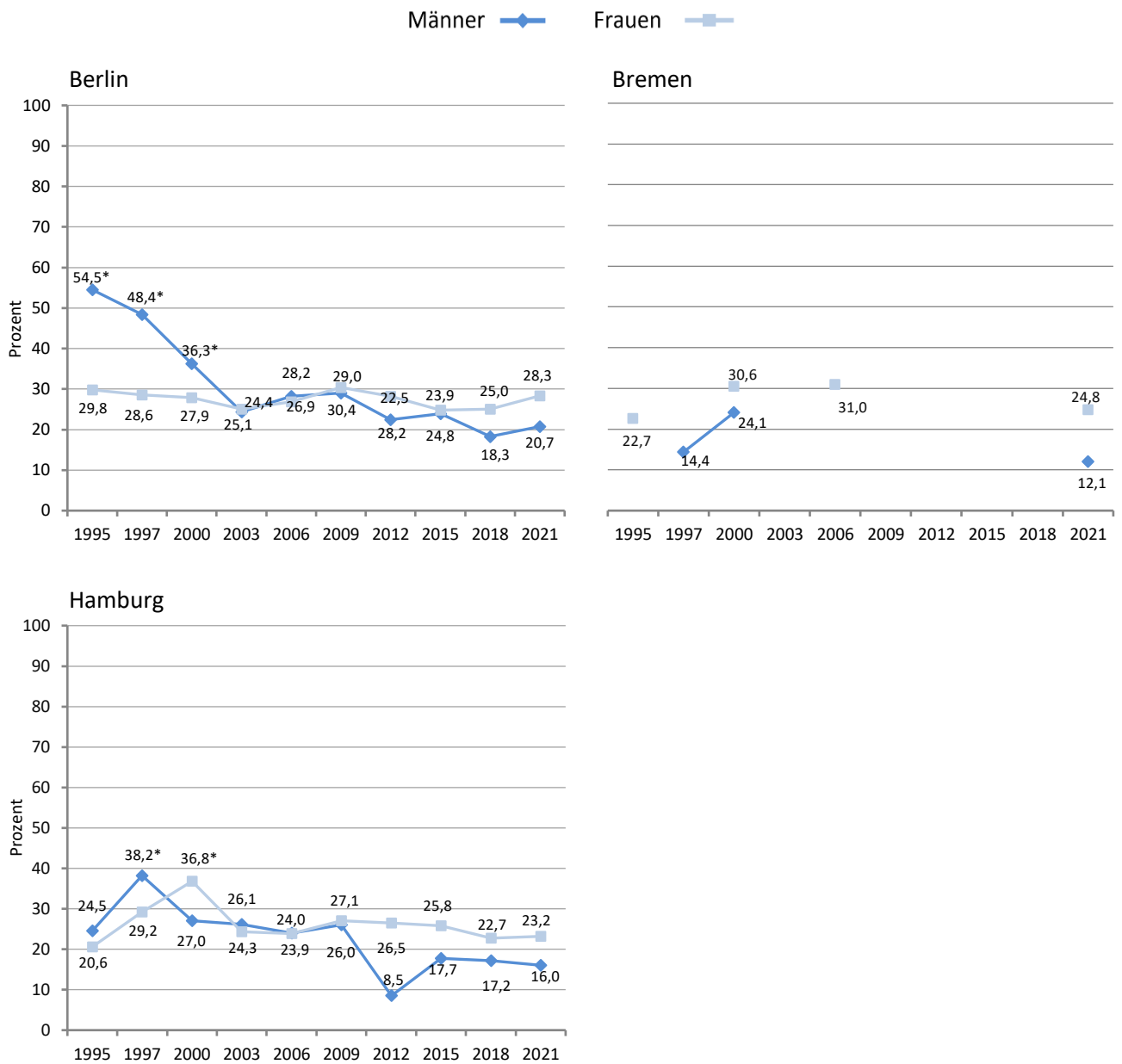


Abbildung 4-8 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Altersstratifizierte Trenddarstellungen zeigen den fallenden Trend in fast allen Altersgruppen, vor allem mit signifikant höheren Werten in den ersten Erhebungsjahren von 1995 bis 2000 (Tabelle 4-8). Mit Ausnahme von Hamburg waren keine signifikanten Veränderungen bei den 60- bis 64-Jährigen zu beobachten.

Tabelle 4-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	24,7	26,4	27,9	20,4	24,0	26,5	20,8	23,7	27,8	27,4
25-39	33,8*	33,4*	30,9	18,7	14,4*	18,2	13,1*	16,6	15,9	20,8
40-59	34,4*	37,8*	30,5	30,8	23,3	25,3	20,9	25,9	16,6*	23,6
60-64	-	-	-	-	25,0	32,4	26,2	23,7	24,4	35,7
<b>NRW</b>										
18-24	30,1	27,1	37,5*	27,8	25,6	23,4	21,8	27,2	21,0	23,9
25-39	30,4*	28,1*	28,1*	20,2	20,3	17,4	15,6	16,6	15,0	17,1
40-59	30,3	30,8	33,1*	22,7	24,7	20,2	21,4	19,1	16,1*	25,0
60-64	-	-	-	-	30,7	26,0	16,3	24,3	26,9	20,5
<b>Sachsen</b>										
18-24	~	24,0	29,3*	16,6	36,8*	25,0*	26,8*	19,3*	21,1*	12,9
25-39	38,7*	27,2	30,4	18,4	28,5	30,6	23,8	23,3	22,7	25,4
40-59	36,0	32,3	36,4	28,1	34,4	26,5	25,9	31,5*	23,1	26,7
60-64	-	-	-	-	28,3	27,2	35,7	26,9	25,4	22,5
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	~	16,7	16,3	26,3	17,5	39,0	13,2	~	22,7
25-39	30,6	9,8*	26,5	15,2	13,4	23,4	17,7	20,2	23,1	24,2
40-59	34,7*	23,5	27,3	27,3	20,6	31,2	24,5	13,6*	33,9	24,4
60-64	-	-	-	-	~	~	16,2	~	~	29,6

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 4-8 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	45,0	~	24,8	13,6	23,7	19,8	26,2	8,9	24,7	29,5
25-39	39,7*	29,4	29,2*	22,8	22,0	20,3	24,1	17,7	19,8	22,4
40-59	45,3*	45,2*	36,9*	28,3	33,1	36,4*	25,6	30,3	22,2	25,2
60-64	-	-	-	-	41,6	~	29,3	~	29,8	21,8
<b>Bremen</b>										
18-24	~	~	~	~	~	~	~	~	~	21,3
25-39	~	31,6	25,7	~	~	~	~	~	~	15,0
40-59	~	~	29,7	~	~	~	~	~	~	18,8
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	29,5
<b>Hamburg</b>										
18-24	~	30,3	~	11,8*	~	27,2	~	25,9	20,7	22,6
25-39	26,1	34,5*	33,3	22,3	~	18,9	17,0	20,0	17,0	18,2
40-59	20,9	34,7*	34,6	31,2	27,3	32,5*	18,1	21,8	20,9	19,8
60-64	-	-	-	-	~	34,4	~	42,5*	~	27,4

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 4.2.3 Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumierende)

Die 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens wies in Berlin und Sachsen und bei Männern in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt einen Rückgang auf (Abbildung 4-9). Bei weiblichen Konsumierenden zeigten sich im Vergleich zu den frühen 2000er Jahren Anstiege des Rauschtrinkens in allen teilnehmenden Bundesländern außer Bremen und Hamburg.

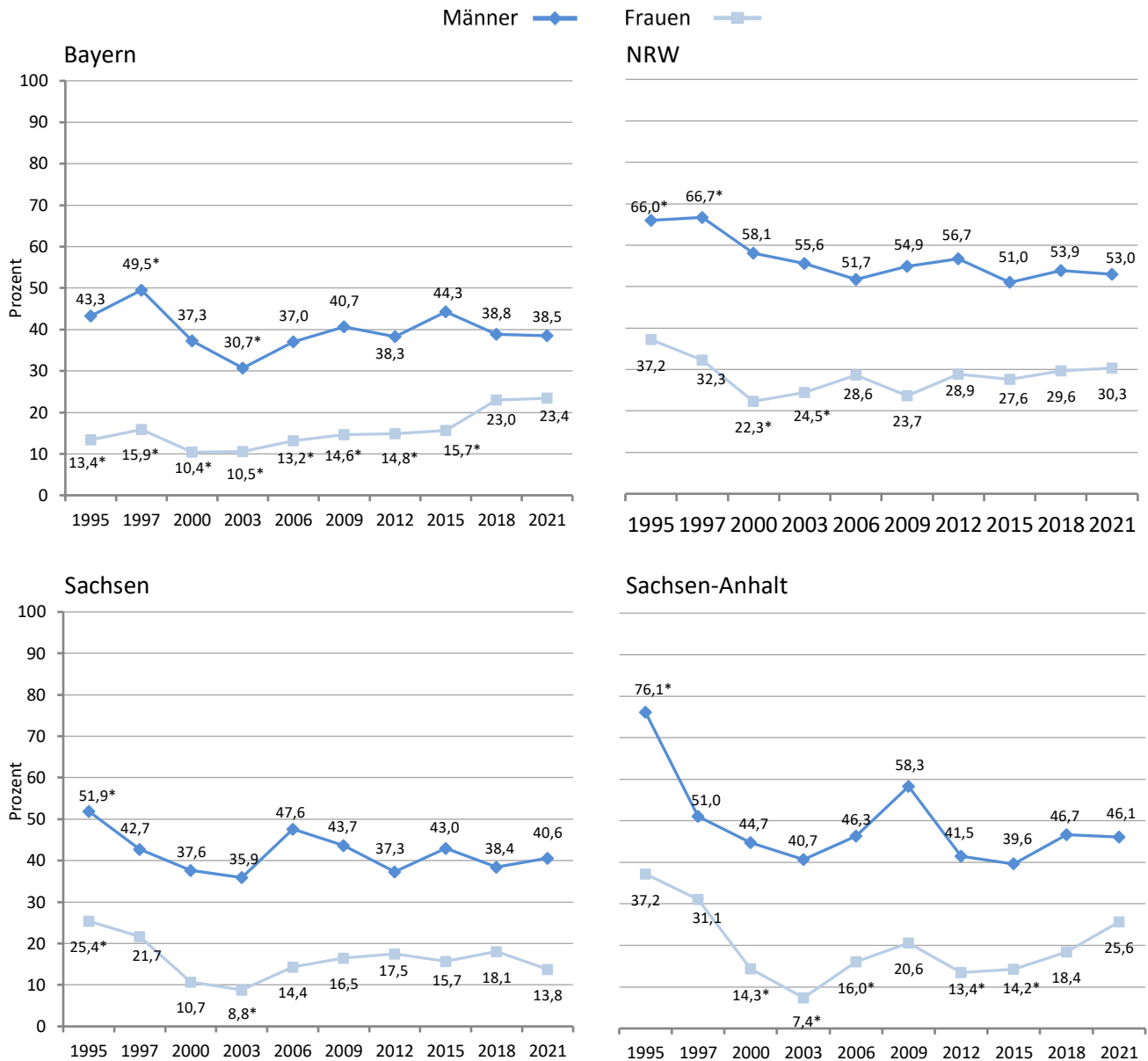


Abbildung 4-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

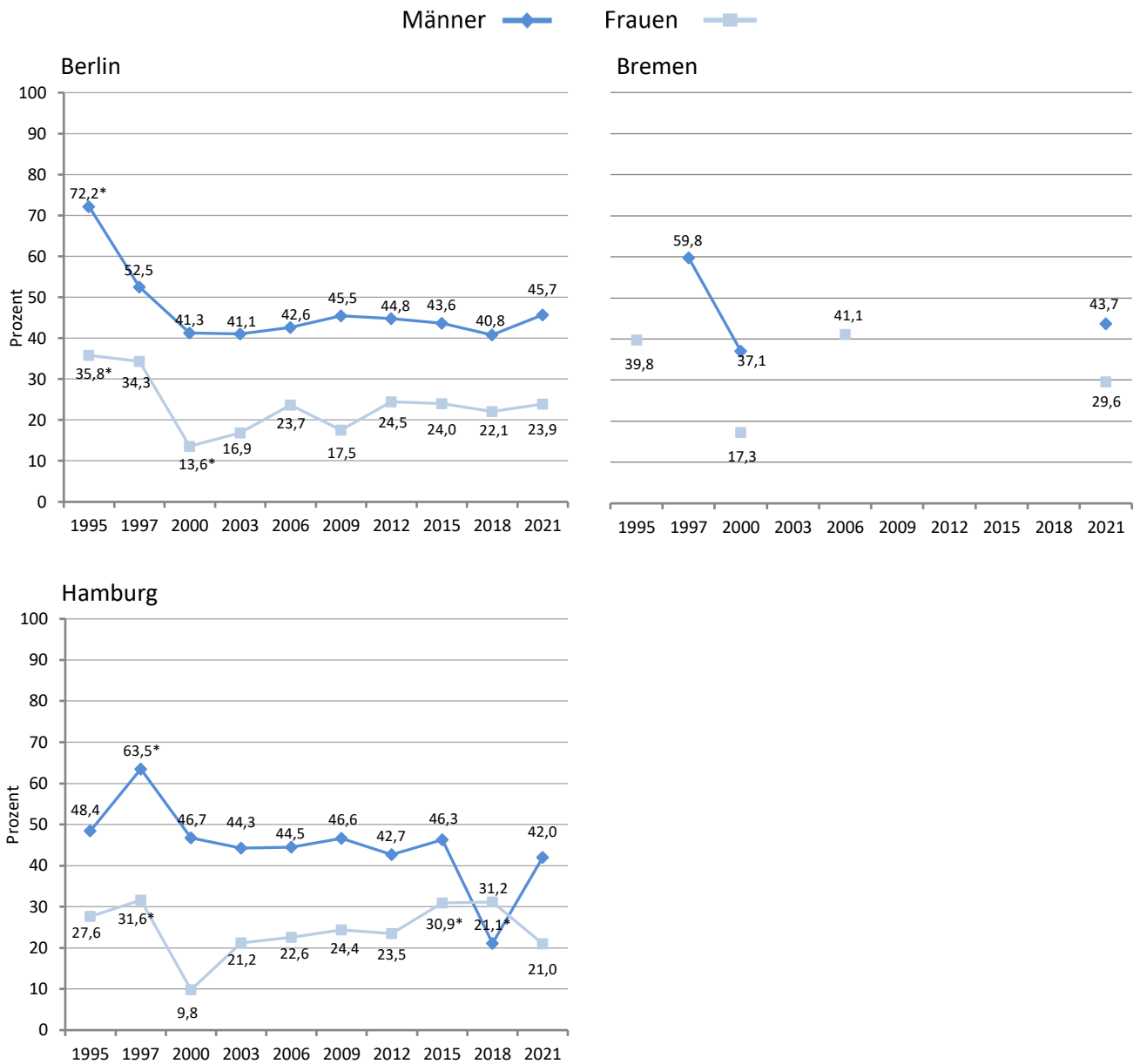


Abbildung 4-9 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2018. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern sehr unterschiedlich aus (Tabelle 4-9). So zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikanten Veränderungen in Nordrhein-Westfalen und Bremen, wohingegen die Prävalenz des Rauschtrinkens unter Konsumierenden in Bayern, Sachsen und Berlin angestiegen war und in Hamburg seit 2015 zurückging. Bei den 25- bis 39-Jährigen war nur ein Anstieg der Prävalenz in Bayern zu beobachten, während der Anteil Konsumierender in Sachsen und Sachsen-Anhalt zurückging. In der ältesten Altersgruppe konnte nur in Bayern ein signifikanter Anstieg festgestellt werden.

Tabelle 4-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	34,5*	56,9	36,1	42,5	58,8	52,6	49,7	51,0	57,4	51,1
25-39	30,8*	32,7	27,2*	20,4*	27,8*	32,4	31,4	37,1	38,6	37,3
40-59	27,0	29,5	17,4	17,3*	16,6*	20,3	18,7	22,3	20,6	22,3
60-64	-	-	-	-	14,1*	13,1*	23,5	12,4	14,2	21,2
<b>NRW</b>										
18-24	54,3	63,0	54,3	54,5	67,9	63,6	57,8	64,1	65,3	61,6
25-39	50,0	44,7	41,2	40,3	39,6	46,2	49,8	47,8	46,7	44,5
40-59	54,4*	52,6*	37,6	39,1	35,4	31,6	38,3	29,7	34,5	37,0
60-64	-	-	-	-	25,9	34,4	28,5	27,9	33,8	30,6
<b>Sachsen</b>										
18-24	~	24,9	25,2	28,2*	50,7	45,3	45,2	41,4	40,6	43,6
25-39	44,2*	39,5	28,9	22,5	30,1	32,8	34,9	34,2	34,2	32,8
40-59	37,0*	30,4	21,9	22,7	28,5	27,0	21,2	26,2	24,0	23,5
60-64	-	-	-	-	18,9	20,5	24,1	36,9	25,4	20,3
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	~	32,6	24,9*	68,8	46,4	51,5	45,7	~	48,7
25-39	63,9*	40,7	32,9	20,3	25,4	51,0	39,1	36,9	39,6	41,0
40-59	52,8*	46,8	24,3	27,2	29,0	31,3	19,0*	19,5*	31,9	32,3
60-64	-	-	-	-	~	~	6,2	~	~	22,7

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 4-9 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	57,8	~	34,7*	41,2	45,0	46,2	56,3	38,2	47,9	53,2
25-39	58,2*	46,0	29,9*	32,6	31,1	30,3	42,9	45,9	37,4	38,5
40-59	53,7*	39,4	25,4	23,8	32,6	30,5	24,0	25,8	23,2	26,8
60-64	-	-	-	-	23,1	~	15,0	~	25,1	19,4
<b>Bremen</b>										
18-24	~	~	~	~	~	~	~	~	~	52,0
25-39	~	54,0	28,7	~	~	~	~	~	~	39,9
40-59	42,7	~	24,5	~	~	~	~	~	~	31,3
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	26,7
<b>Hamburg</b>										
18-24	~	68,3	~	50,3	~	62,6*	~	59,3	59,7	48,9
25-39	40,2	52,8*	36,1	38,3	~	39,0	48,2	46,9*	27,2	36,5
40-59	32,4	42,7*	19,2	25,2	26,9	27,4	20,1	27,4	15,3	23,6
60-64	-	-	-	-	~	16,7	~	34,7	~	27,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

#### 4.2.4 Trends der durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumierende)

Männer wiesen in allen Bundesländern sinkende Trinkmengen im Vergleich zu den Erhebungen der 1990er Jahre auf (Abbildung 4-10). In allen Bundesländern außer Bremen zeigte sich bei Frauen ein konstanter Verlauf.

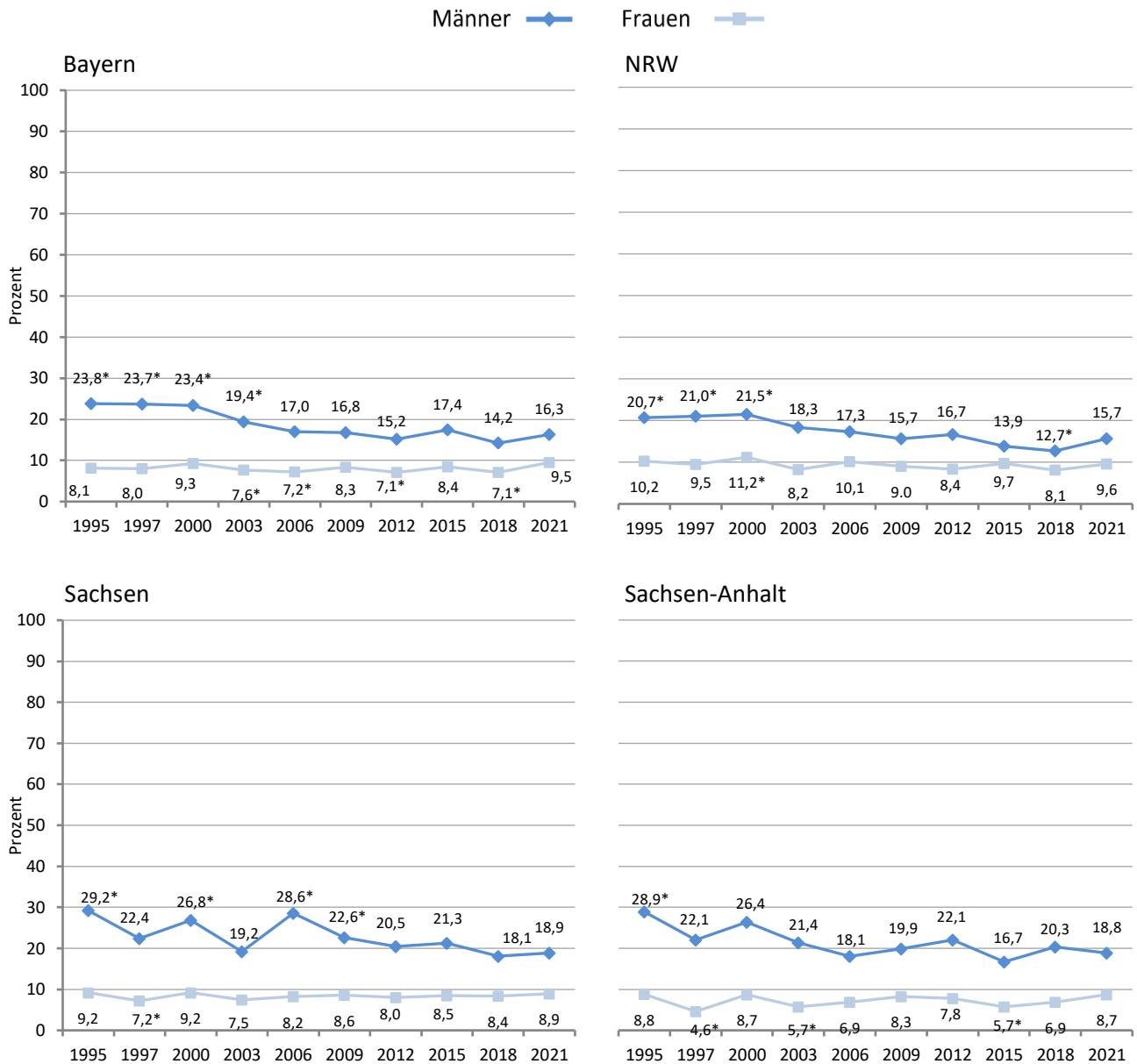


Abbildung 4-10: Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

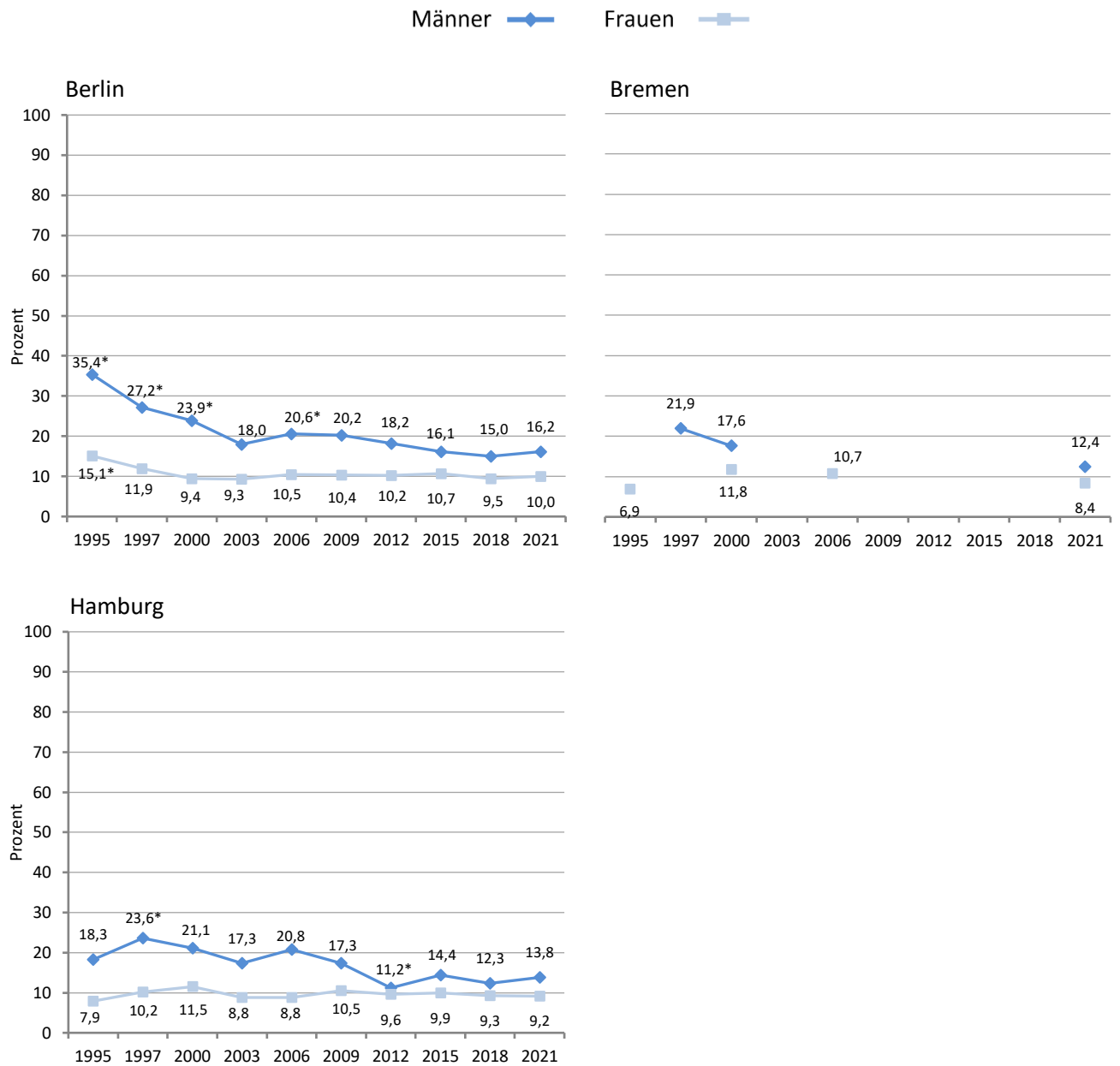


Abbildung 4-10 (Fortsetzung): Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ( $n < 20$ ). \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die größten Veränderungen der Konsummengen waren in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen zu beobachten (Tabelle 4-10). In Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Berlin und Hamburg sank der Durchschnitt im Vergleich zu den früheren Erhebungen. Bei den 40- bis 59-Jährigen wurden sinkende Trinkmengen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Berlin und Hamburg verzeichnet. Darüber hinaus sanken die Konsummengen in der jüngsten Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Berlin signifikant.

Tabelle 4-10: Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumierende)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	12,2	11,6	13,7	11,2	14,8	14,4	12,3	14,3	14,1	15,0
25-39	15,8*	14,5	16,9*	12,9	9,9	12,2	9,7	11,2	10,7	12,2
40-59	18,4*	18,9*	16,8*	15,9*	13,7	13,1	12,1	14,3	10,5*	13,3
60-64	-	-	-	-	18,2	18,9	15,6	13,4	14,0	19,0
<b>NRW</b>										
18-24	12,7	16,4	19,9*	13,9	16,4	14,5	12,6	14,7	12,4	13,8
25-39	16,0*	14,4*	14,8*	13,7*	11,2	11,9	10,8	12,5	10,9	10,6
40-59	16,6	16,3	17,3*	13,8	15,2	12,6	14,6	11,0*	9,9*	14,2
60-64	-	-	-	-	17,3*	15,3	10,6	14,0	13,3	12,4
<b>Sachsen</b>										
18-24	~	9,5	15,5	11,1	18,6*	15,0*	14,6*	12,3*	11,8	9,8
25-39	18,4*	12,8	17,1*	11,8	16,3	16,6	13,7	14,2	14,9	14,2
40-59	17,7	17,4	20,2*	16,4	21,5*	16,4	15,5	16,9	13,3	15,5
60-64	-	-	-	-	17,5	15,0	15,8	17,2	14,8	16,4
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	~	18,4	11,5	18,2	11,0	24,0	8,4	~	13,5
25-39	18,3	10,3	19,7	12,9	10,8	12,6	13,8	13,4	14,3	14,0
40-59	19,8	16,4	14,2	14,7	12,8	17,3	14,7	11,3*	14,7	14,7
60-64	-	-	-	-	~	~	10,6	~	~	15,4

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 4-10 (Fortsetzung): Trends der Menge Ethanol in Gramm pro Tag nach Alter und Bundesland (Konsumierende)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	25,3*	~	12,7	8,9	13,0	14,1	13,2	8,0	13,7	12,5
25-39	26,5*	17,4*	16,4*	12,1	14,7	11,8	13,3	12,3	11,3	13,3
40-59	26,2*	22,6*	18,3*	15,7	17,5*	17,9*	15,8	14,7	13,0	13,1
60-64	-	-	-	-	22,5	~	16,7	~	14,9	13,2
<b>Bremen</b>										
18-24	~	~	~	~	~	~	~	~	~	11,0
25-39	~	20,8	16,6	~	~	~	~	~	~	9,8
40-59	~	~	14,6	~	~	~	~	~	~	11,3
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	15,5
<b>Hamburg</b>										
18-24	~	15,3	~	8,3*	~	15,0*	~	13,8	10,6	11,5
25-39	14,0	18,8*	19,7*	11,2	~	11,7	10,5	11,3	11,0	11,3
40-59	12,5	16,9*	13,6	16,7*	17,5	15,8*	10,4	12,8	11,1	11,8
60-64	-	-	-	-	~	18,0	~	17,9	~	15,9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

#### 4.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT

Der Anteil der Männer, bei denen Hinweise auf problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT bestanden, war seit der Erhebung im Jahr 1997 in den meisten Bundesländern unverändert (Abbildung 4-11). Nur in Sachsen-Anhalt zeigte sich seit 2009 ein signifikanter Rückgang. Bei Frauen zeigte sich ein signifikanter Anstieg in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Berlin.

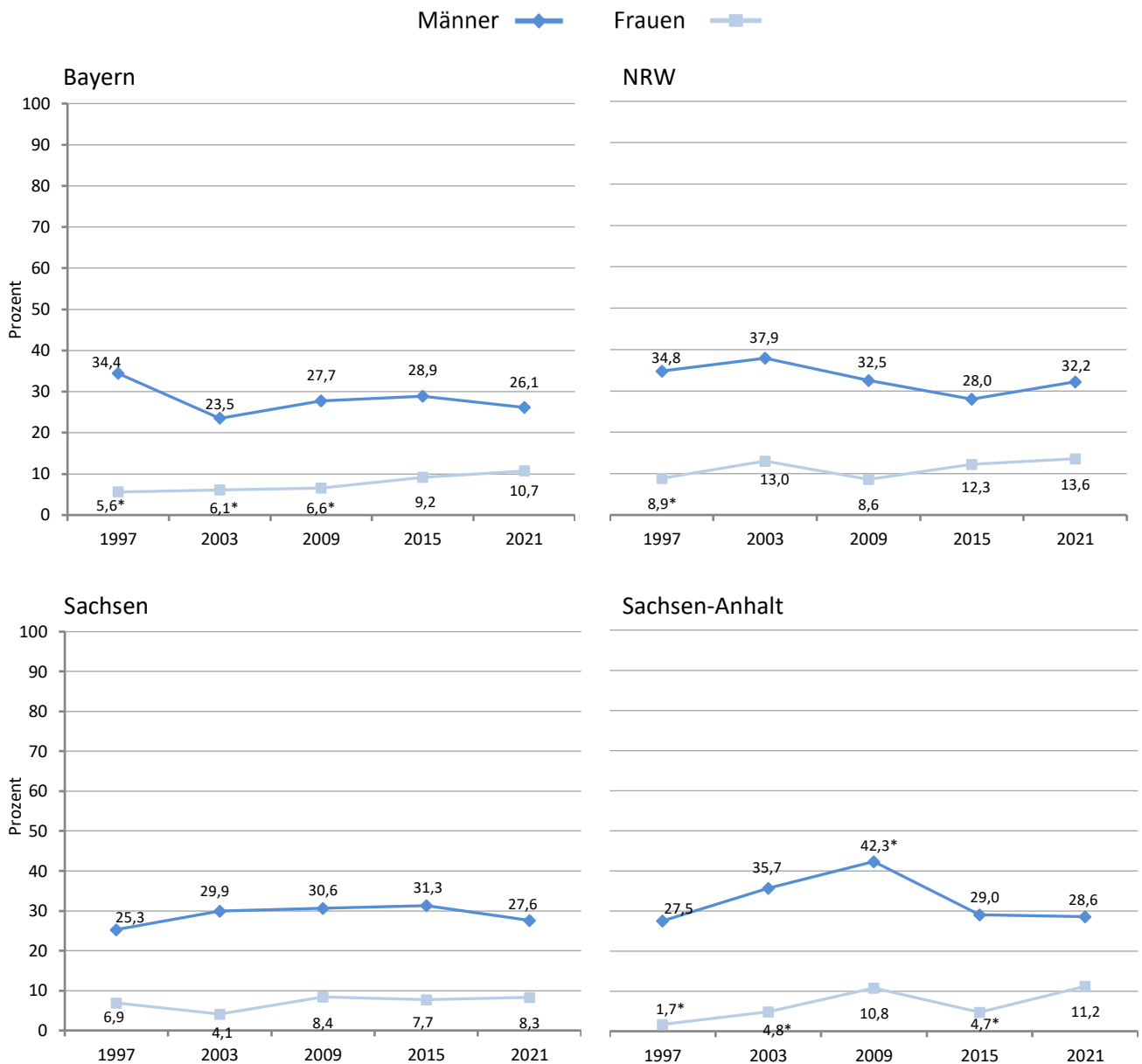


Abbildung 4-11: Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

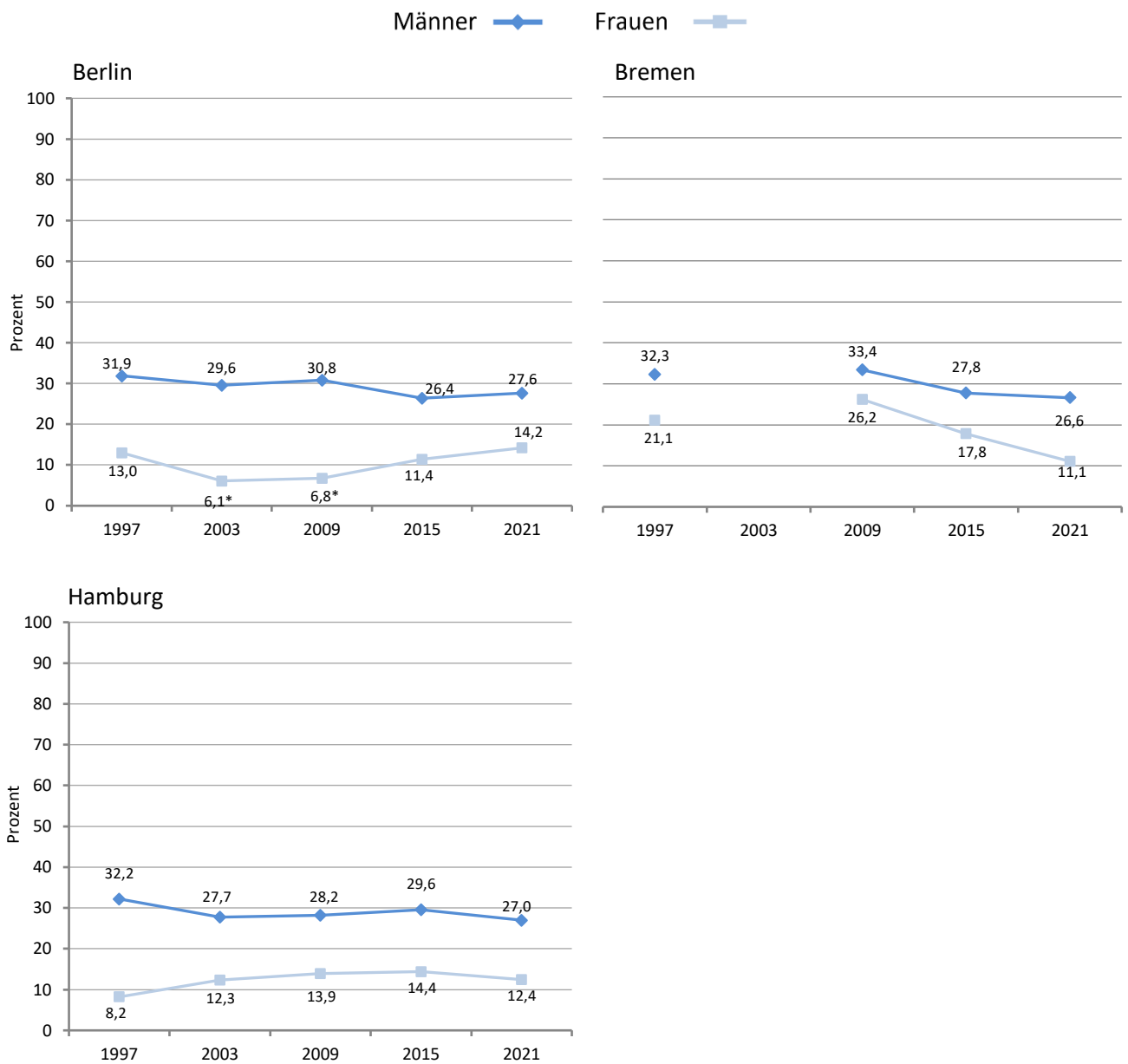


Abbildung 4-11 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ( $n < 20$ ). \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Altersstratifizierte Trends ließen kein einheitliches Muster über die Bundesländer erkennen (Tabelle 4-11). In der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen zeigte sich in Bayern und Sachsen-Anhalt steigende Prävalenz.

Tabelle 4-11: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>													
18-24	-	-	-	-	30,5	-	29,9	-	35,9	-	35,9	-	32,8
25-39	-	-	-	-	18,3	-	13,3*	-	20,9	-	23,3	-	22,0
40-59	-	-	-	-	18,4	-	13,7	-	10,1	-	12,2	-	12,3
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	10,5	-	7,3	-	14,1
<b>NRW</b>													
18-24	-	-	-	-	25,3	-	38,9*	-	37,5	-	38,5*	-	31,7
25-39	-	-	-	-	21,1	-	27,6	-	23,3	-	20,9	-	23,8
40-59	-	-	-	-	21,2	-	22,3	-	14,2	-	15,0	-	20,0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	12,6	-	15,0	-	9,7
<b>Sachsen</b>													
18-24	-	-	-	-	16,7	-	19,4	-	31,9*	-	30,3*	-	21,3
25-39	-	-	-	-	16,8	-	15,1	-	22,5	-	20,0	-	20,9
40-59	-	-	-	-	15,4	-	20,6	-	15,3	-	17,6	-	16,1
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	10,3	-	16,3	-	9,4
<b>Sachsen-Anhalt</b>													
18-24	-	-	-	-	12,9	-	18,0*	-	30,6	-	23,9	-	30,5
25-39	-	-	-	-	7,8*	-	16,9	-	36,0	-	25,3	-	23,4
40-59	-	-	-	-	20,1	-	23,5	-	17,7	-	10,5	-	16,0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	13,1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 4-11 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>													
18-24	-	-	-	-	37,4	-	30,3	-	27,3	-	26,2	-	28,4
25-39	-	-	-	-	21,3	-	23,3	-	20,2	-	24,0	-	24,5
40-59	-	-	-	-	18,6	-	11,2	-	15,6	-	14,0	-	15,6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	~	-	23,8	-	10,5
<b>Bremen</b>													
18-24	-	-	-	-	~	-	~	-	~	-	~	-	25,3
25-39	-	-	-	-	27,4	-	~	-	~	-	~	-	20,8
40-59	-	-	-	-	~	-	~	-	~	-	20,3	-	15,6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	12,6
<b>Hamburg</b>													
18-24	-	-	-	-	22,0	-	34,3	-	39,4	-	34,2	-	28,2
25-39	-	-	-	-	22,6	-	19,8	-	21,8	-	26,0	-	20,5
40-59	-	-	-	-	17,8	-	17,4	-	16,4	-	14,9	-	16,6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	10,2	-	25,2*	-	12,3

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30), -) Wurde nicht erhoben, \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

#### 4.2.6 Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, 1995-2021

In allen Bundesländern zeigt sich ein signifikanter Rückgang der Prävalenz des Alkoholkonsums im Vergleich zu der Erhebung im Jahr 1995. Mit Ausnahme von Berlin zeigte sich dieser signifikante Rückgang auch noch im Vergleich zum Jahr 2003. In Nordrhein-Westfalen war der Rückgang der Prävalenz des Alkoholkonsums im Vergleich zu sämtlichen Erhebungen außer der im Jahr 2015 signifikant. Ein signifikanter Rückgang des problematischen Konsums von Alkohol zeigt sich lediglich in Bremen verglichen mit dem Jahr 2009.

Tabelle 4-12: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, 1995-2021 (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
30-Tage-Prävalenz	87,1*	84,8*	87,9*	85,4*	76,9	77,8	77,8	78,2	76,5	75,3
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	20,3	-	15,4	-	17,3	-	19,2	-	18,5
<b>NRW</b>										
30-Tage-Prävalenz	79,7*	76,5*	86,1*	82,0*	74,4*	75,1*	74,0*	73,0	74,5*	69,0
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	21,9	-	26,4	-	20,5	-	20,2	-	23,0
<b>Sachsen</b>										
30-Tage-Prävalenz	93,9*	87,3*	90,7*	89,9*	79,3	81,1	77,2	80,1	77,4	78,2
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	16,1	-	18,3	-	20,0	-	19,9	-	18,4
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
30-Tage-Prävalenz	89,1*	79,6	87,0*	85,8*	70,6	80,7	76,4	78,1	78,4	76,6
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	14,7	-	20,4	-	26,0	-	16,8	-	20,1
<b>Berlin</b>										
30-Tage-Prävalenz	81,0*	76,1	87,2*	79,7	77,7	79,1	77,6	76,4	73,5	72,9
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	22,5	-	17,7	-	18,6	-	18,4	-	20,9
<b>Bremen</b>										
30-Tage-Prävalenz	85,7*	83,7*	89,3*	86,9*	71,4	78,6*	78,2*	72,4	78,2	67,0
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	26,4	-	29,5	-	30,6*	-	23,0	-	19,0
<b>Hamburg</b>										
30-Tage-Prävalenz	90,3*	76,9	82,7	82,9*	73,0	77,6	73,8	77,0	77,0	74,3
Problematischer Konsum <sup>1</sup>	-	20,4	-	20,3	-	21,1	-	21,9	-	19,7

<sup>1</sup>) Problematischer Konsum nach Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT); Schwellenwert  $\geq 8$  Punkte.

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ( $n < 30$ ) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

## 5 Illegale Drogen

### 5.1 Die Situation im Jahr 2021

#### 5.1.1 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge

Die geschlechterspezifischen 12-Monats-Prävalenzen für den Konsum mindestens einer Droge (hier Cannabis, Amphetamin, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin, andere Opiate, Kokain, Crack, psychoaktive Pilze oder NPS) lag in Berlin mit 23,2 % bei Männern und 15,3 % bei Frauen sowie in Bremen mit 13,8 % bei Frauen signifikant höher als in der Bundesstichprobe (Abbildung 5-1). Insgesamt lag die Konsumprävalenz bei 9,6 %.

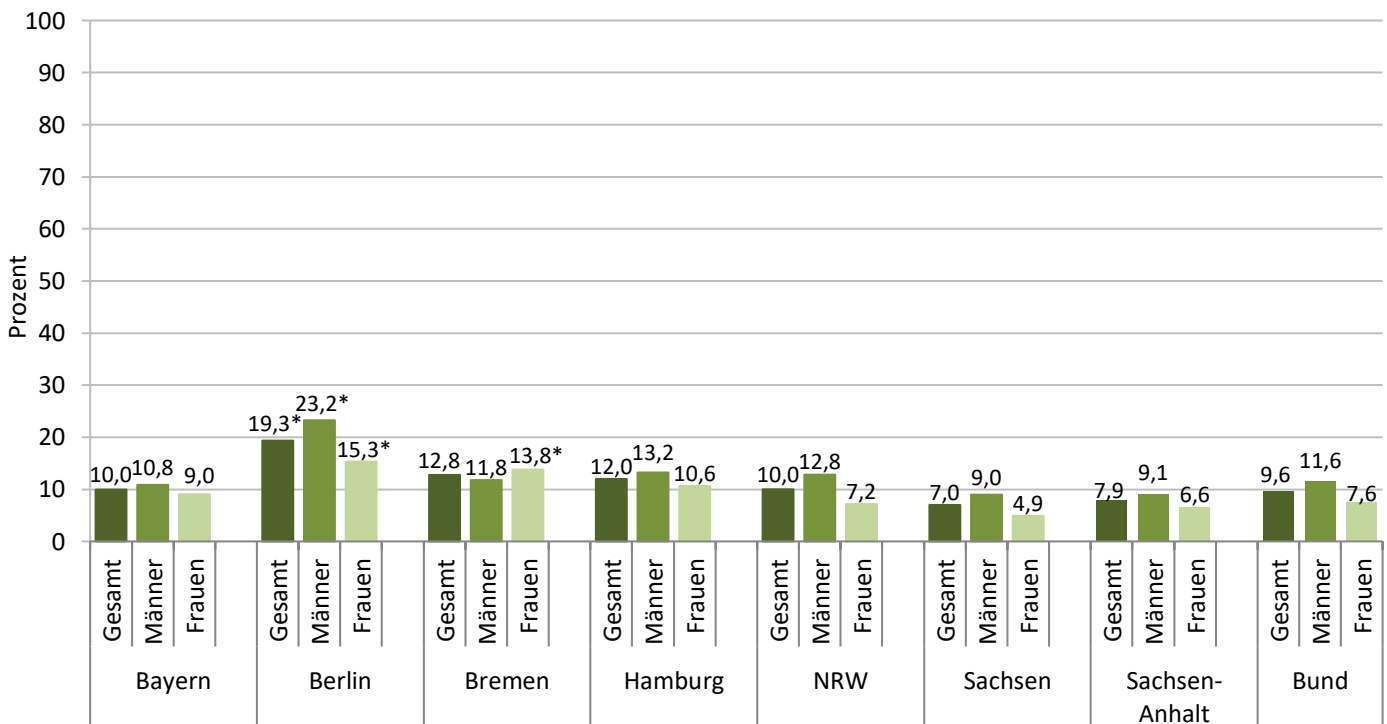


Abbildung 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge (ohne Inhalanzien) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In den Altersgruppen war der Konsum irgendeiner Droge der 18- bis 24-Jährigen am höchsten (23,8 % im Bund) und jeweils niedriger in den höheren Altersgruppen (Tabelle 5-1). Die 12-Monats-Prävalenz der 60- bis 64-Jährigen lag bei 2,7 %. Signifikante Abweichungen von den bundesweiten Daten zeigten sich in Berlin bei den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen (26,3 % vs. 13,1 % bzw. 14,9 % vs. 5,3 %).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	11,7	8,6	10,0	8,9	7,5	12,4	-
18-24	26,8	26,9	30,1	24,9	22,2	22,9	29,7	23,8
25-39	12,6	26,3*	16,0	17,7	11,3	10,5	10,2	13,1
40-59	4,7	14,9*	7,7	5,2	7,4	3,0	4,2	5,3
60-64	5,6	1,5	0,6	2,7	2,7	0,0	0,6	2,7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis

Insgesamt wurde Cannabis am häufigsten in Berlin (16,7 %) konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenzen für die übrigen Bundesländer lagen zwischen 6,2 % und 11,1 % (Abbildung 5-2). Die Werte unterscheiden sich sowohl in Berlin für Männer (20,0 %) und Frauen (13,3 %) als auch für Frauen in Bremen (11,3 %) signifikant von den bundesweiten Daten (Männer: 10,7 % und Frauen: 6,8 %).

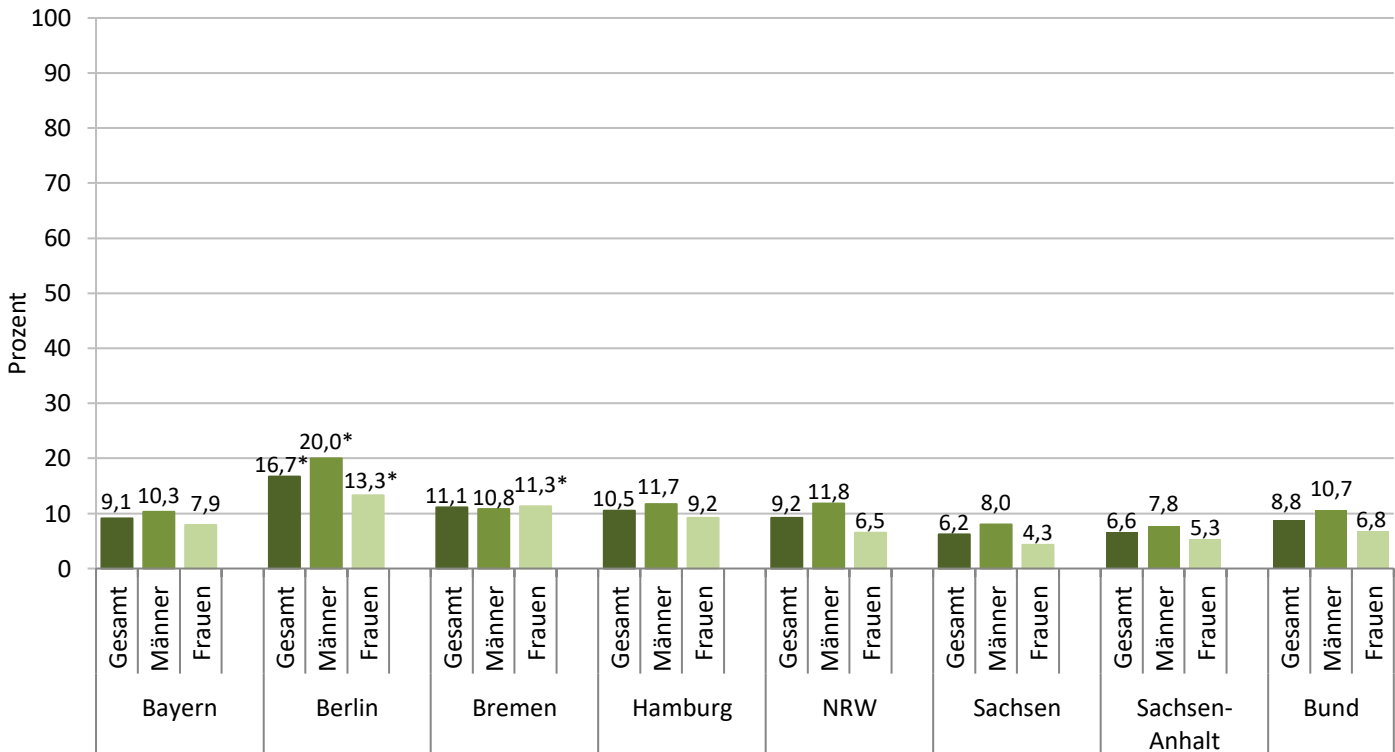


Abbildung 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland  
Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Eine Stratifizierung nach Alter zeigte die höchsten Konsumprävalenzen unter 18- bis 24-Jährigen (22,8 % im bundesweiten Durchschnitt; Tabelle 5-2). Mit steigendem Alter nahm die Prävalenz des Cannabiskonsums in allen Bundesländern ab. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt konsumierten in Berlin signifikant mehr 25- bis 39-Jährige (21,6 %) und 40- bis 59-Jährige (13,3 %) Cannabis.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	11,3	7,7	9,3	8,9	7,5	11,8	-
18-24	25,7	25,6	28,5	23,1	21,9	21,5	25,6	22,8
25-39	12,1	21,6*	14,4	15,4	10,8	9,5	10,0	12,3
40-59	4,1	13,3*	5,6	4,3	6,1	2,2	2,6	4,6
60-64	3,1	1,5	0,6	2,7	2,2	0,0	0,0	1,6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

Der Anteil der Amphetamin- oder Methamphetaminkonsumierenden in den letzten 12 Monaten war in Berlin (3,3 %) am höchsten, während in Sachsen-Anhalt am seltensten konsumiert wurde (0,8 %). Männer hatten in allen Ländern außer Nordrhein-Westfalen höhere Prävalenzen als Frauen. Im Vergleich zu den bundesweiten Werten zeigte sich lediglich bei Männern und insgesamt in Berlin eine signifikante Abweichung (4,7 % vs. 1,5 % bzw. 3,3 % vs. 1,4 %).

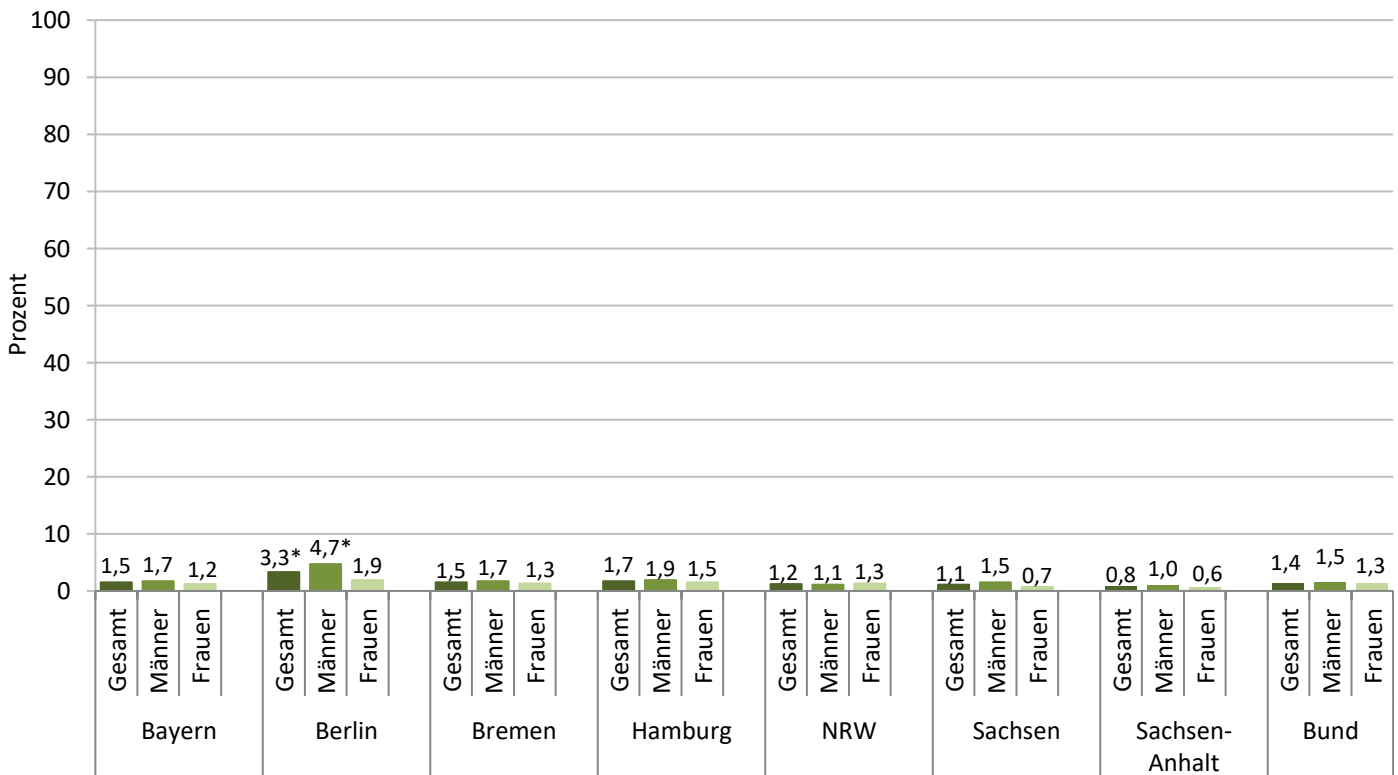


Abbildung 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Hinsichtlich altersspezifischer Konsumprävalenzen waren Abweichungen zur bundesweiten Stichprobe bei den 25- bis 39-Jährigen in Berlin (6,8 % vs. 2,1 %) erkennbar (Tabelle 5-3). In allen Bundesländern lag die Prävalenz in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen höher als in den älteren Altersgruppen.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,6	0,7	1,2	0,2	-
18-24	2,6	2,7	3,0	4,2	3,2	4,5	3,0	3,5
25-39	2,3	6,8*	2,2	2,5	1,8	1,7	1,6	2,1
40-59	0,8	0,9	0,9	0,6	0,5	0,2	0,2	0,7
60-64	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.4 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy

Bezogen auf die untersuchten Bundesländer war der Ecstasykonsum in Berlin am stärksten ausgeprägt (4,0 %; Abbildung 5-4). Der Anteil von männlichen und weiblichen Konsumierenden in Berlin (5,8 % bzw. 2,3 %) war im Vergleich zu den bundesweiten Daten (1,4 % bzw. 0,7 %) signifikant höher.

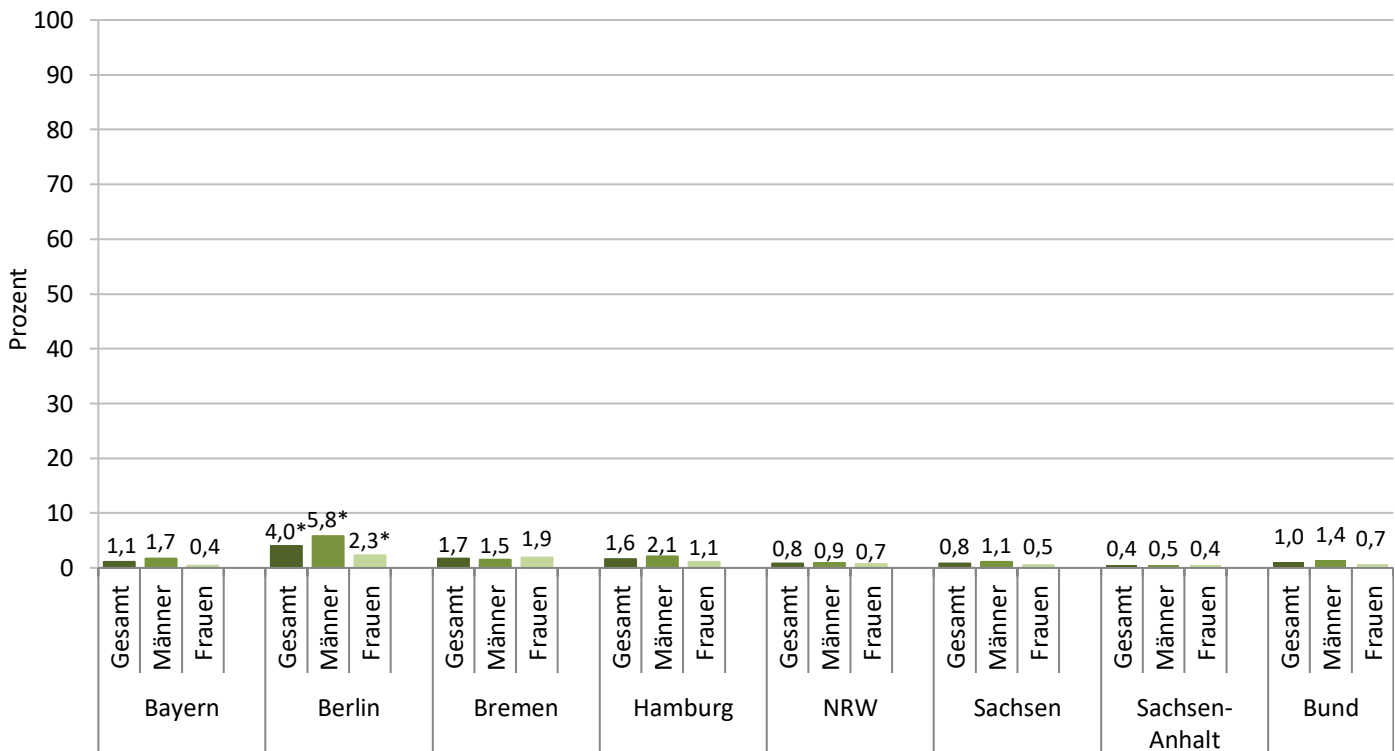


Abbildung 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In den Gruppen der 18- 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen war der höchste Anteil an Konsumierenden zu finden (3,3 % bzw. 1,7 % in der Gesamtstichprobe; Tabelle 5-4). Signifikant höhere Werte im Vergleich zum Bund zeigten sich in Berlin bei den 25- bis 39-Jährigen (6,9 %) und den 40- bis 59-Jährigen (2,5 %). Die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen in Sachsen-Anhalt (0,3 %) hatte einen signifikant niedrigeren Wert im Bundesvergleich.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,8	0,6	0,0	1,2	0,3	-
18-24	2,8	2,7	4,1	2,9	1,9	3,9	3,2	3,3
25-39	1,4	6,9*	2,9	3,0	2,0	0,7	0,3*	1,7
40-59	0,6	2,5*	0,3	0,4	0,0	0,4	0,0	0,2
60-64	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.5 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD

Bundesweit lag die 12-Monats-Prävalenz des LSD-Konsums bei 0,6 %, wobei Männer die Substanz häufiger konsumierten als Frauen (0,8 % vs. 0,4 %; Abbildung 5-5). Sowohl die Prävalenz der Männer (2,7 %) als auch die Gesamtprävalenz (1,7 %) in Berlin waren signifikant höher als die bundesweiten Werte.

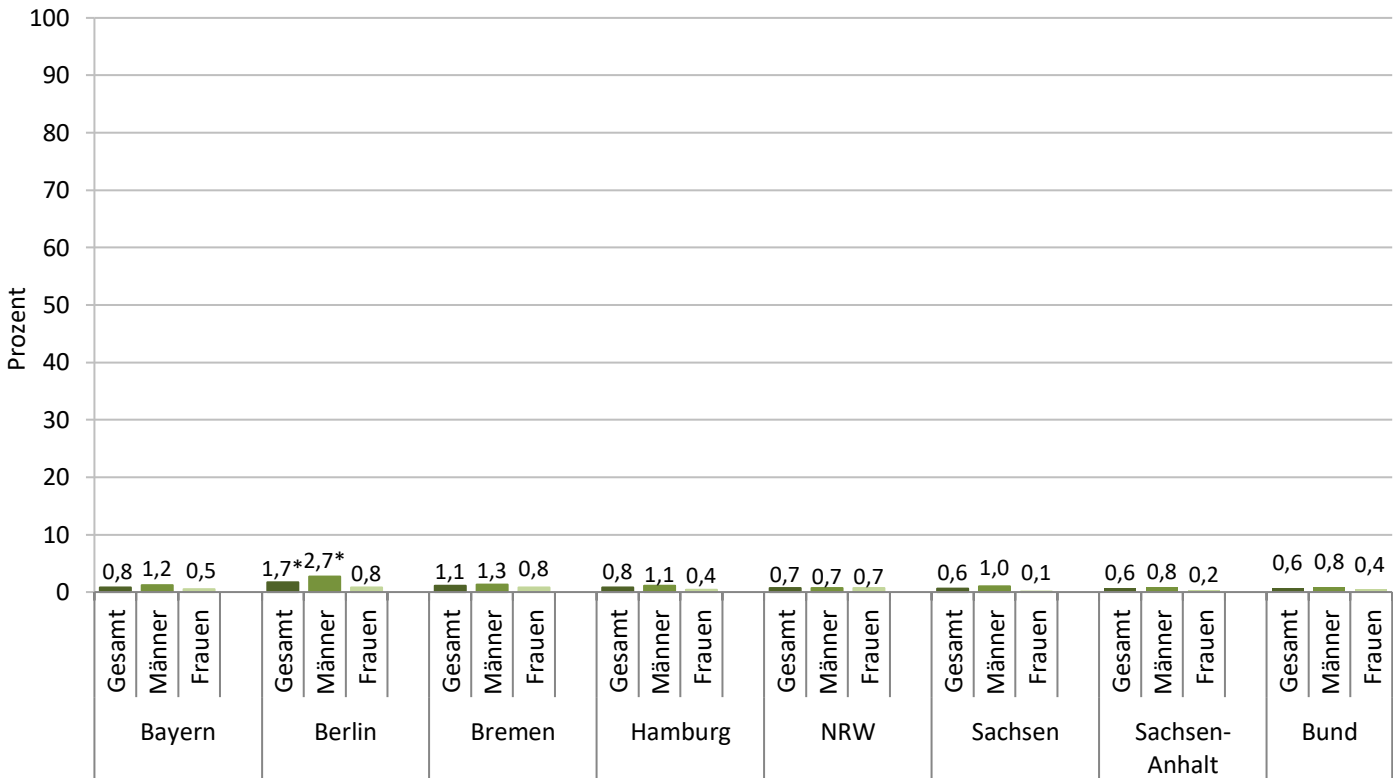


Abbildung 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland  
Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Ebenso war ein Unterschied der altersstratifizierten Konsumprävalenzen im Vergleich zum Bund für die 25- bis 39-Jährigen in Berlin erkennbar (2,8 % vs. 0,7 %; Tabelle 5-5). In den meisten Fällen zeigten die 18- bis 24-Jährigen die höchsten Konsumprävalenzen.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	-
18-24	2,5	0,8	4,7	1,5	3,3	2,8	2,3	2,4
25-39	1,3	2,8*	0,5	1,5	0,3	0,4	1,2	0,7
40-59	0,3	1,4	0,8	0,0	0,2	0,4	0,0	0,3
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



### 5.1.6 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiaten

Abgesehen von Berlin und Bremen lagen sämtliche Konsumprävalenzen für Heroin oder andere Opiate unter einem Prozent (Abbildung 5-6). Weder die geschlechterspezifischen noch die Gesamtprävalenzen in den Bundesländern wichen signifikant von den bundesweiten Werten ab.

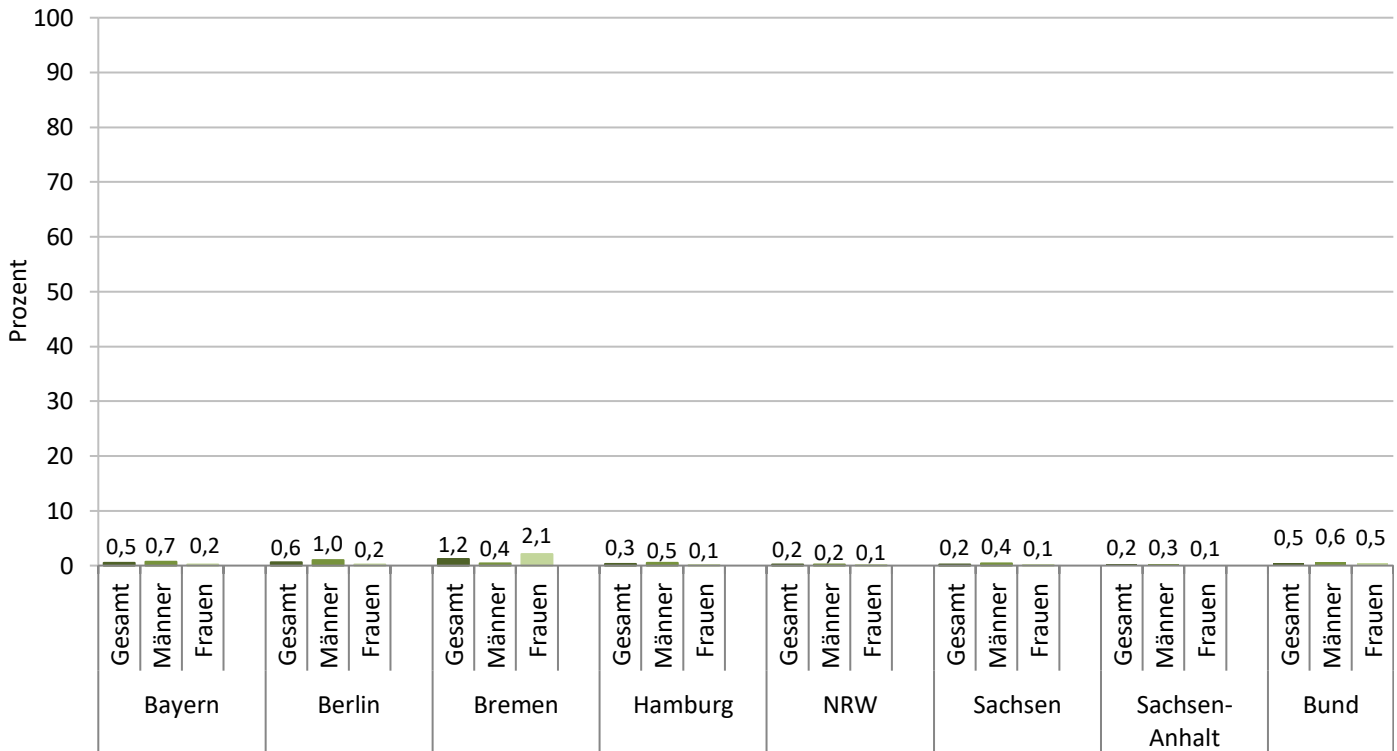


Abbildung 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Mit Ausnahme von Bremen war der höchste Anteil an Konsumierenden in den Gruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen zu finden (Tabelle 5-6). Die Gruppe der 40- bis 59-Jährigen in Bremen wies mit 1,8 % einen auffällig hohen Wert auf. Ein signifikant niedrigerer Wert im Vergleich zum Bund zeigte sich bei den 25- bis 39-Jährigen in Sachsen (0,1 % vs. 0,7 %)

Tabelle 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,5	0,7	0,5	0,3	-
18-24	0,4	0,5	1,2	0,8	0,4	1,4	1,1	1,0
25-39	0,6	1,0	0,8	0,6	0,3	0,1*	0,4	0,7
40-59	0,4	0,4	1,8	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

Die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack lag im Bund bei 1,6 % (Abbildung 5-7). In Berlin berichtete der höchste Anteil an Befragten von einem entsprechenden Konsum (5,0 %). Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt konsumierten dort signifikant mehr Männer (6,4 % vs. 2,1 %) und Frauen (3,6 % vs. 1,1 %) Kokain oder Crack. In Sachsen konnten für die Gesamtprävalenz (0,5 % vs. 1,6 %) und die Prävalenz der Männer (0,4 % vs. 2,1 %) sowie in Sachsen-Anhalt für die Prävalenz der Frauen (0,2 % vs. 1,1 %) signifikant kleinere Werte festgestellt werden.

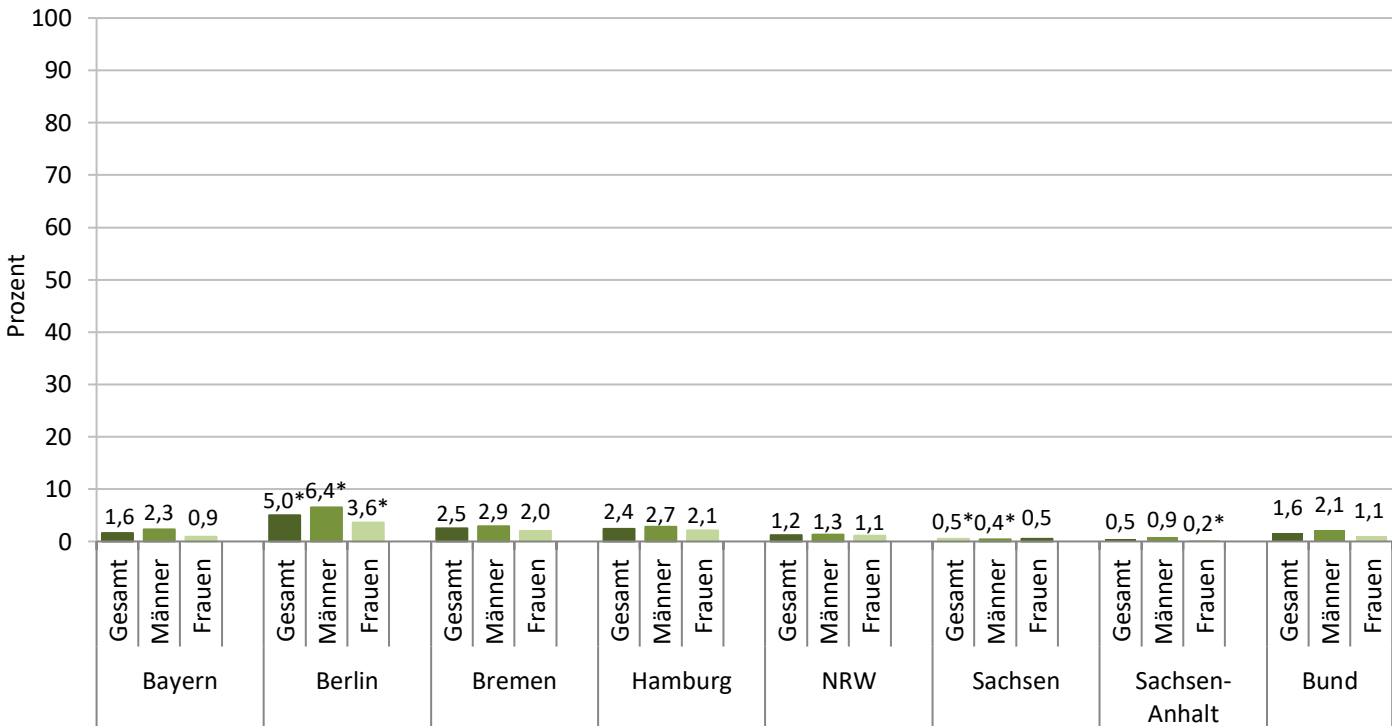


Abbildung 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Hinsichtlich der Altersverteilung fand der Konsum von Kokain und Crack mit Ausnahme von Berlin am häufigsten in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen statt (3,5 %; Tabelle 5-7). In Berlin war die Konsumprävalenz unter den 25- bis 39-Jährigen mit 8,7 % am höchsten und gegenüber dem bundesweiten Wert von 2,4 % signifikant erhöht. Außerdem ergaben sich in Berlin auch signifikant erhöhte Werte für die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen (2,9 % vs. 0,9 %).

Tabelle 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,2	-
18-24	2,9	4,1	4,7	3,7	3,3	2,0	1,7	3,5
25-39	2,8	8,7*	4,0	3,5	1,7	0,6	1,3	2,4
40-59	0,8	2,9*	1,2	1,6	0,4	0,1	0,0	0,9
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.8 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen

Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen lag im Bund bei 0,3 % (Abbildung 5-8). In Berlin lag die Konsumprävalenz der Männer (1,3 %) signifikant über dem bundesweiten Wert (0,4 %).

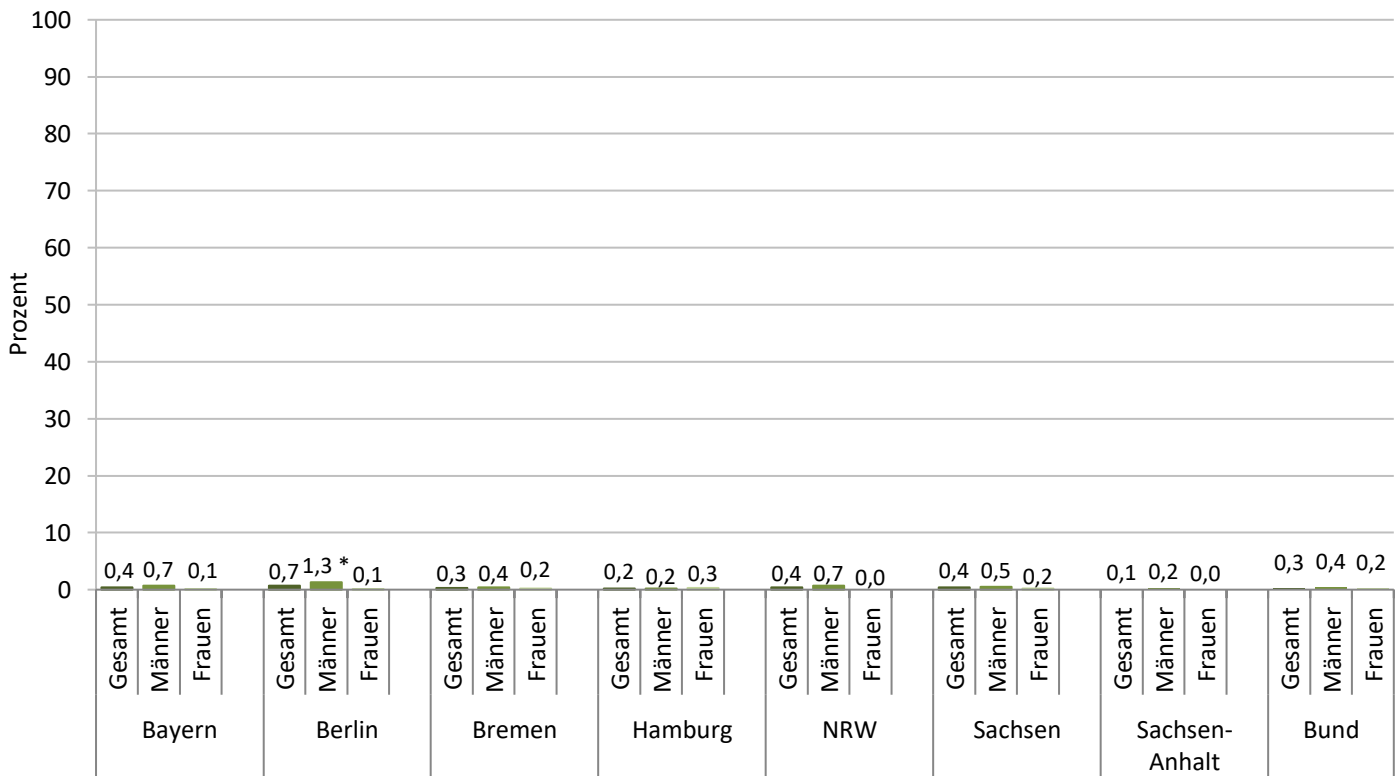


Abbildung 5-8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen nach Geschlecht und Bundesland  
Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Aufteilung der Konsumprävalenzen nach Altersgruppen zeigte keine signifikanten Unterschiede zu den bundesweiten Daten (Tabelle 5-8). Bundesweit wiesen die jüngeren Altersgruppen eine höhere Prävalenz auf als die älteren.

Tabelle 5-8: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	1,6	0,2	0,3	0,3	0,0	0,5	-
18-24	0,0	0,8	1,4	0,8	0,3	1,3	0,4	0,3
25-39	0,8	0,7	0,1	0,4	0,8	0,5	0,3	0,4
40-59	0,3	0,9	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,4
60-64	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.9 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen

Bundesweit betrug die Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen 0,5 %, wobei mehr Männer als Frauen diese konsumierten (0,7 % vs. 0,4 %; Abbildung 5-9). Das Bundesland Berlin zeigte signifikant erhöhten Konsum von 1,4 % (Gesamt) und von 1,8 % (Männer).

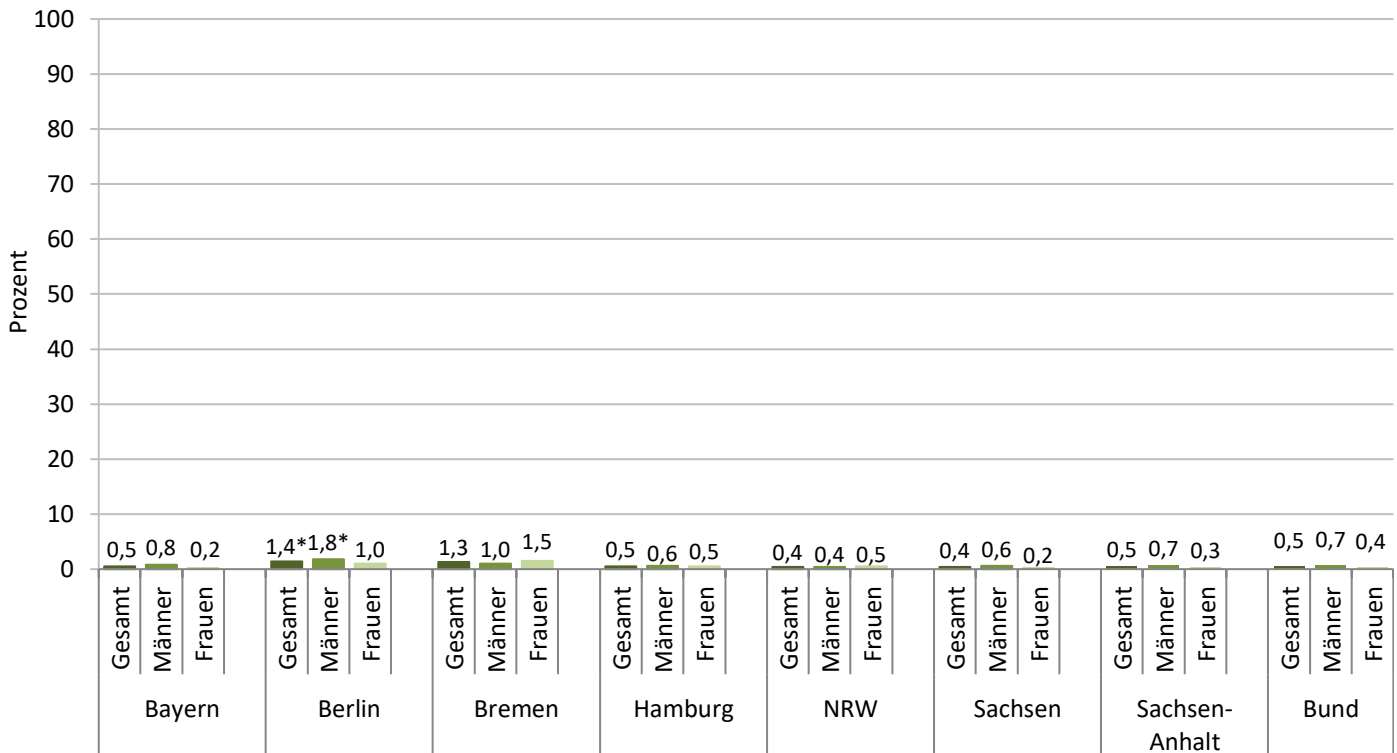


Abbildung 5-9: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Pilzen nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Konsumprävalenz in den Bundesländern und im Bund war bei den jüngeren Befragten höher als bei den Älteren (Tabelle 5-9). Vermehrt konsumierten die Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen psychoaktive Pilze. In Berlin zeigte sich bei 25- bis 39-Jährigen ein signifikanter Unterschied gegenüber dem Bund (3,3 % vs. 0,6 %).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,6	0,0	1,2	0,3	-
18-24	1,9	0,7	2,3	0,8	2,2	3,1	1,8	1,9
25-39	0,5	3,3*	1,0	0,9	0,1	0,3	0,8	0,6
40-59	0,3	0,2	1,5	0,2	0,2	0,0	0,3	0,3
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.10 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS

Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS lag im Bund bei 1,3 % (Abbildung 5-10). In den einzelnen Bundesländern zeigten sich gegenüber dem Bund keine signifikanten Unterschiede. Die Konsumprävalenz in Berlin wies den höchsten Wert auf (2,4 %).

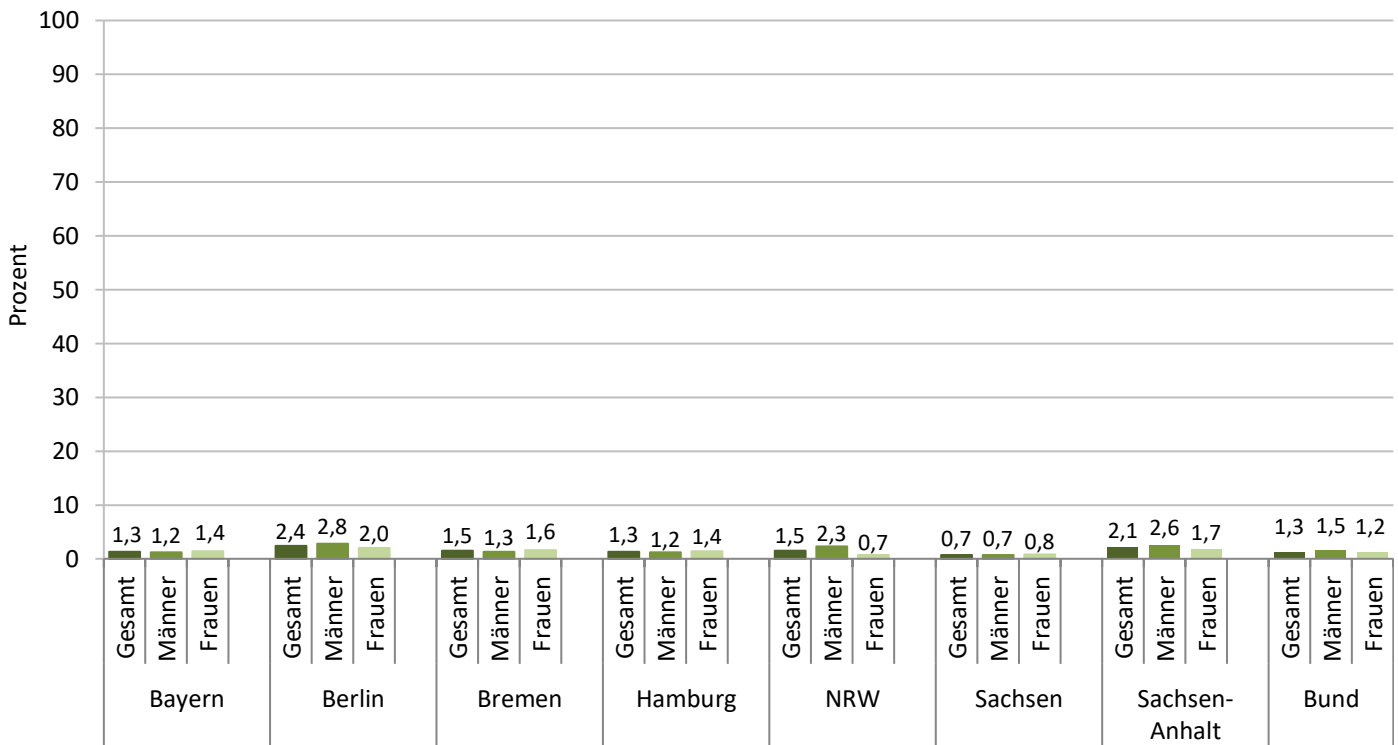


Abbildung 5-10: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von NPS nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In den Altersgruppen ergaben sich im Vergleich keine statistisch signifikanten Abweichungen (Tabelle 5-10). In Sachsen-Anhalt zeigte sich bei den 18- bis 24-Jährigen eine erhöhte Prävalenz (6,7 %) im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (3,4 %).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	1,4	1,4	0,5	1,3	1,5	3,1	-
18-24	1,8	3,5	4,8	2,5	4,9	3,4	6,7	3,4
25-39	1,0	2,7	1,9	2,3	0,4	1,1	2,5	1,2
40-59	1,0	2,4	0,6	0,4	1,5	0,1	1,4	0,9
60-64	2,9	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6	1,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.11 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS

Den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS) zufolge bestanden bei 2,5 % der bundesweiten Stichprobe Hinweise auf problematischen Cannabiskonsum (Männer: 3,4 %, Frauen: 1,6 %; Abbildung 5-11). In Berlin zeigte die Gesamtprävalenz (4,7 %) und die Prävalenz der Männer (7,5 %) sowie der Frauen in Bremen (4,7 %) eine erhöhte Signifikanz. In Sachsen-Anhalt ist für Frauen eine signifikant niedrigere Prävalenz zu beobachten (0,5 %).

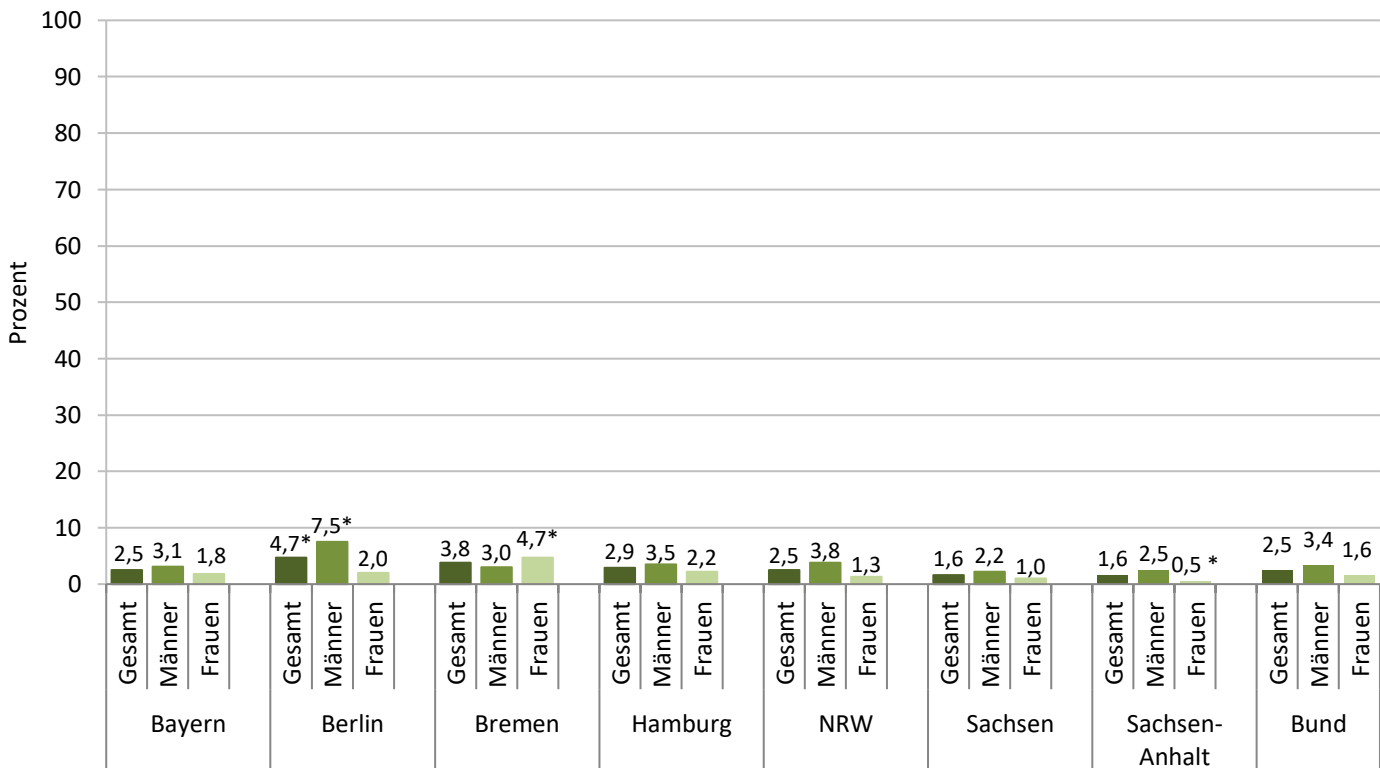


Abbildung 5-11: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Ein problematischer Konsum nach SDS zeigte sich in den meisten Ländern vor allem bei 15- bis 17-Jährigen, 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 5-11). Ein signifikanter Unterschied zum Bund zeigte sich bei den 40- bis 59-Jährigen in Berlin (4,9 %).

Tabelle 5-11: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	4,0	3,1	3,0	2,2	2,9	4,9	-
18-24	7,2	3,9	10,7	6,4	6,0	8,7	7,6	7,5
25-39	3,7	5,7	4,2	4,4	4,2	2,2	2,4	3,8
40-59	0,8	4,9*	2,3	1,3	0,9	0,1	0,3	0,8
60-64	0,3	0,7	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.12 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Kokain nach SDS

In der untersuchten Bundesstichprobe wiesen 0,4 % der Personen einen problematischen Kokainkonsum nach SDS auf (Abbildung 5-12). In Berlin zeigte sich eine signifikant erhöhte und in Sachsen eine signifikant niedrigere Gesamtprävalenz (1,0 % bzw. 0,0 %). In Berlin wies auch die Prävalenz der Frauen ein signifikant höheres Niveau auf (1,0 %).

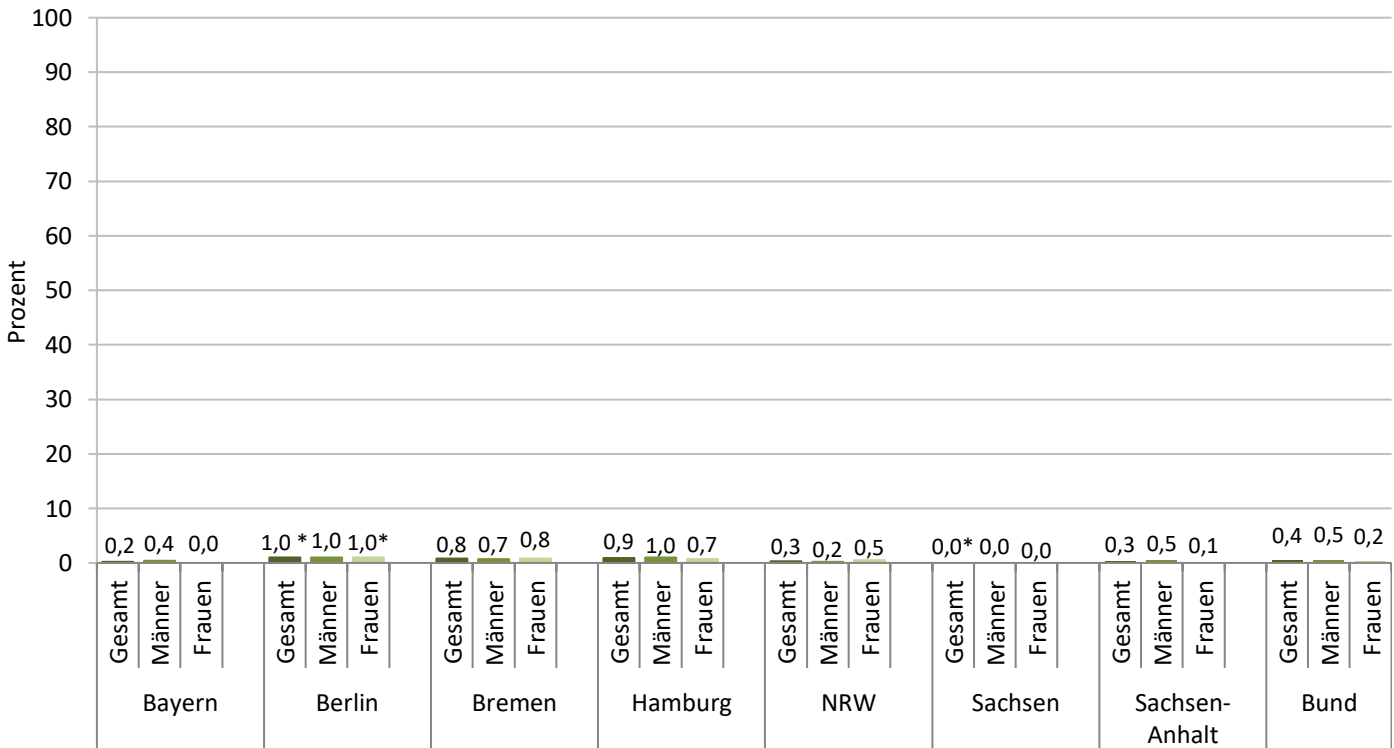


Abbildung 5-12: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Kokain nach SDS nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersverteilung des problematischen Kokainkonsums zeigt eine Abnahme der Prävalenz mit steigendem Alter (Tabelle 5-12). Die höchsten Prävalenzen stellten die Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 39-Jährigen dar. Eine signifikant erhöhte Prävalenz zeigte sich in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen in Berlin (1,9 %).

Tabelle 5-12: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Kokain nach SDS nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	-
18-24	0,0	1,6	2,5	1,9	2,2	0,1	0,7	1,1
25-39	0,7	1,9*	1,3	1,0	0,1	0,0	0,8	0,5
40-59	0,0	0,2	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.13 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen/ Methamphetaminen nach SDS

Auf Basis der SDS wiesen 0,4 % der bundesweiten Stichprobe Hinweise auf einen problematischen Konsum von Amphetaminen oder Methamphetamin auf (Abbildung 5-13). Für keines der Bundesländer ergaben sich signifikante Abweichungen zum Bund. Dies galt auch für die geschlechtsstratifizierte Betrachtung.

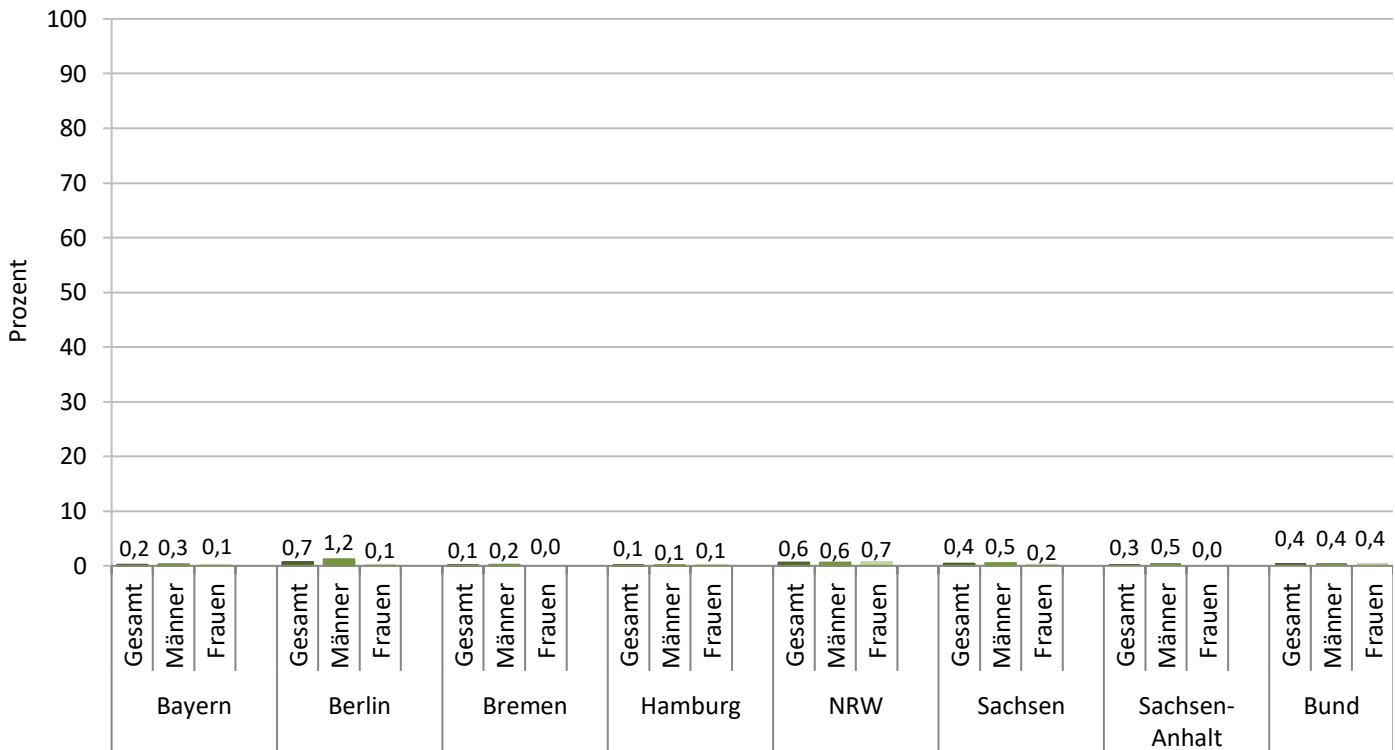


Abbildung 5-13: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen/Methamphetaminen nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersverteilung des problematischen Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin zeigte die höchste Prävalenz in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen (1,0 % der Gesamtstichprobe; Tabelle 5-13). Die Werte der einzelnen Bundesländer unterschieden sich nicht von der Bundeserhebung.

Tabelle 5-13: 12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums von Amphetaminen/  
Methamphetaminen nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	-
18-24	0,4	0,0	0,2	0,0	2,2	0,0	0,7	0,8
25-39	0,5	1,3	0,2	0,3	1,2	1,3	0,8	1,0
40-59	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



### 5.1.14 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland und Alter und Bundesland

Die Konsumprävalenz von Methamphetamin lag in Deutschland bei 0,2 % und zeigte keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abbildung 5-14). Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt ergaben sich für keines der sieben beteiligten Bundesländer.

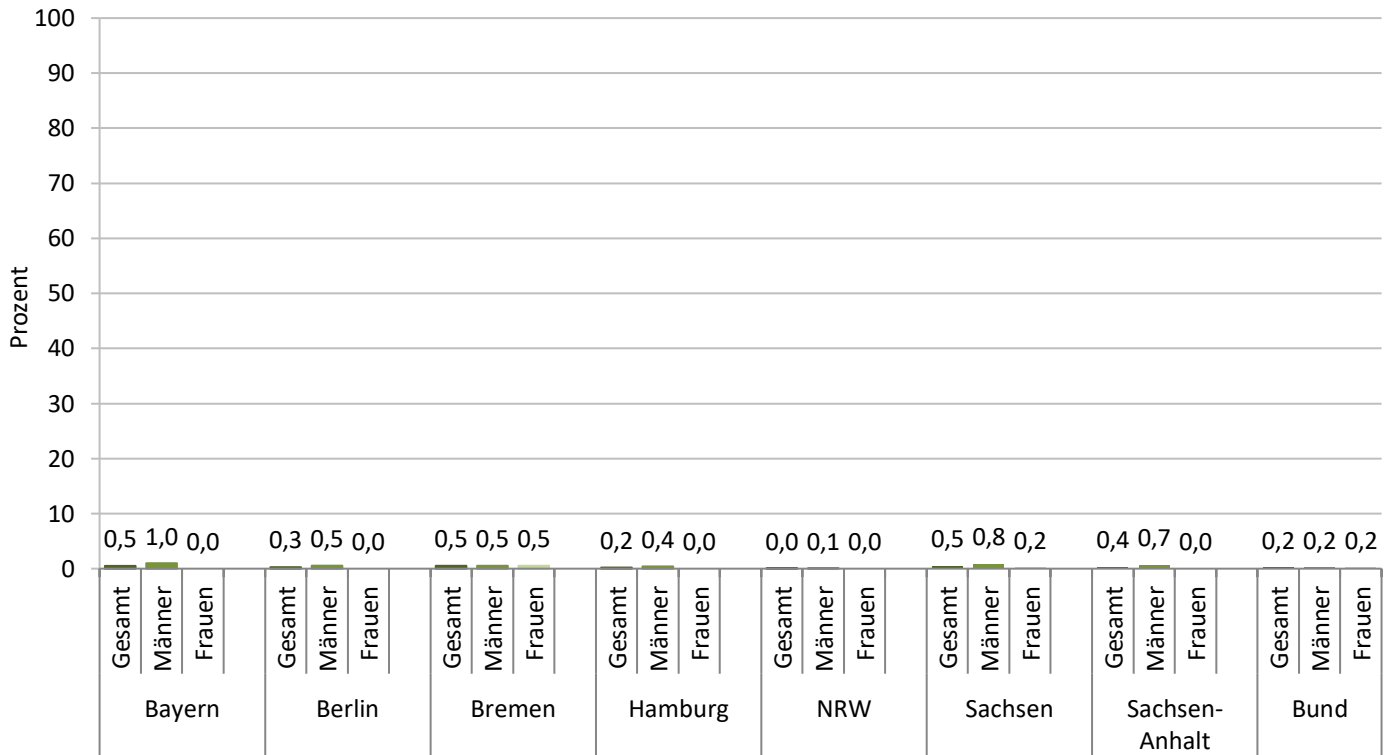


Abbildung 5-14: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In den Altersgruppen ergaben sich im Vergleich zum Bund keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tabelle 5-14). In Hamburg zeigte sich bei den 18- bis 24-Jährigen eine erhöhte Prävalenz (1,3 %) im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (0,3 %).

Tabelle 5-14: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	-
18-24	0,3	0,3	0,2	1,3	0,3	0,6	0,8	0,3
25-39	0,6	0,4	0,4	0,1	0,0	1,2	1,0	0,4
40-59	0,6	0,2	0,9	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
60-64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.1.15 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen)

Den Konsum von Aufputschmitteln (Amphetaminen) in den letzten 12 Monaten gaben bundesweit 1,4 % der Befragten an (Abbildung 5-15). In Berlin lag die Gesamtprävalenz mit 3,2 % und bei Männern mit 4,6 % signifikant höher als im Bundesdurchschnitt.

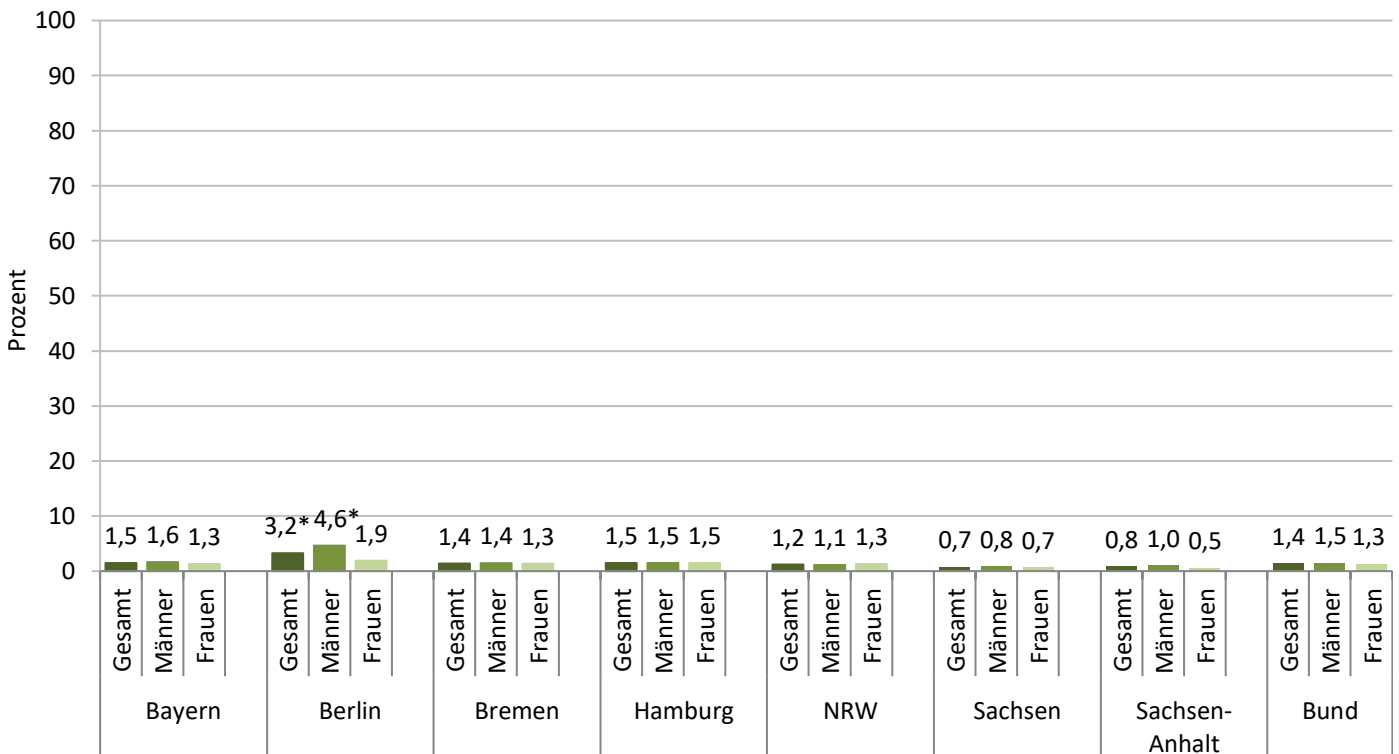


Abbildung 5-15: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln lag höher in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 5-15). In Berlin zeigte sich bei den 25- bis 39-Jährigen ein signifikanter Unterschied gegenüber dem Bund (6,8 % vs. 2,1 %).

Tabelle 5-15: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,6	0,3	0,8	0,2	-
18-24	2,6	2,5	3,0	2,9	3,2	3,8	3,0	3,5
25-39	2,2	6,8*	2,2	2,3	1,8	1,1	1,5	2,1
40-59	0,9	0,9	0,6	0,6	0,5	0,0	0,2	0,7
60-64	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 5.2 Trends 1990 bis 2021

### 5.2.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 1995-2021 (Prozent)

Eine signifikante Zunahme der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums im Vergleich zu mindestens einem früheren Erhebungsjahr zeigt sich in allen untersuchten Bundesländern außer Bremen. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge. Im Vergleich zu der letzten Erhebung des problematischen Konsums von Cannabis im Jahre 2015, zeigte sich eine signifikante Zunahme dieser Prävalenz in Berlin, Hamburg, Nordrheinwestfalen und Bayern (Tabelle 5-16).

Tabelle 5-16: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 1995-2021 (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
Irgendeine illegale Droge	4,6*	4,5*	4,7*	5,8*	5,0*	4,3*	4,4*	7,6	7,1*	10,8
Cannabis	4,2*	4,3*	4,5*	5,5*	4,8*	3,9*	4,1*	7,2*	6,7*	10,5
Amphetamine	0,7	0,5*	0,3*	0,4*	0,4*	0,4*	0,4	1,4	0,8	1,5
Ecstasy	0,5	0,9	0,2*	0,6	0,2*	0,2*	0,2*	1,0	0,7	1,3
LSD	0,0	0,2	0,0	0,1*	0,1*	0,1*	0,1*	0,2*	0,3*	0,9
Heroin und andere Opiate	0,5	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
Kokain/Crack	0,5*	0,8	0,4*	0,7*	0,3*	0,4*	0,4*	0,7	1,1	1,7
Pilze	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,4	0,1*	0,6
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	1,2*	0,9*	-	1,3*	-	2,6
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,2	-	0,1	-	0,2
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,0	-	0,1	-	0,2
<b>NRW</b>										
Irgendeine illegale Droge	5,7*	3,7*	6,9*	8,7	5,5*	5,5*	5,8*	7,6	8,3	10,5
Cannabis	5,2*	3,7*	6,8*	8,1*	5,2*	5,0*	5,6*	6,8	7,9	10,3
Amphetamine	0,5	0,2*	0,5	1,3	0,8	0,7	1,0	1,0	1,0	0,9
Ecstasy	1,2	0,7	0,3*	1,0	0,2*	0,3*	0,4	0,7	0,8	0,9
LSD	0,8	0,4	0,1*	0,4	0,1*	0,1*	0,2	0,2	0,2	0,6
Heroin und andere Opiate	0,7	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,2
Kokain/Crack	0,9	0,7	0,7	1,3	0,6	0,7	0,6	0,4	0,8	1,1
Pilze	0,0	0,0	0,3	0,5	0,2	0,1*	0,3	0,3	0,3	0,3
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	1,5*	1,4*	-	1,2*	-	3,1
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,3	-	0,2	-	0,2
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,1	-	0,4	-	0,4

<sup>1</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 2$ ; <sup>2</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 3$ ; <sup>3</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 4$   
Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ( $n < 30$ ) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021.

Tabelle 5-16 (Fortsetzung 1 von 2): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 1995-2021 (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Sachsen</b>										
Irgendeine illegale Droge	1,4*	2,1*	4,7*	4,8*	4,3*	4,7*	4,8	6,6	8,1	7,9
Cannabis	1,4*	2,1*	4,2*	4,7*	4,0*	4,3*	4,4	6,1	7,8	7,5
Amphetamine	0,4	0,0	0,7	0,7	0,1	0,9	0,8	0,6	0,9	0,8
Ecstasy	0,2	0,1*	0,7	0,9	0,1	0,6	0,1	0,4	0,8	0,8
LSD	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1*	0,2	0,5
Heroin und andere Opiate	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,7	0,3
Kokain/Crack	0,2	0,4	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3	0,3	0,8	0,5
Pilze	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,2	0,4	0,5
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	0,5*	1,5	-	1,2	-	1,9
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,1*	-	0,0	-	0,0
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,3	-	0,3	-	0,3
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
Irgendeine illegale Droge	2,7*	0,1*	3,5*	3,6*	4,0*	3,7*	6,0	4,4*	10,9	9,0
Cannabis	2,7*	0,1*	3,5*	3,4*	3,6*	3,2	5,6	4,2*	10,3	8,6
Amphetamine	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4	0,0	2,1	0,7	0,6	0,9
Ecstasy	0,9	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,1	0,2	0,6	0,5
LSD	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,7
Heroin und andere Opiate	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,3
Kokain/Crack	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,6	0,4	0,6	0,6
Pilze	0,0	0,0	1,1	0,5	0,7	0,0	0,9	0,0	0,0	0,6
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	1,2	1,8	-	1,0	-	2,1
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,0	-	0,4	-	0,3
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,0	-	0,7	-	0,3

<sup>1</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 2$

<sup>2</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 3$

<sup>3</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 4$

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30) -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0,05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021.

Tabelle 5-16 (Fortsetzung 2 von 2): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 1995-2021 (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
Irgendeine illegale Droge	5,1*	9,7*	10,9*	14,6*	11,4*	11,6*	14,4*	8,1*	20,9	22,2
Cannabis	3,7*	6,4*	10,5*	14,1*	10,5*	11,4*	13,2*	7,7*	19,2	19,3
Amphetamine	0,7*	0,2*	1,2*	1,7	1,4*	1,7	2,0*	2,1	4,8	3,9
Ecstasy	2,2*	4,1	2,5*	1,8*	1,6*	1,6	1,7*	0,6*	5,3	4,8
LSD	0,7*	0,4*	0,5*	0,9	0,4*	1,2	0,7	0,3	1,5	2,0
Heroin und andere Opiate	0,1	0,0	0,0	1,0	1,1	0,2	0,7	0,2	1,2	0,7
Kokain/Crack	0,5*	0,0	2,3*	1,8*	1,8*	3,3	3,1*	1,6*	5,2	6,2
Pilze	0,0	0,0	0,3*	1,8	1,0	2,0	0,6*	0,3*	1,9	1,8
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	3,4	1,5*	-	1,3*	-	4,7
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,6	-	0,5	-	1,3
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,2	-	0,3	-	0,7
<b>Bremen</b>										
Irgendeine illegale Droge	13,9	10,1	9,7	16,3	9,3	10,2	7,5	12,0	14,2	13,9
Cannabis	13,9	10,1	9,7	16,3	8,3	9,1	7,5	10,0	14,2	12,9
Amphetamine	0,0	2,6	0,0	1,3	3,7*	1,7	0,0	4,6*	0,0	1,4
Ecstasy	1,7	0,0	0,0	2,6	3,7	0,0	0,0	0,0	1,3	1,6
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Heroin und andere Opiate	0,6	2,6	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,1	0,0	1,0
Kokain/Crack	0,0	2,6	1,4	2,2	3,5	1,7	1,4	2,1	3,8	2,8
Pilze	0,0	0,0	0,0	2,6	2,5	0,0	0,0	0,0	1,3	1,1
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	1,6	0,0	-	6,8	-	3,5
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,9	-	0,0	-	0,7
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,9	-	0,0	-	0,1
<b>Hamburg</b>										
Irgendeine illegale Droge	8,6*	8,7*	9,8	13,6	11,6	9,9*	8,0	13,5	13,7	13,7
Cannabis	8,6	5,8*	9,8	12,5	11,2	9,3*	7,6	12,3	11,8	12,3
Amphetamine	1,2	1,1	0,8	1,0	0,0	0,9	0,4	2,0	1,4	1,9
Ecstasy	1,4	3,5*	0,8	0,5*	1,4	0,6*	0,0	2,0	1,1	1,9
LSD	0,0	1,3	0,0	0,2*	0,0	0,1*	0,0	0,3	0,3	1,0
Heroin und andere Opiate	0,0	1,7*	1,2	0,6	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0	0,3
Kokain/Crack	1,1	1,7	1,2	2,8	2,7	1,9	0,0	2,2	0,6	2,9
Pilze	0,0	0,0	0,8	0,3	1,2	0,8	0,0	0,3	0,3	0,7
Problematischer Konsum von Cannabis <sup>1</sup>	-	-	-	-	1,8	3,2	-	2,0*	-	3,5
Problematischer Konsum von Kokain <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	0,6	-	0,6	-	1,0
Problematischer Konsum von Amphetamin/Methamphetamin <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	0,0	-	0,1	-	0,1

<sup>1</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 2$ ; <sup>2</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 3$ ; <sup>3</sup>SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert  $\geq 4$   
 Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30) -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021.

## 5.2.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis

In den meisten Bundesländern verlief die Prävalenz des Cannabiskonsums mit starken Schwankungen mit einem Anstieg zwischen den 1990er Jahren und dem Jahr 2021 (Abbildung 5-16). In Sachsen, bei Männern in Sachsen-Anhalt und Frauen in Berlin und Hamburg ist eine Abnahme der Prävalenz im Vergleich mit dem Jahr 2018 zu beobachten.

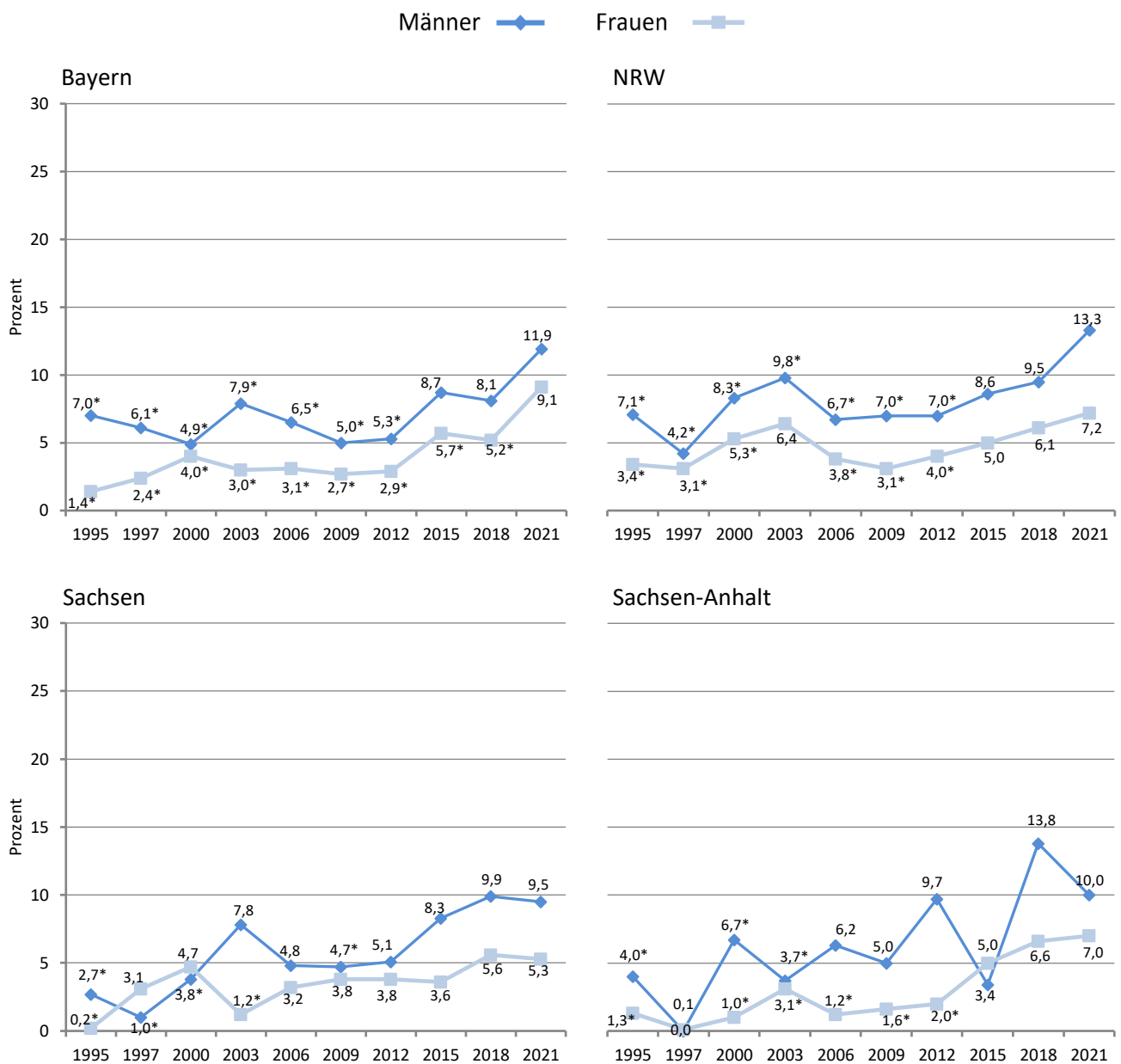


Abbildung 5-16: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

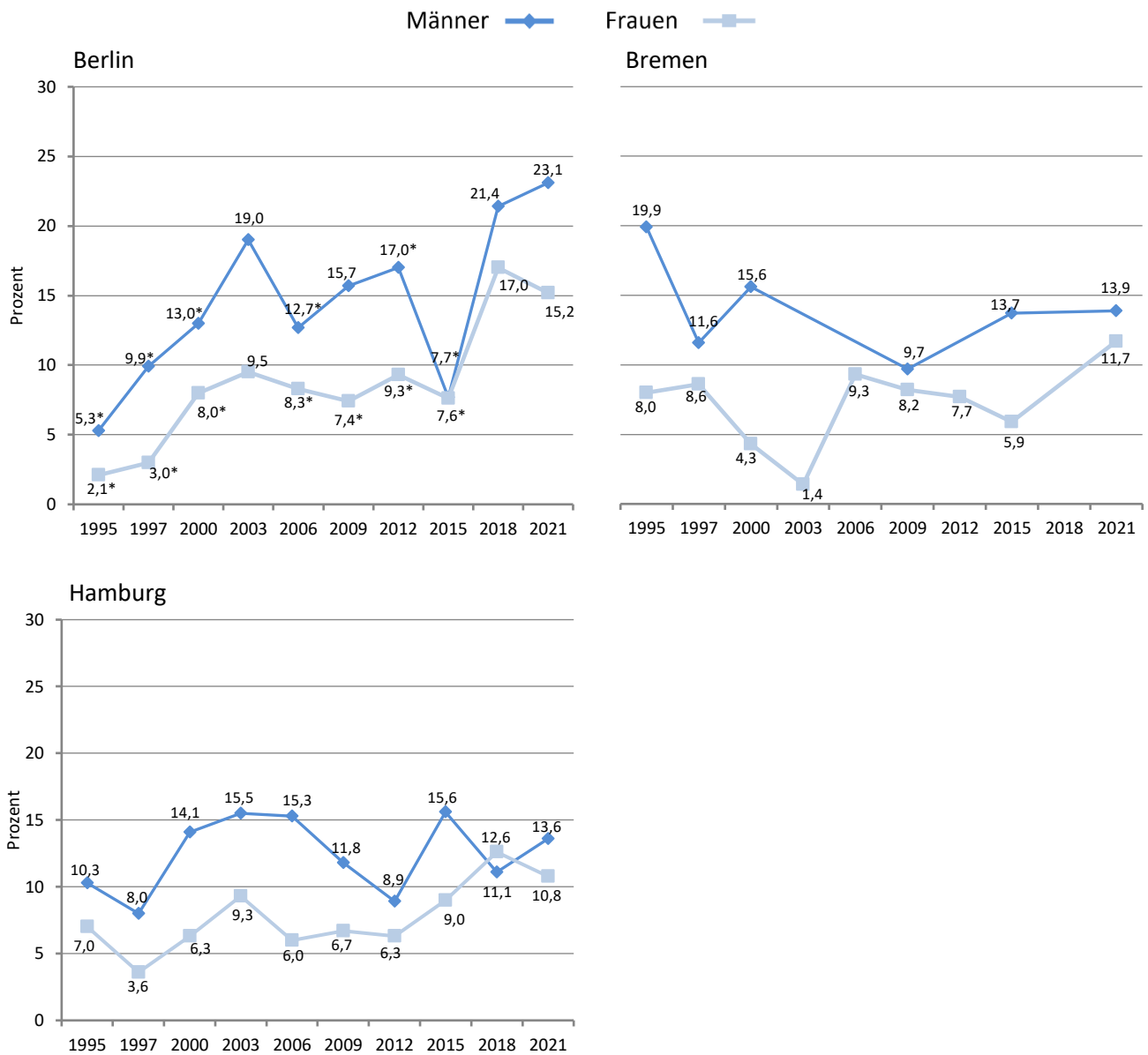


Abbildung 5-16 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In allen untersuchten Bundesländern mit Ausnahme von Bremen war seit den 1990er Jahren eine signifikante Zunahme des Cannabiskonsums bei den 18- bis 24-Jährigen und den 25- bis 39-Jährigen zu beobachten (Tabelle 5-17).

Tabelle 5-17: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	8,7*	13,6*	15,9*	16,6*	22,1	18,7*	11,4*	12,0*	21,3	20,1*	27,4
25-39	1,7*	5,6*	4,3*	4,7*	4,5*	5,3*	5,3*	5,9*	9,9	7,6	12,8
40-59	-	0,2*	0,3*	0,5*	2,4*	1,2*	1,0*	1,0*	1,8*	2,5	4,5
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,6	0,6	0,6	2,9
<b>NRW</b>											
18-24	8,7*	17,4	9,5*	27,9	23,0	19,1	15,1*	13,5*	20,3	23,7	22,5
25-39	2,8*	6,4*	5,0*	6,8*	10,3	6,9*	5,8*	8,9	6,3*	9,4	12,3
40-59	-	0,6*	0,7*	0,9*	2,6*	1,0*	1,8*	1,7*	3,6	2,5	5,5
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,9
<b>Sachsen</b>											
18-24	2,6*	5,2	6,1*	15,9	14,1	11,5*	12,2*	19,2	20,5	22,1	21,6
25-39	0,0	2,0*	3,0	5,0*	5,9	5,0	6,6	6,3	8,6	11,5	10,3
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,7	1,0	0,8	0,0	1,5	2,6	2,4
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,6	0,0	0,0	0,7	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	2,1*	~	0,0	12,0	12,0*	20,7	12,7	14,0*	8,9*	37,8	28,5
25-39	0,0	1,0*	0,2*	5,4	5,1*	4,9	3,8	9,0	8,4	14,5	11,0
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,9	2,7	3,1
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



Tabelle 5-17 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	10,8*	8,3*	22,5	25,8	38,0	26,1	25,3	27,1	23,7	30,1	27,4
25-39	6,3*	7,4*	6,4*	15,9*	24,8	14,1*	15,5	20,5	10,9*	25,3	24,4
40-59	-	0,2*	1,4*	1,3*	2,0*	3,3*	6,0	4,2*	3,1*	11,1	12,5
60-64	-	-	-	-	-	0,0	~	0,0	0,0	2,2	1,9
<b>Bremen</b>											
18-24	14,8	~	~	~	~	~	~	~	~	~	27,5
25-39	1,1*	22,7	17,6	17,0	~	~	~	~	~	~	15,7
40-59	-	4,6	~	0,0	~	~	~	0,0	10,1	~	6,0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,9
<b>Hamburg</b>											
18-24	15,4*	33,9	22,0	~	30,9	28,3	24,8	21,4	25,6	26,3	25,3
25-39	4,3*	9,3*	5,8*	10,1	17,7	15,2	11,4*	11,1	18,0	11,9	16,6
40-59	-	0,0	1,8	3,3	3,0	6,3	4,1	3,2	3,9	6,4	4,9
60-64	-	-	-	-	-	~	0,0	~	3,0	~	0,9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

Mit Ausnahme der Stadtstaaten zeigt die Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln in den Bundesländern im gesamten Zeitraum einen relativ stabilen Verlauf (Abbildung 5-17). Insbesondere in Berlin zeigen sich signifikante Änderungen zu den 1990er und frühen 2000er Jahren.

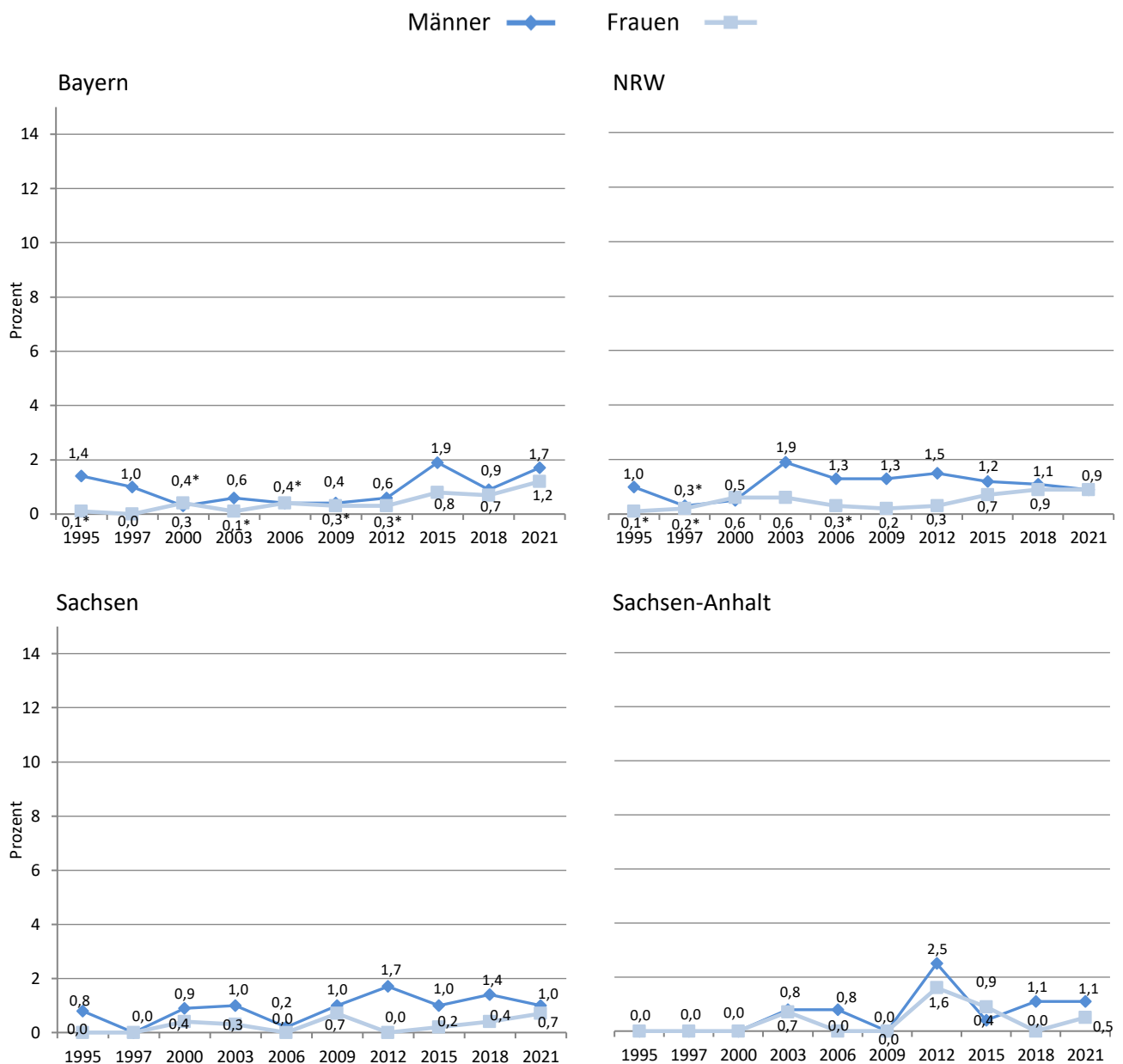


Abbildung 5-17: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

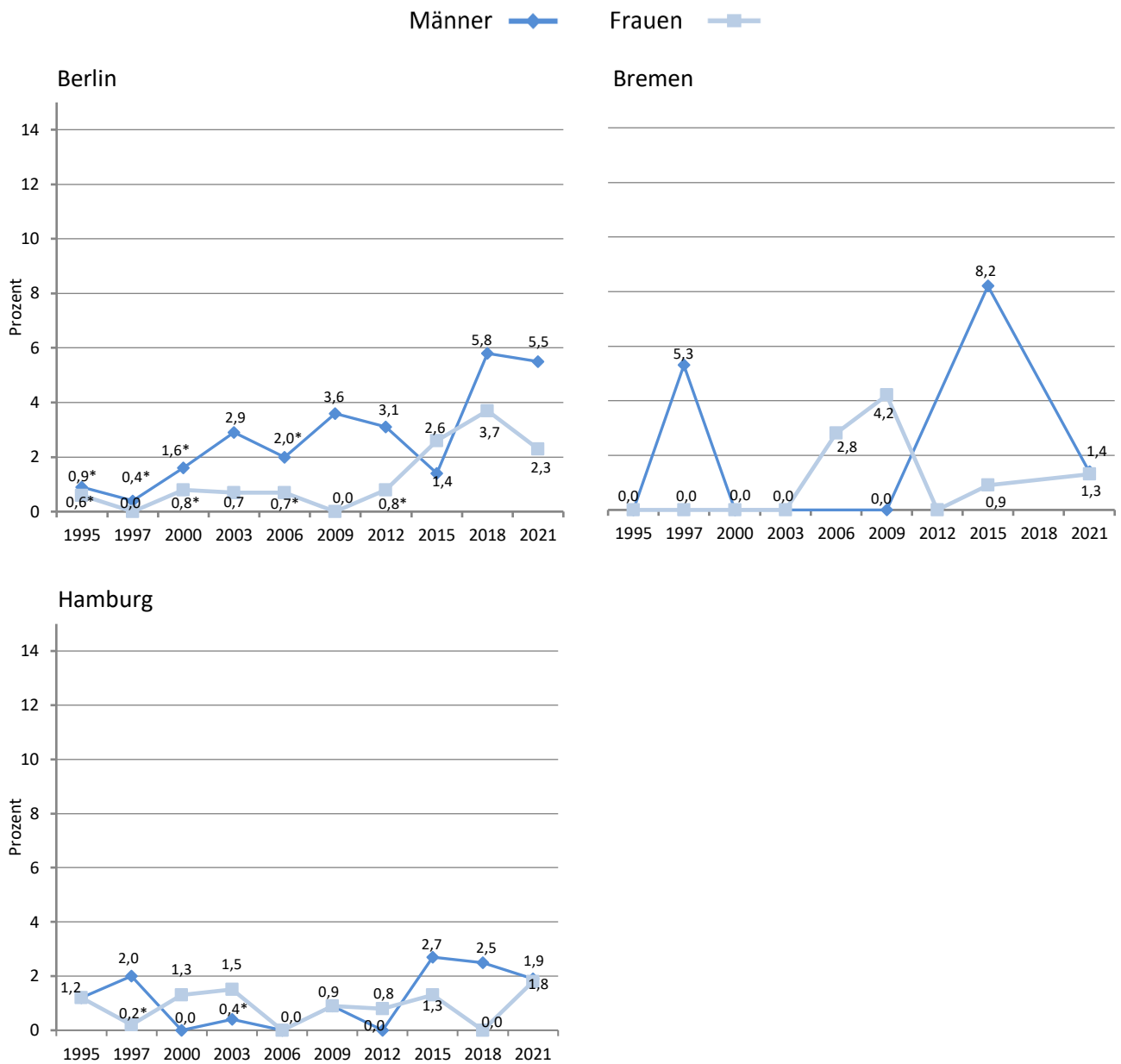


Abbildung 5-17 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Hinsichtlich der altersstratifizierten Trendverläufe waren in den meisten Bundesländern steigende Konsumwerte zu beobachten (Tabelle 5-18). Besondere Signifikanzen zeigten sich in den Jahren 1990, 1995, 1997, 2000, 2006 und 2012 in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen, 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Berlin.

Tabelle 5-18: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputzmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	0,7*	4,0	1,7	1,7	1,0	2,7	2,6	0,9	4,6	1,3	2,9
25-39	0,3*	0,2*	0,6	0,2	0,6	0,2*	0,0	1,0	1,8	2,0	1,8
40-59	-	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,9
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
<b>NRW</b>											
18-24	0,9*	2,8	0,3*	2,5	3,9	2,8	3,1	1,7	2,1	1,8	2,2
25-39	0,6*	0,4	0,5*	0,4	1,9	1,1	0,9	1,0	1,7	1,8	1,4
40-59	-	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,8	0,2	0,2	0,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	0,0	0,0	0,0	1,7	0,9	0,8	1,4	0,7	1,7	0,5	4,0
25-39	0,0	1,1	0,0	0,5	1,4	0,0	2,1	1,2	1,1	1,8	1,0
40-59	-	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	0,0	~	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	6,7*	2,0	0,0	3,1
25-39	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,2	0,0	4,0	1,4	1,9	1,3
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-18 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	1,2	3,8	0,0	2,7	8,2	2,9	3,7	2,7	5,1	6,9	2,7
25-39	0,6*	0,8*	0,6*	2,0*	2,3	2,2*	1,6	3,8	3,4	7,7	7,2
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,3	0,4	0,8	1,7	1,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	~	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Bremen</b>											
18-24	~	0,0	~	~	~	~	~	~	~	~	2,9
25-39	0,0	0,0	6,6	0,0	~	~	~	~	~	~	1,8
40-59	-	0,0	~	0,0	~	~	~	0,0	7,7	~	0,5
60-64	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	0,9*	0,0	5,0	~	2,5	0,0	2,2	0,0	3,6	0,0	3,1
25-39	0,0	3,1	1,2	0,0	1,1	0,0	1,4	1,3	3,3	0,0	2,6
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,5	2,9	0,8
60-64	-	-	-	-	-	~	0,0	~	0,0	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-19: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin (Prozent)

	Erhebungsjahr									
	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,4
<b>NRW</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,0
<b>Sachsen</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	0,5
<b>Sachsen-Anhalt</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,0	0,3
<b>Berlin</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	0,3
<b>Bremen</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,7
<b>Hamburg</b>	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,0	0,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

## 5.2.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy

Mit Ausnahme der Stadtstaaten verlief die Prävalenz des Ecstasykonsums in den Bundesländern im gesamten Zeitraum unter dem Niveau von 2,0 % (Abbildung 5-18). In allen Bundesländern außer Sachsen-Anhalt, Bremen und Hamburg konnte ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz festgestellt werden.

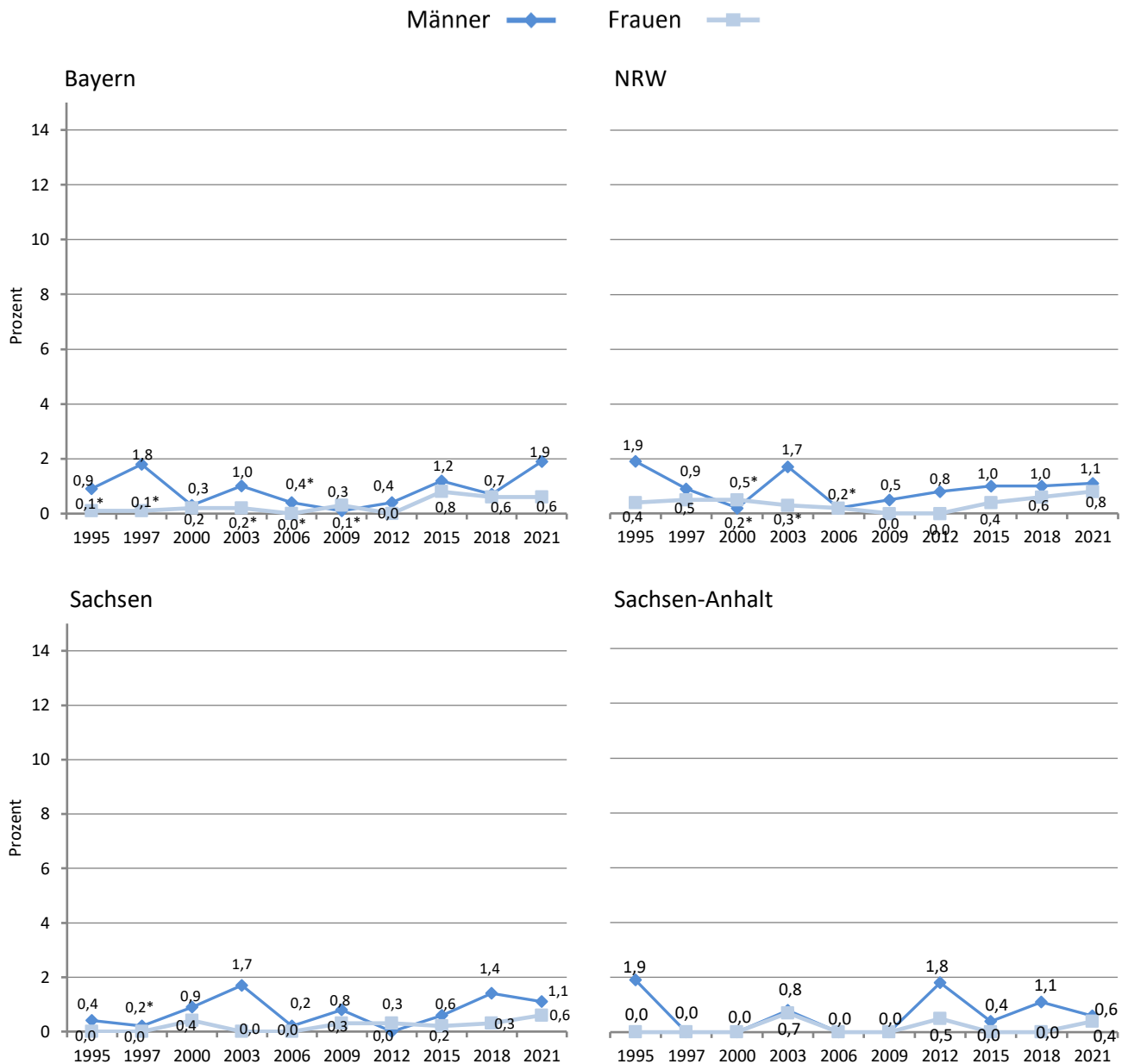


Abbildung 5-18: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

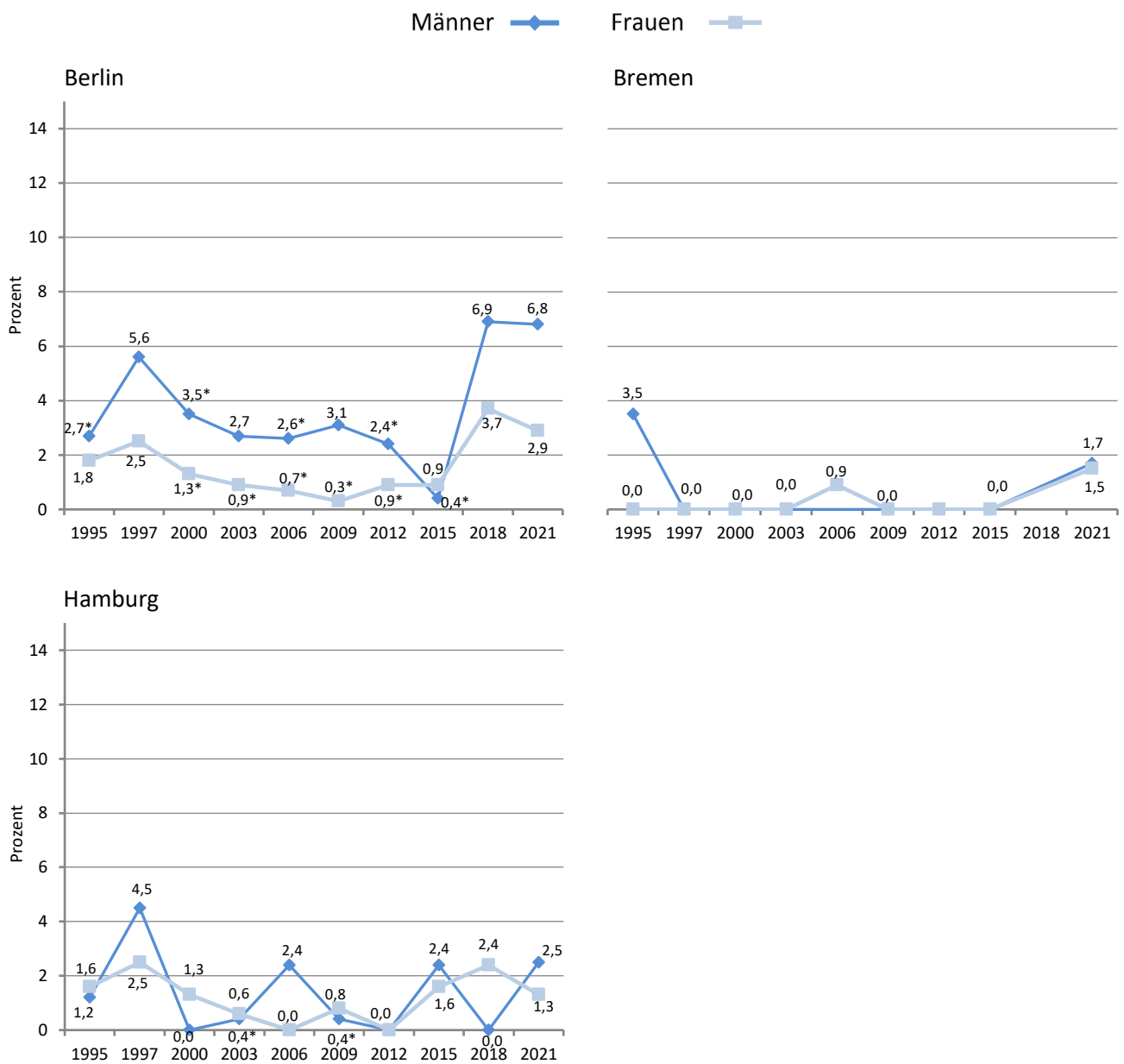


Abbildung 5-18 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



In den einzelnen Altersgruppen verliefen die Trends des Ecstasykonsums unterschiedlich (Tabelle 5-20). Ein signifikanter Anstieg der Prävalenz zeigte sich bei 25- bis 39-Jährigen in Bayern, Nordrhein-Westfalen sowie Berlin und Hamburg.

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

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	0,0	3,4	4,7	1,7	1,8	1,7	1,2	0,6	3,5	1,1	3,3
25-39	0,0	0,1*	0,6	0,0	1,0	0,0	0,1	0,3	1,5	1,5	1,3
40-59	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>NRW</b>											
18-24	0,0	5,4	1,1	2,2	2,4	0,9	1,3	0,7	2,4	2,4	2,2
25-39	0,0	1,0	1,4	0,1*	1,9	0,3*	0,2*	0,4*	0,8	1,4	1,8
40-59	-	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	0,0	0,0	0,2*	3,3	0,0	0,8	1,1	1,1	1,9	0,2*	3,8
25-39	0,0	0,5	0,2	0,5	1,5	0,0	1,2	0,0	0,5	1,6	0,8
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	0,0	~	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	2,8	2,0	0,0	3,0
25-39	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	2,7	0,0	1,9	0,5
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-20 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	0,0	7,9	16,0	6,1	5,9	2,2	2,8	2,0	3,5	7,5	3,2
25-39	0,0	3,7*	4,4	4,0*	3,2	3,2*	1,7	3,0*	0,9*	7,9	8,3
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3*	1,3	0,6*	0,0	2,5	2,1
60-64	-	-	-	-	-	0,0	~	0,0	0,0	0,7	0,7
<b>Bremen</b>											
18-24	0,0	~	~	~	~	~	~	~	~	~	2,7
25-39	0,0	0,0	0,0	0,0	~	~	~	~	~	~	2,5
40-59	-	0,0	~	0,0	~	~	~	0,0	0,0	~	0,5
60-64	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	0,0	5,4	14,0*	~	0,9	0,0	1,5	0,0	2,9	0,0	3,2
25-39	0,0	1,5	4,0	0,0	0,6*	0,0	1,0*	0,0	3,9	0,0	3,4
40-59	-	0,0	0,4	0,0	0,4	2,3*	0,0	0,0	0,2	2,3	0,3
60-64	-	-	-	-	-	~	0,0	~	0,0	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD

Die Trenddaten in allen Bundesländern wiesen auf eine konstant niedrige Konsumprävalenz von LSD in den letzten 12 Monaten hin (Abbildung 5-19). Unterschiede zu den Werten von 2021 waren in Sachsen-Anhalt und Bremen statistisch nicht signifikant, sowohl für die Verläufe männlicher als auch weiblicher Personen.

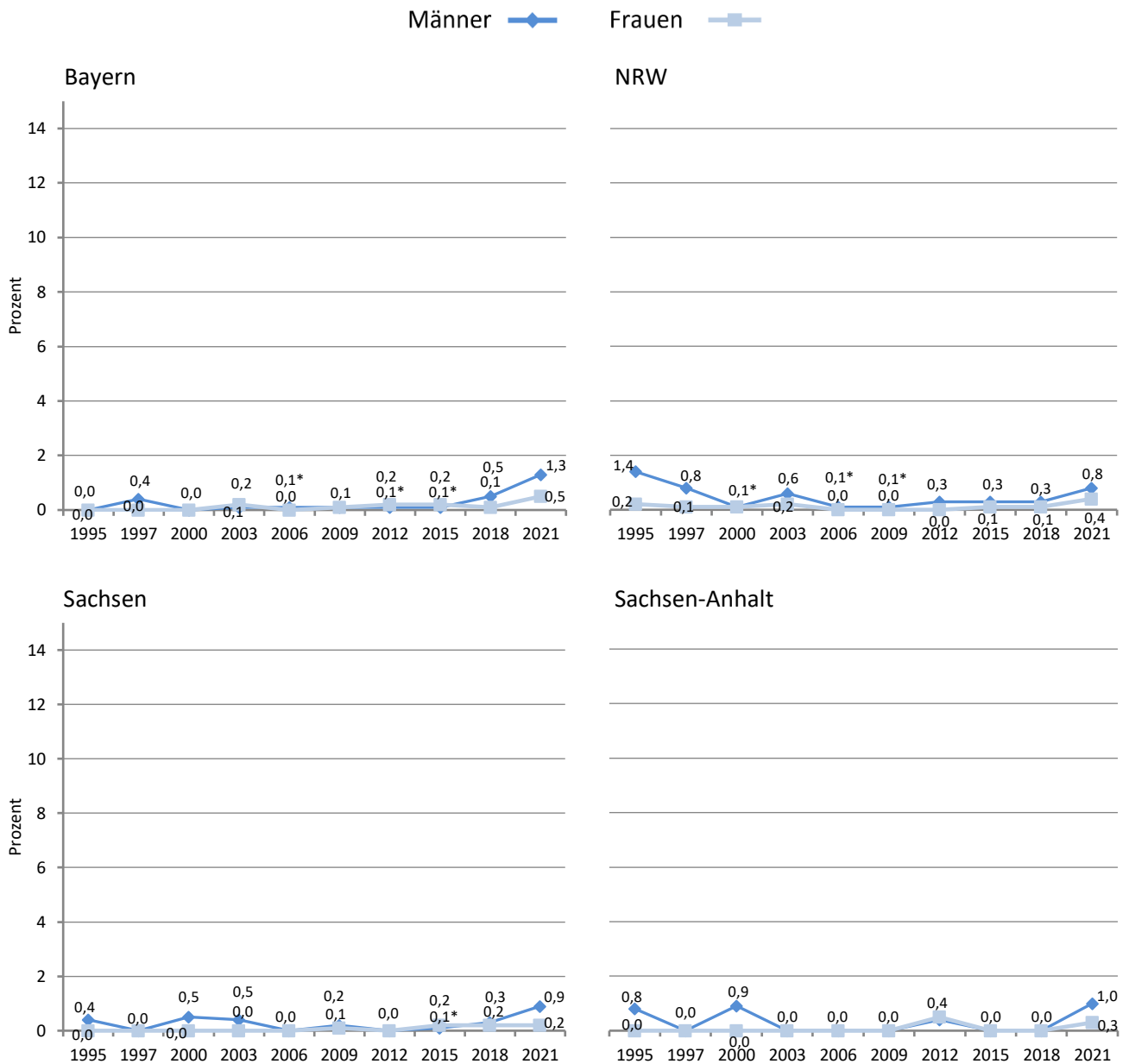


Abbildung 5-19: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

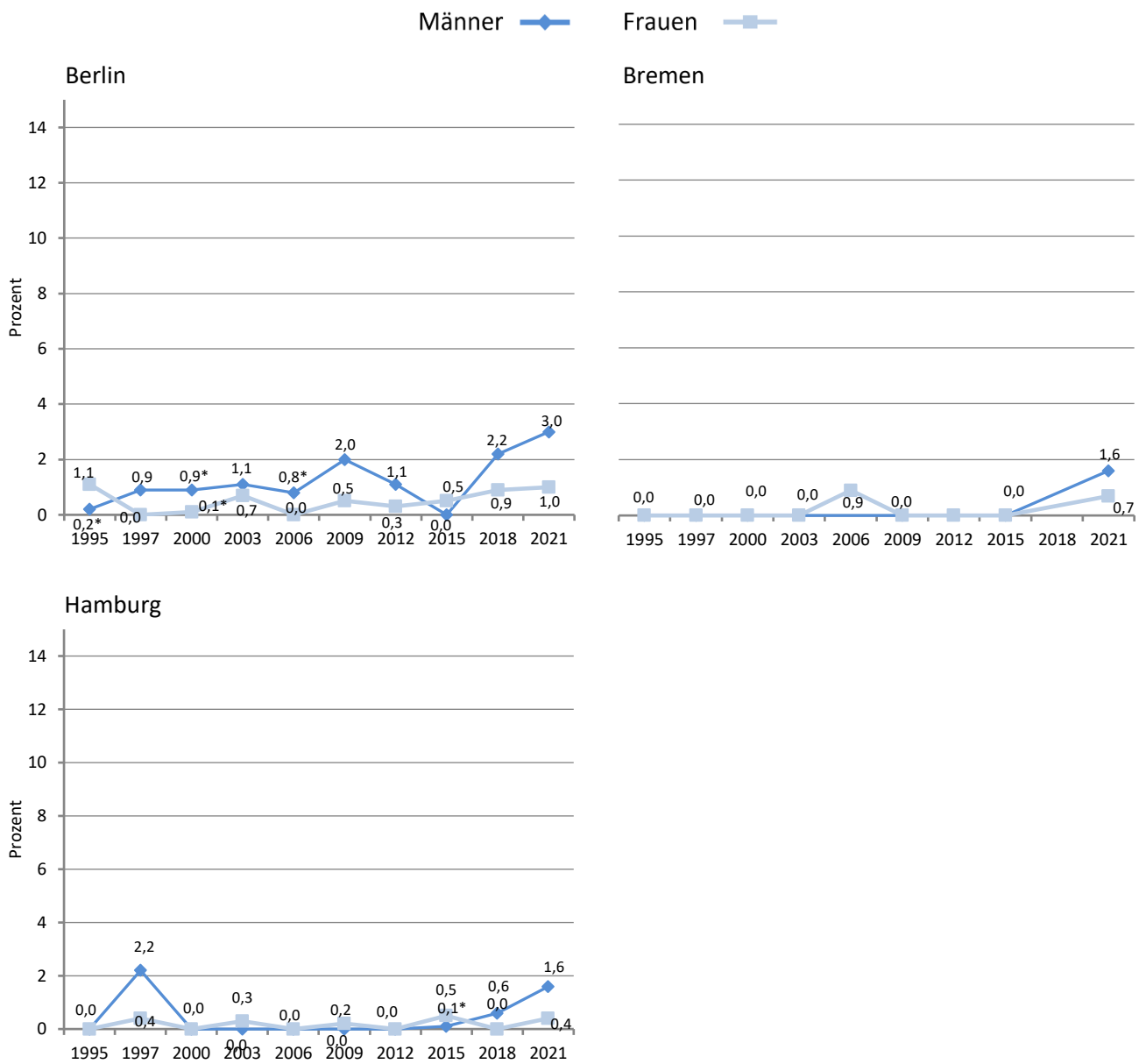


Abbildung 5-19 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In Bayern und Nordrhein-Westfalen zeigten sich für das Jahr 1990 in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen signifikante Unterschiede (Tabelle 5-21).

Tabelle 5-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	0,1*	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,3	0,5	0,6	1,0	2,6
25-39	0,1*	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,1*	0,2	0,3*	0,4	1,5
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>NRW</b>											
18-24	0,3*	3,0	1,5	0,6*	1,8	0,0	0,4*	0,0	0,1*	0,4*	2,3
25-39	0,1*	0,9	0,4	0,0	0,5	0,2	0,0	0,2	0,3	0,4	0,5
40-59	-	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2*	2,5
25-39	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,1	0,6	0,3
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	0,0	~	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	2,3
25-39	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-21 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	0,2	2,6	0,0	2,6	0,0	0,9	1,6	1,1	0,0	1,7	1,0
25-39	0,0	1,0	1,2	0,5*	2,5	0,4*	0,8	1,4	0,9	2,7	3,5
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,3	0,0	0,0	0,5	0,9
60-64	-	-	-	-	-	0,0	~	0,0	0,0	0,7	0,0
<b>Bremen</b>											
18-24	2,2	~	~	~	~	~	~	~	~	~	4,4
25-39	0,0	0,0	0,0	0,0	~	~	~	~	~	~	0,6
40-59	-	0,0	~	0,0	~	~	~	0,0	0,0	~	0,9
60-64	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	0,4	0,0	5,3	~	0,3	0,0	0,2	0,0	1,2	1,9	2,0
25-39	0,0	0,0	1,7	0,0	0,3	0,0	0,2*	0,0	0,2*	0,0	1,8
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	-	~	0,0	~	0,0	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

Prävalenzen für den Konsum von Heroin/anderen Opiaten in den letzten 12 Monaten lagen deutlich unter 1 % außer in Berlin und Bremen (Abbildung 5-20). Die geschlechterspezifischen Trenddaten unterschieden sich häufig nur marginal.

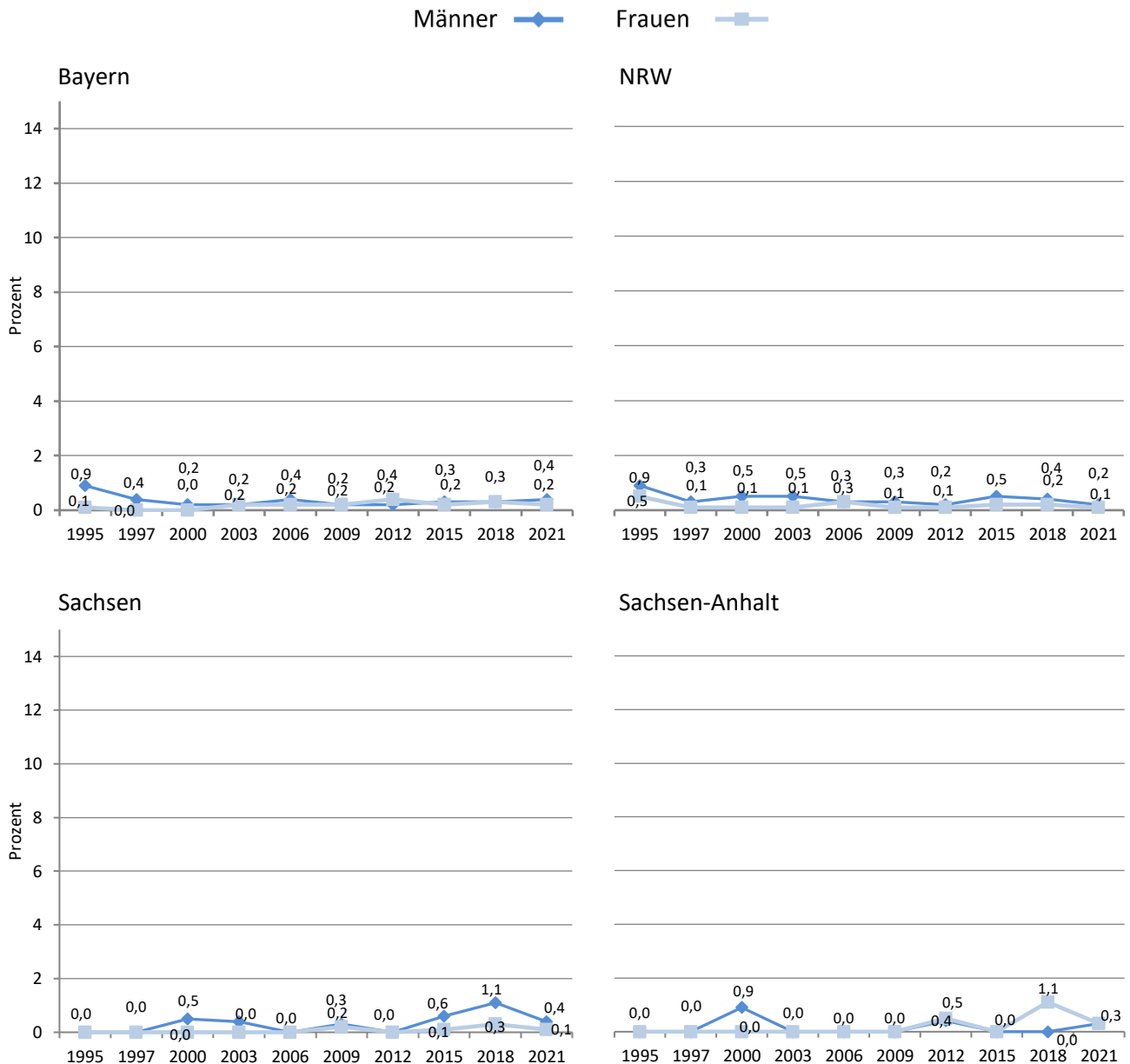


Abbildung 5-20: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

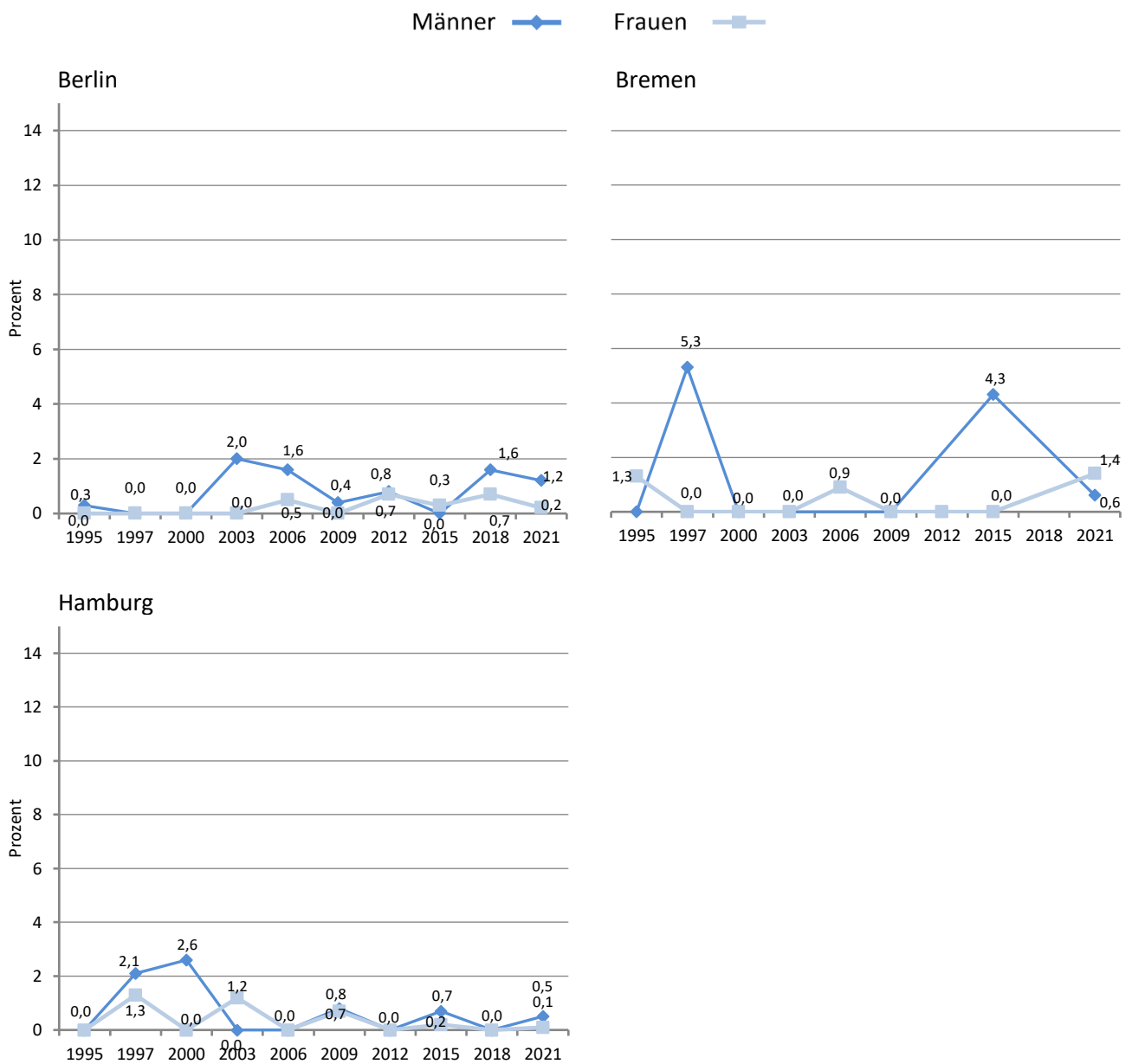


Abbildung 5-20 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Höhere Prävalenzen zeigten sich vereinzelt in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 5-22).

Tabelle 5-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	0,3	1,4	0,0	0,0	0,3	0,7	0,9	0,2	0,2	0,7	0,5
25-39	0,2	0,8	0,6	0,3	0,4	0,4	0,0	0,5	0,1	0,4	0,3
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>NRW</b>											
18-24	0,3	2,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,1	0,8	0,4
25-39	0,2	0,7	0,5	0,8	0,5	0,4	0,3	0,2	0,5	0,3	0,4
40-59	-	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2	0,4	0,2	0,0
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,8	1,1
25-39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5*	0,0	0,4	1,1*	0,1
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	0,0	~	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	1,1
25-39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-22 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	0,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,4	1,6	2,3	0,4
25-39	0,0	0,2	0,0	0,0	2,8	1,7	0,0	1,2	0,0	1,0	1,2
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,0	1,1	0,4
60-64	-	-	-	-	-	1,8	~	0,0	0,0	0,7	0,0
<b>Bremen</b>											
18-24	0,0	~	~	~	~	~	~	~	~	~	1,0
25-39	0,0	1,8	6,6	0,0	~	~	~	~	~	~	0,8
40-59	-	0,0	~	0,0	~	~	~	0,0	4,0	~	1,2
60-64	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	0,7	0,0	2,1	~	0,7	0,0	0,8	0,0	0,4	0,0	0,8
25-39	0,0	0,0	2,9	2,5	0,5	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,6
40-59	-	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	1,1	0,0	0,5	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	-	~	1,0	~	0,0	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

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

In den letzten 20 Jahren zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack keine bedeutenden Änderungen, mit der Ausnahme von Berlin (Abbildung 5-21). Der Konsum in Berlin ist signifikant angestiegen und erreichte im Jahr 2021 den bisher höchsten Wert.

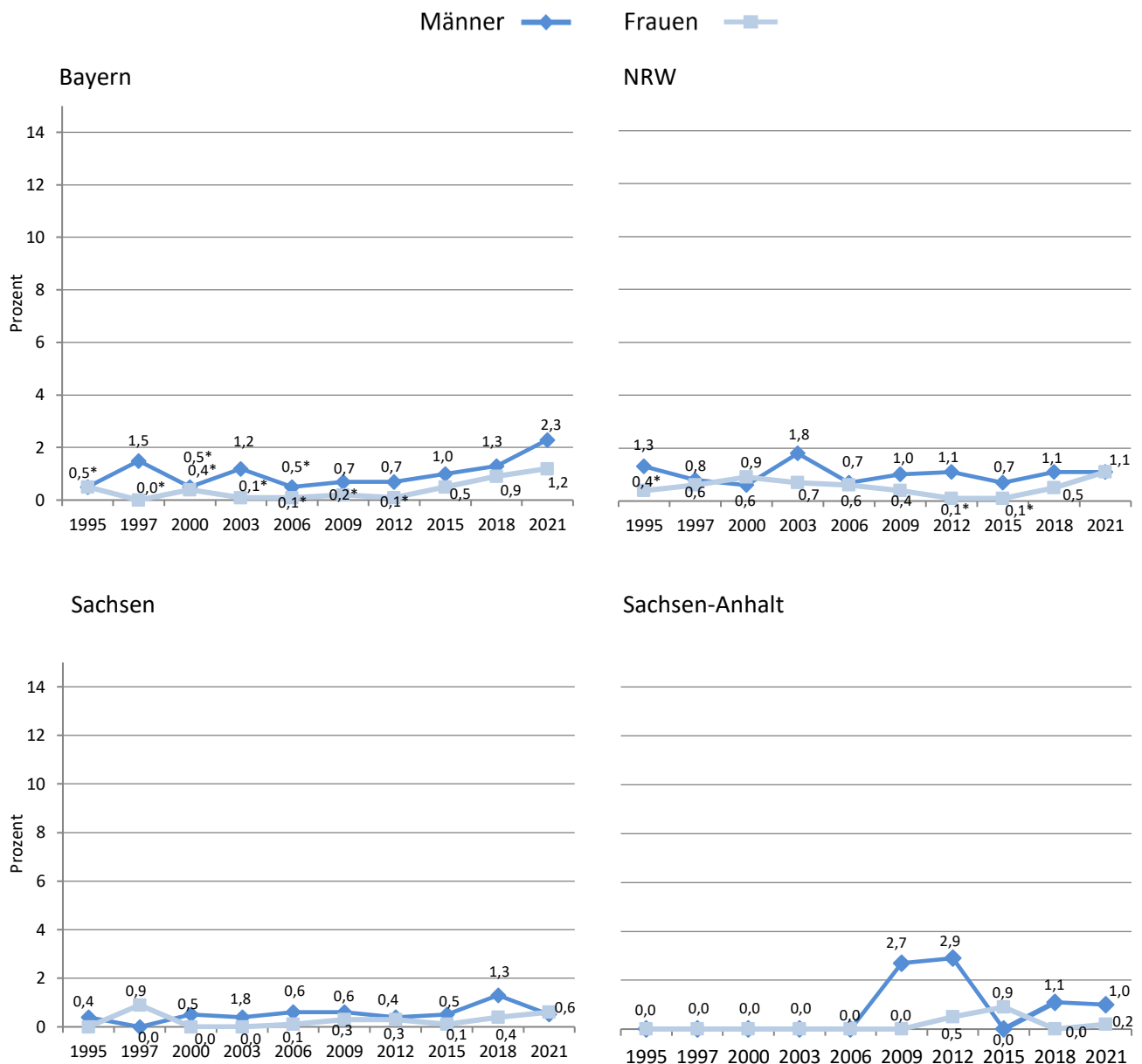


Abbildung 5-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

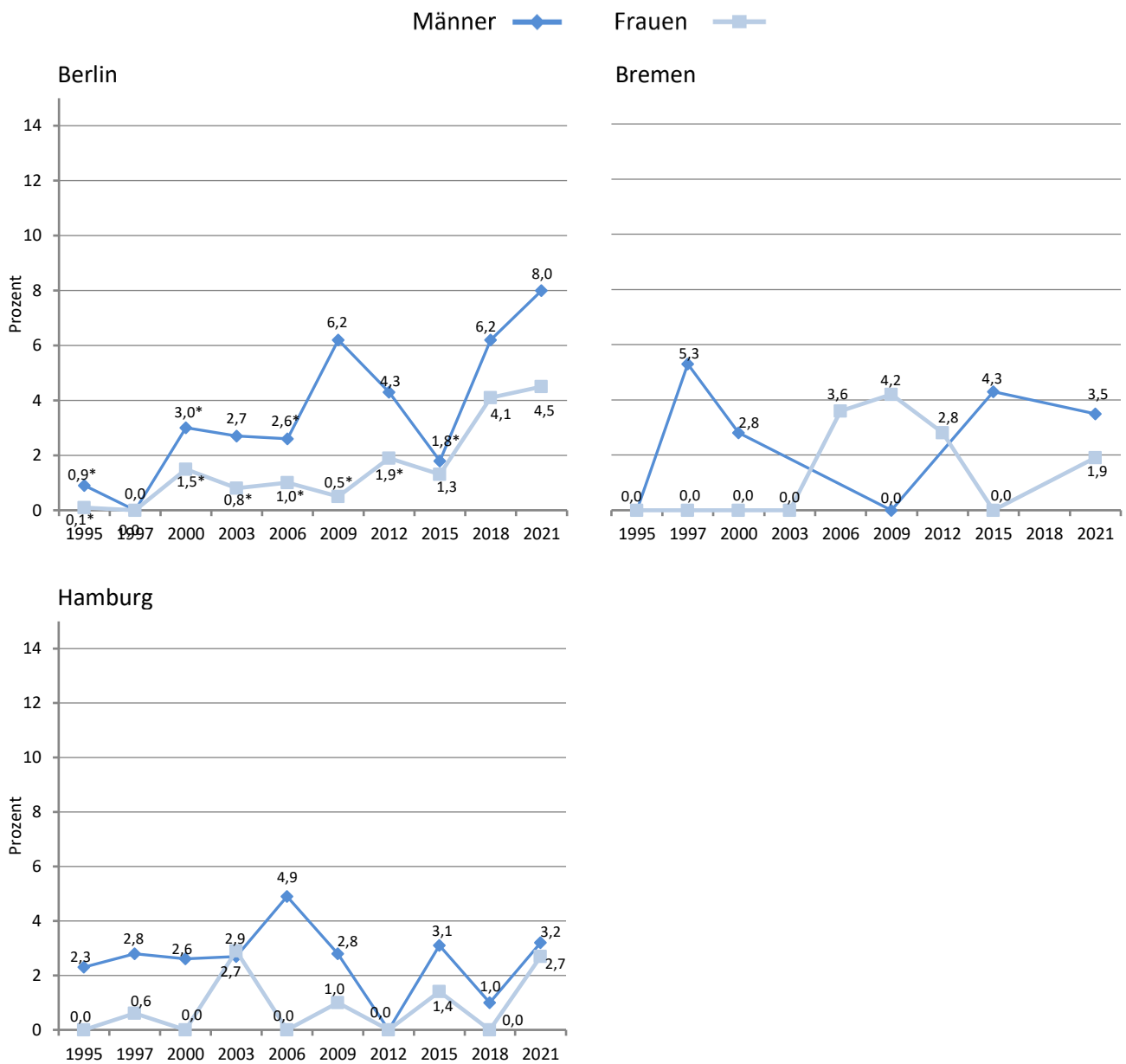


Abbildung 5-21 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Bei den jüngeren Altersgruppen der 18- bis 39-Jährigen in Bayern und 18- bis 39-Jährigen bzw. 40- bis 59-Jährigen in Berlin sowie in Sachsen in der Gruppe der 18- bis 24-jährigen sind vereinzelt einige signifikant erhöhte Prävalenzen im Vergleich zum Jahr 2021 erkennbar (Tabelle 5-23).

Tabelle 5-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	-	0,3	3,6	1,0	1,8	2,4	0,8	0,2*	1,5	1,4	3,3
25-39	-	1,1	0,6	0,7*	0,5*	0,1*	1,0	1,1	1,3	2,7	2,3
40-59	-	0,1*	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>NRW</b>											
18-24	-	2,9	1,4	2,2	3,0	1,4	2,2	0,5	1,0	0,6	2,5
25-39	-	1,1	1,3	1,0	1,9	1,4	0,8	0,8	0,4	1,1	1,7
40-59	-	0,1	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,6	0,2	0,6	0,3
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	-	0,0	2,4	1,7	0,0	2,4	0,2*	2,4	0,5	0,0	2,0
25-39	-	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	1,4	0,0	0,7	1,4	0,7
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	-	~	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	1,4
25-39	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	2,7	1,4	1,9	1,4
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-23 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	-	1,4	0,0	7,7	3,6	2,0	7,7	2,6	5,3	5,0	4,6
25-39	-	0,9*	0,0	3,1*	3,8	3,3*	2,5	6,5	1,7*	7,4	10,2
40-59	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6*	2,7	0,6*	0,8	3,3	3,0
60-64	-	-	-	-	-	1,4	~	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Bremen</b>											
18-24	-	~	~	~	~	~	~	~	~	~	3,5
25-39	-	0,0	6,6	3,1	~	~	~	~	~	~	4,1
40-59	-	0,0	~	0,0	~	~	~	0,0	4,0	~	1,6
60-64	-	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	-	0,0	1,0	~	2,3	0,0	2,9	0,0	3,3	0,0	4,1
25-39	-	3,0	3,3	2,5	3,6	0,0	2,2	0,0	4,0	0,0	3,9
40-59	-	0,0	0,4	0,0	2,2	4,6	1,4	0,0	0,5	1,2	1,7
60-64	-	-	-	-	-	~	0,0	~	0,0	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain (Prozent)

	Erhebungsjahr									
	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>	0,5*	0,8	0,3*	0,6*	0,3*	0,4*	0,4*	0,7	1,1	1,7
<b>NRW</b>	0,9	0,7	0,7	1,2	0,6	0,7	0,6	0,4	0,8	1,1
<b>Sachsen</b>	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,8	0,5
<b>Sachsen-Anhalt</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,6	0,4	0,6	0,6
<b>Berlin</b>	0,3*	0,0	2,3*	1,8*	1,8*	3,0	3,1*	1,6*	5,2	6,2
<b>Bremen</b>	0,0	2,6	1,4	2,2	3,5	1,7	1,4	2,1	3,8	2,8
<b>Hamburg</b>	1,1	1,4	1,2	2,7	2,7	1,9	0,0	2,2	0,6	2,9

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Tabelle 5-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Crack (Prozent)

	Erhebungsjahr									
	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
<b>NRW</b>	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
<b>Sachsen</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Berlin</b>	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4*	0,2	0,0	0,0	0,0
<b>Bremen</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
<b>Hamburg</b>	0,0	0,3	0,0	0,3	1,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

## 5.2.8 Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS

Indikatoren des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS wurden erst seit dem Jahr 2006 erhoben (Abbildung 5-22). Ein statistisch signifikanter Anstieg des Cannabiskonsums der Männer im Vergleich zum Jahr 2021 zeigte sich in Nordrhein-Westfalen und Berlin seit 2009 und in Sachsen-Anhalt und Hamburg seit 2015. In Bayern hat bei den Frauen seit 2006 der Cannabiskonsum signifikant zugenommen. In allen anderen Bundesländern waren die Unterschiede zwischen den Erhebungen statistisch nicht signifikant.

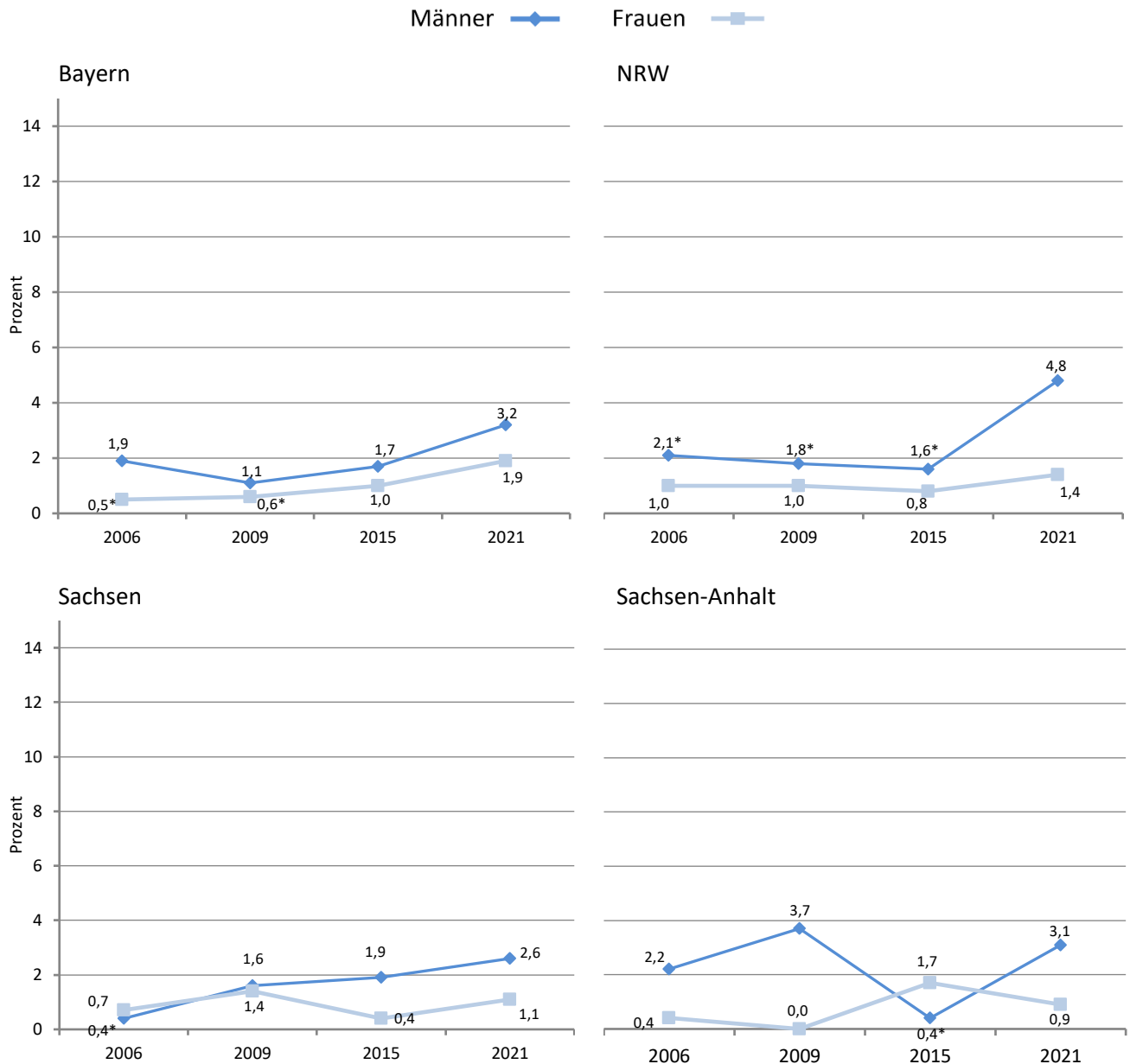


Abbildung 5-22: Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



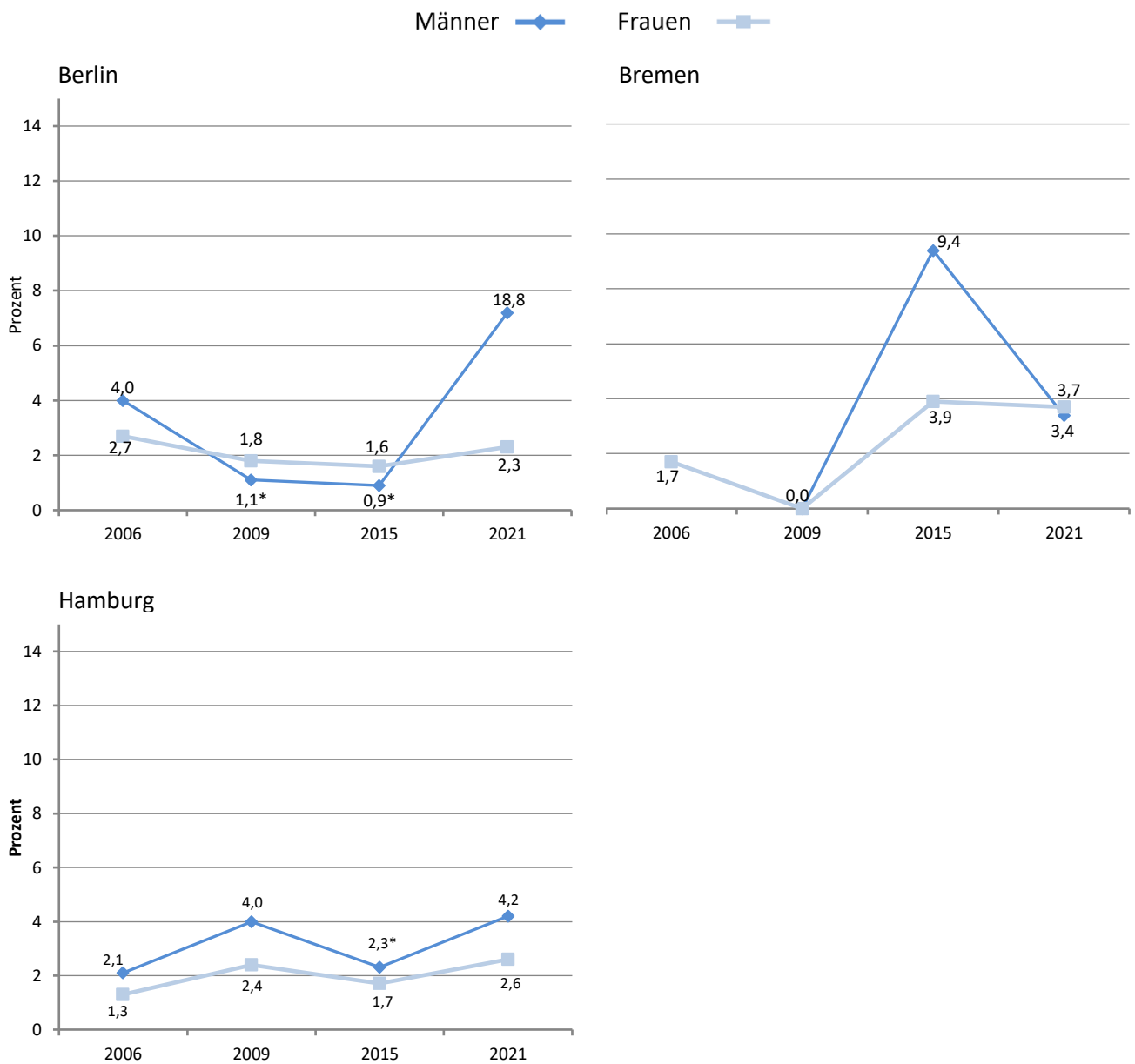


Abbildung 5-22 (Fortsetzung): Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Vor allem in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Sachsen und Berlin zeigten sich vereinzelt signifikant erhöhte Prävalenzen des problematischen Cannabiskonsums im Vergleich zum Jahr 2021 (Tabelle 5-26).

Tabelle 5-26: Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	-	-	-	-	-	5,1	3,4	-	5,3	-	7,5
25-39	-	-	-	-	-	1,3	1,2	-	1,5	-	2,9
40-59	-	-	-	-	-	0,2	0,0	-	0,2	-	1,1
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	0,0	-	0,4
<b>NRW</b>											
18-24	-	-	-	-	-	5,6	3,4	-	3,5	-	7,0
25-39	-	-	-	-	-	1,9	2,2	-	1,0*	-	4,2
40-59	-	-	-	-	-	0,4	0,4	-	0,7	-	1,2
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	0,0	-	0,5
<b>Sachsen</b>											
18-24	-	-	-	-	-	2,1*	4,4*	-	3,6*	-	8,4
25-39	-	-	-	-	-	0,6	1,6	-	1,8	-	2,4
40-59	-	-	-	-	-	0,0	0,6	-	0,4	-	0,1
60-64	-	-	-	-	-	0,0	0,6	-	0,0	-	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	-	-	-	-	-	9,0	3,1	-	2,8	-	9,5
25-39	-	-	-	-	-	1,2	3,8	-	2,3	-	2,7
40-59	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	0,0	-	0,2
60-64	-	-	-	-	-	~	~	-	~	-	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-26 (Fortsetzung): Trends des problematischen Konsums von Cannabis nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	-	-	-	-	-	9,4*	2,7	-	4,3	-	4,2
25-39	-	-	-	-	-	3,7	3,6	-	2,7	-	6,1
40-59	-	-	-	-	-	1,4	0,0	-	0,0	-	3,6
60-64	-	-	-	-	-	0,0	~	-	0,0	-	0,7
<b>Bremen</b>											
18-24	-	-	-	-	-	~	~	-	~	-	7,6
25-39	-	-	-	-	-	~	~	-	~	-	4,1
40-59	-	-	-	-	-	~	~	-	10,1	-	1,8
60-64	-	-	-	-	-	~	~	-	~	-	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	-	-	-	-	-	11,9	9,0	-	3,7	-	7,1
25-39	-	-	-	-	-	1,9	4,3	-	3,3	-	5,1
40-59	-	-	-	-	-	0,0	1,0	-	0,5	-	1,2
60-64	-	-	-	-	-	~	0,0	-	3,0	-	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 5.2.9 Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS

In den Bundesländern zeigte sich – neben Schwankungen - ein konstanter zeitlicher Verlauf bis zum Jahr 2021. In Berlin, Bremen und Hamburg ist eine Zunahme der Konsumprävalenz beider Geschlechter erkennbar. In Sachsen-Anhalt ist bei den Frauen eine signifikante Abnahme des problematischen Konsums von Kokain seit dem Jahr 2009 zu verzeichnen (Abbildung 5-23).

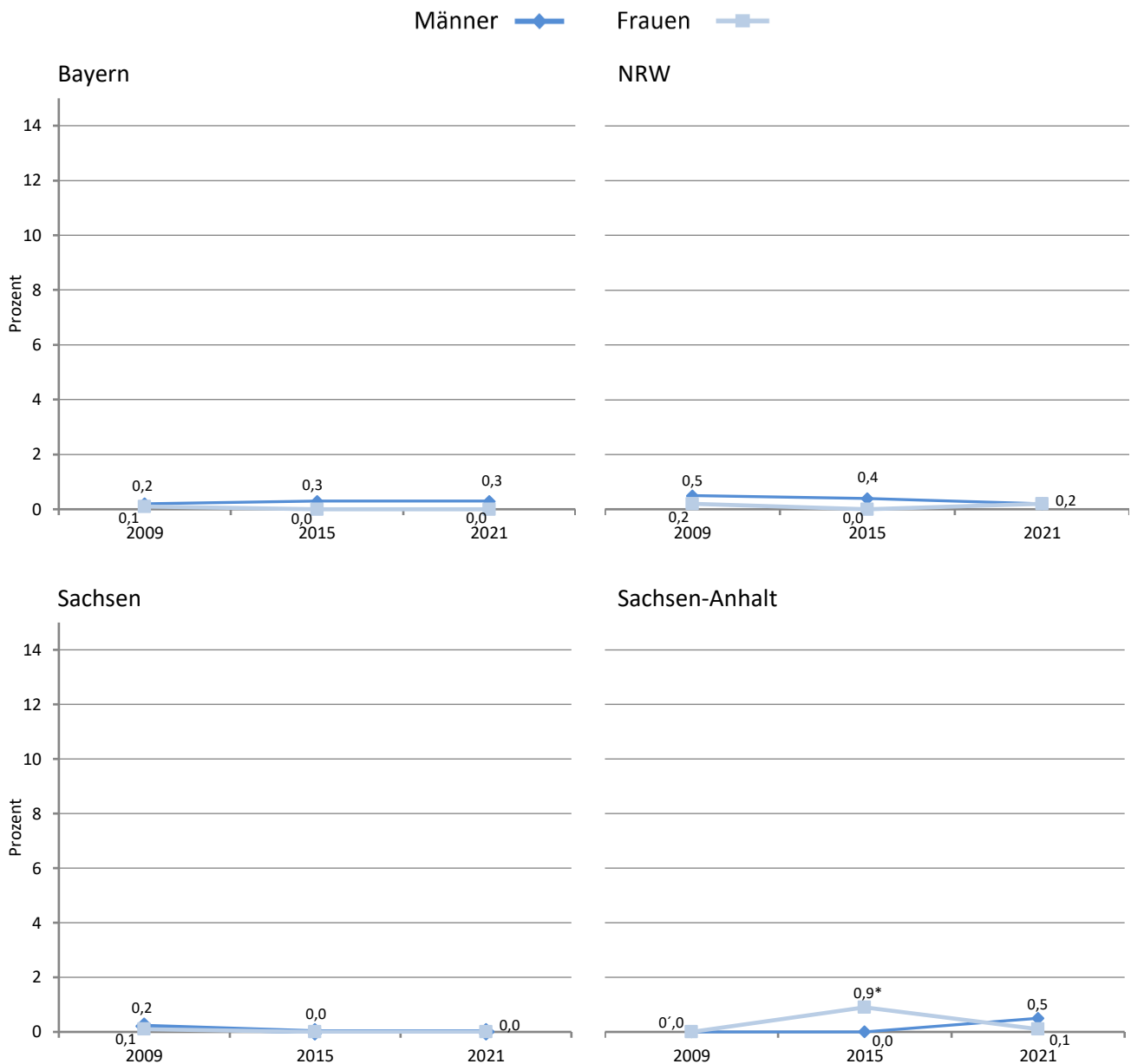


Abbildung 5-23: Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

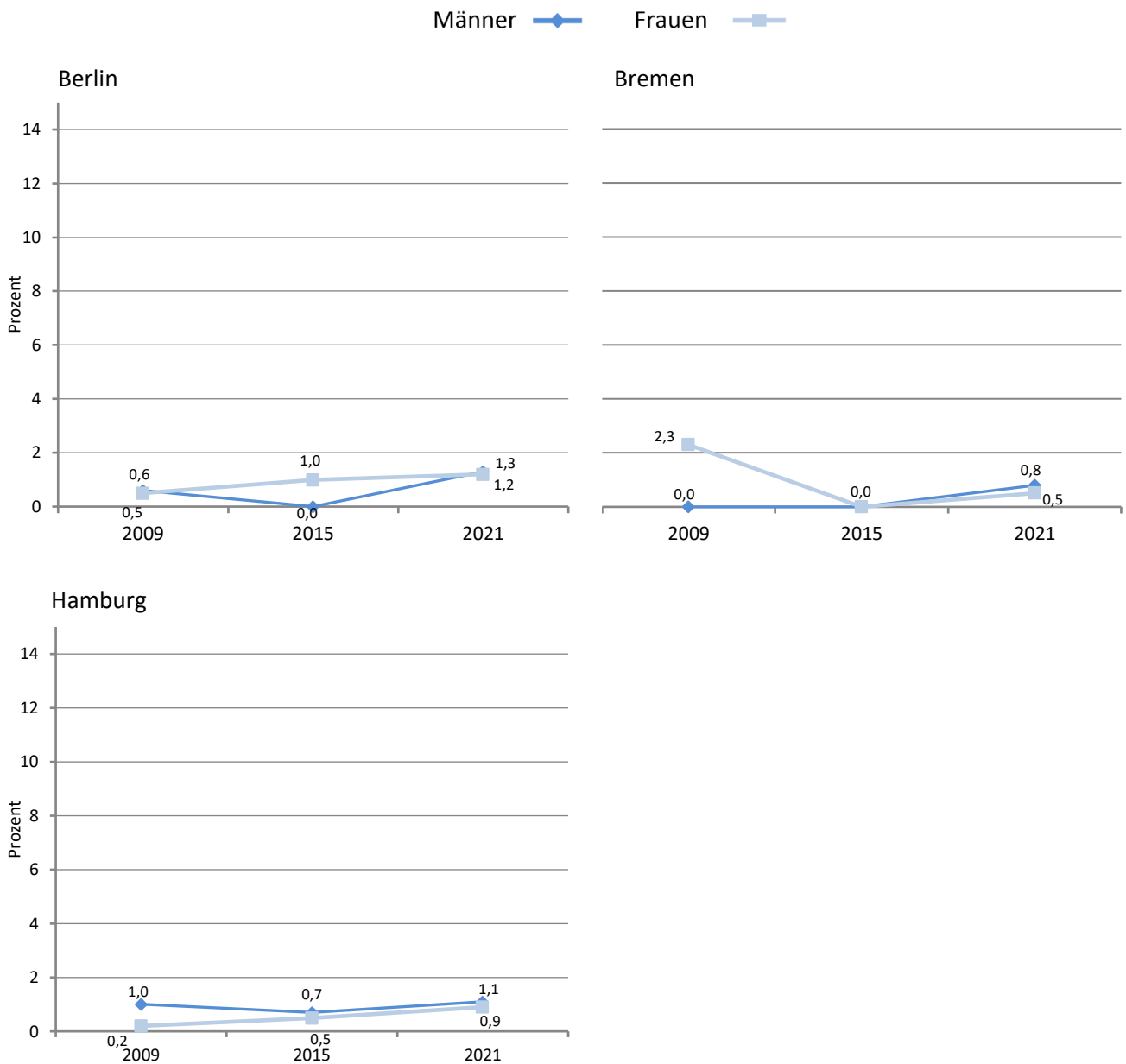


Abbildung 5-23 (Fortsetzung): Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Ein problematischer Konsum von Kokain nach SDS ließ sich hauptsächlich in den jüngeren Altersgruppen der 18- bis 39-Jährigen vor allem in Nordrhein-Westfalen, Berlin, Bremen und Hamburg erkennen (Tabelle 5-27).

Tabelle 5-27: Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,1	-	0,0
25-39	-	-	-	-	-	-	0,5	-	0,1	-	0,4
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,2	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>NRW</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	1,4	-	0,0	-	1,2
25-39	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,3	-	0,1
40-59	-	-	-	-	-	-	0,2	-	0,2	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,2	-	0,0	-	0,1
25-39	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,0	-	0,0
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,4
25-39	-	-	-	-	-	-	0,0	-	1,4	-	0,7
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-27 (Fortsetzung): Trends des problematischen Konsums von Kokain nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	2,2	-	0,0	-	1,5
25-39	-	-	-	-	-	-	0,8	-	1,7	-	2,2
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,3
60-64	-	-	-	-	-	-	~	-	0,0	-	0,0
<b>Bremen</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	1,0
25-39	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	1,4
40-59	-	-	-	-	-	-	~	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,7	-	1,0	-	2,0
25-39	-	-	-	-	-	-	0,4	-	1,3	-	1,1
40-59	-	-	-	-	-	-	0,7	-	0,0	-	0,6
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 5.2.10 Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS

In den Bundesländern zeigte sich – neben Schwankungen - ein konstanter zeitlicher Verlauf bis zum Jahr 2021. In den Bundesländern Berlin und Bremen war bei den Männern eine Zunahme des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS erkennbar. In Sachsen-Anhalt war eine signifikante Verringerung der Prävalenz bei den Frauen zu beobachten (Abbildung 5-24).

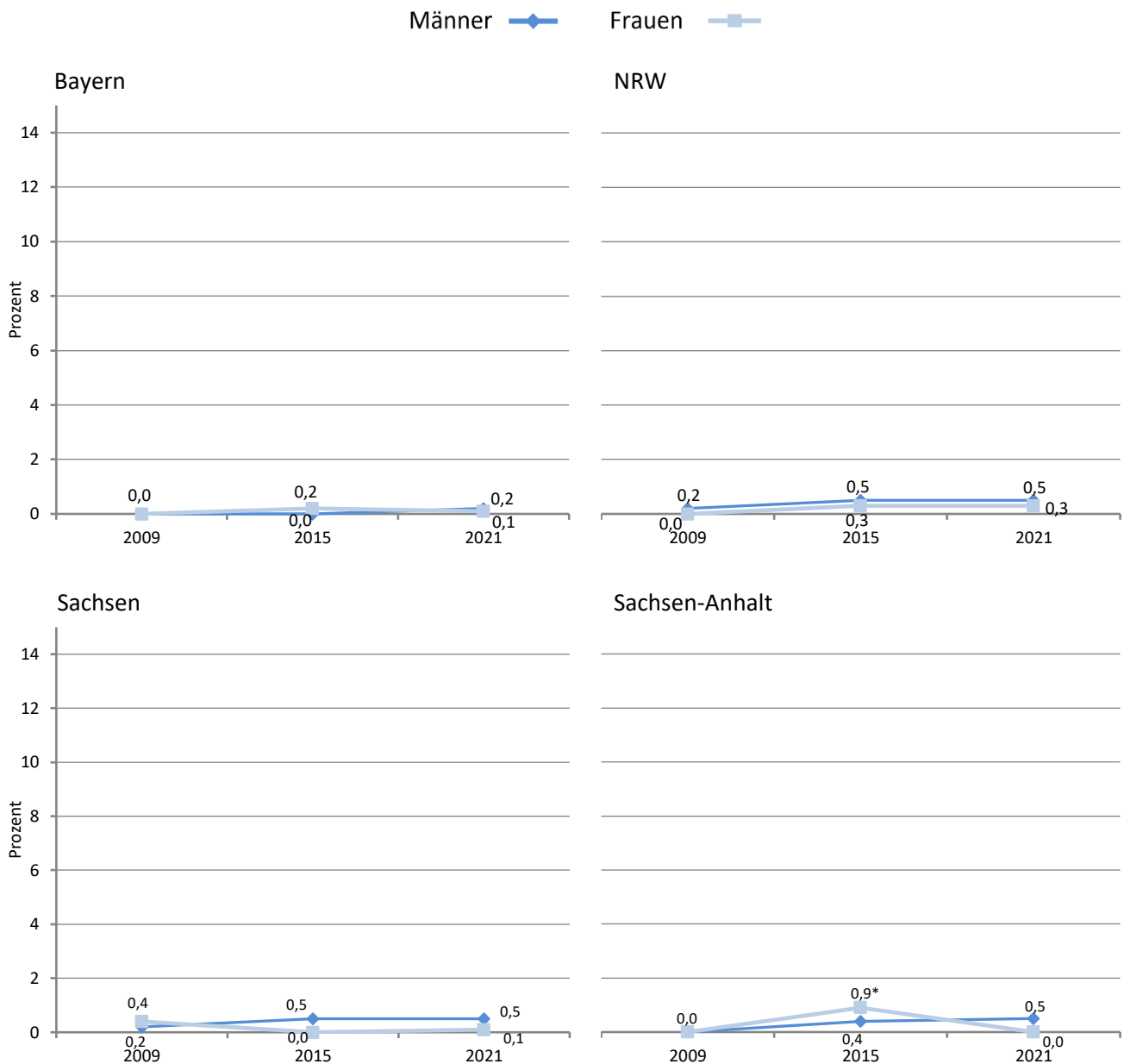


Abbildung 5-24: Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



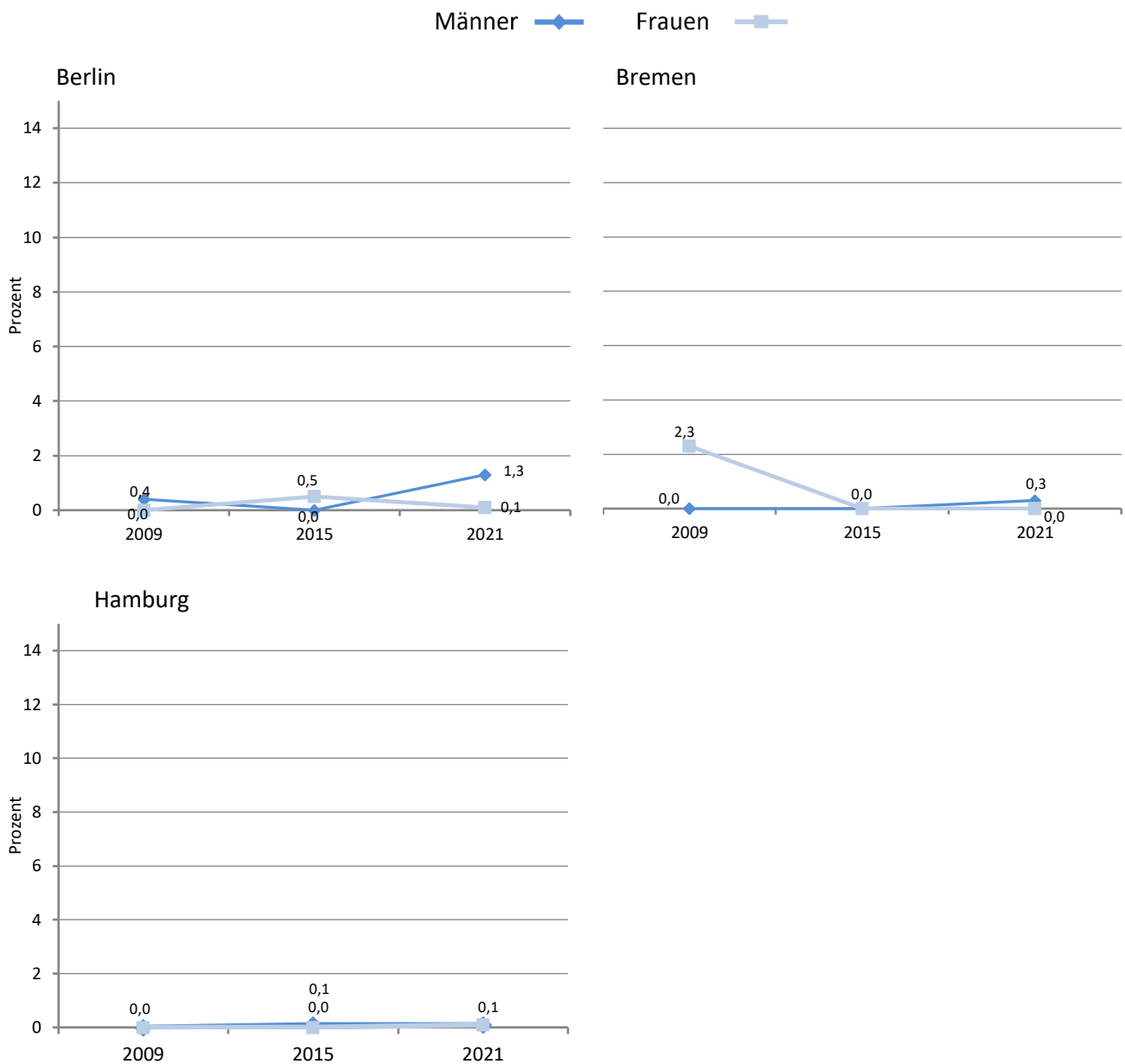


Abbildung 5-24 (Fortsetzung): Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS, nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Ein problematischer Konsum von (Meth-)Amphetamin nach SDS ließ sich hauptsächlich in den jungen Altersgruppen der 18- bis 39-Jährigen in Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Berlin erkennen. (Tabelle 5-28)

Tabelle 5-28: Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,7	-	0,4
25-39	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,3
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>NRW</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,6	-	0,3	-	1,1
25-39	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,4	-	0,7
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,4	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Sachsen</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,6	-	0,2	-	0,0
25-39	-	-	-	-	-	-	0,6	-	0,7	-	0,9
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,0	-	2,0	-	0,4
25-39	-	-	-	-	-	-	0,0	-	1,4	-	0,7
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 5-28 (Fortsetzung): Trends des problematischen Konsums von (Meth-)Amphetamin nach SDS, nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	1,5	-	0,0	-	0,0
25-39	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,9	-	1,1
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,5
60-64	-	-	-	-	-	-	~	-	0,0	-	0,0
<b>Bremen</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	0,3
25-39	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	0,2
40-59	-	-	-	-	-	-	~	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	~	-	~	-	0,0
<b>Hamburg</b>											
18-24	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
25-39	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,2	-	0,3
40-59	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0
60-64	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12 . Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6 Medikamente

### 6.1 Die Situation im Jahr 2021

#### 6.1.1 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

Bundesweit haben 78,9 % der Frauen und 64,4 % der Männer in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel eingenommen (Abbildung 6-1). Vergleichbare Zahlen fanden sich in allen Bundesländern.

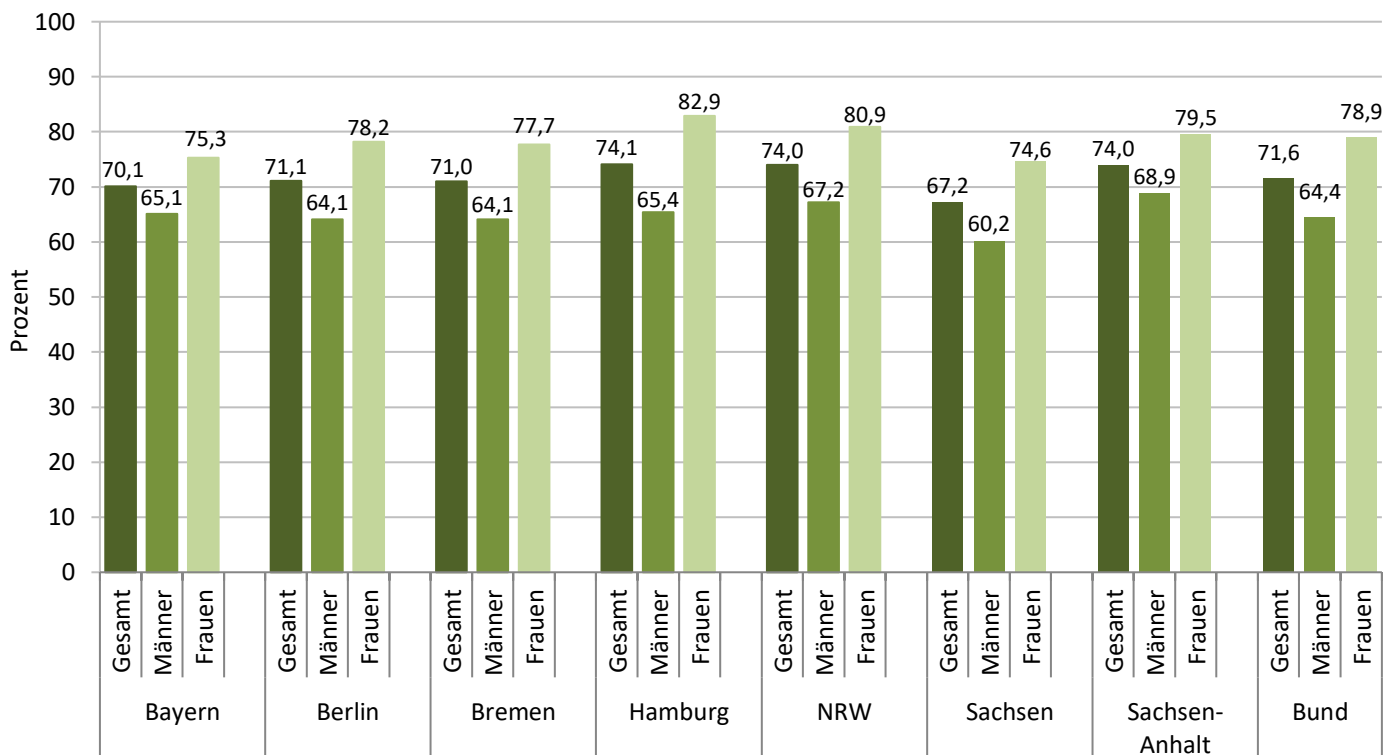


Abbildung 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In allen Bundesländern außer Berlin und Sachsen-Anhalt war die Prävalenz in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen am höchsten (Tabelle 6-1). Signifikante Unterschiede im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt gab es nicht.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	48,2	53,6	53,7	52,3	50,4	54,6	-
18-24	70,9	65,4	56,7	62,1	64,3	69,7	69,3	67,0
25-39	72,3	71,4	76,8	78,9	79,1	70,7	76,0	74,7
40-59	71,1	73,2	73,2	73,9	74,6	66,1	76,3	72,6
60-64	58,1	67,2	62,0	71,2	70,5	60,4	65,5	64,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.1.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

Schlaf- oder Beruhigungsmittel wurden durchschnittlich von 8,9 % der Frauen und 5,8 % der Männer im Verlauf des letzten Jahres eingenommen (Abbildung 6-2). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und dem Bund.

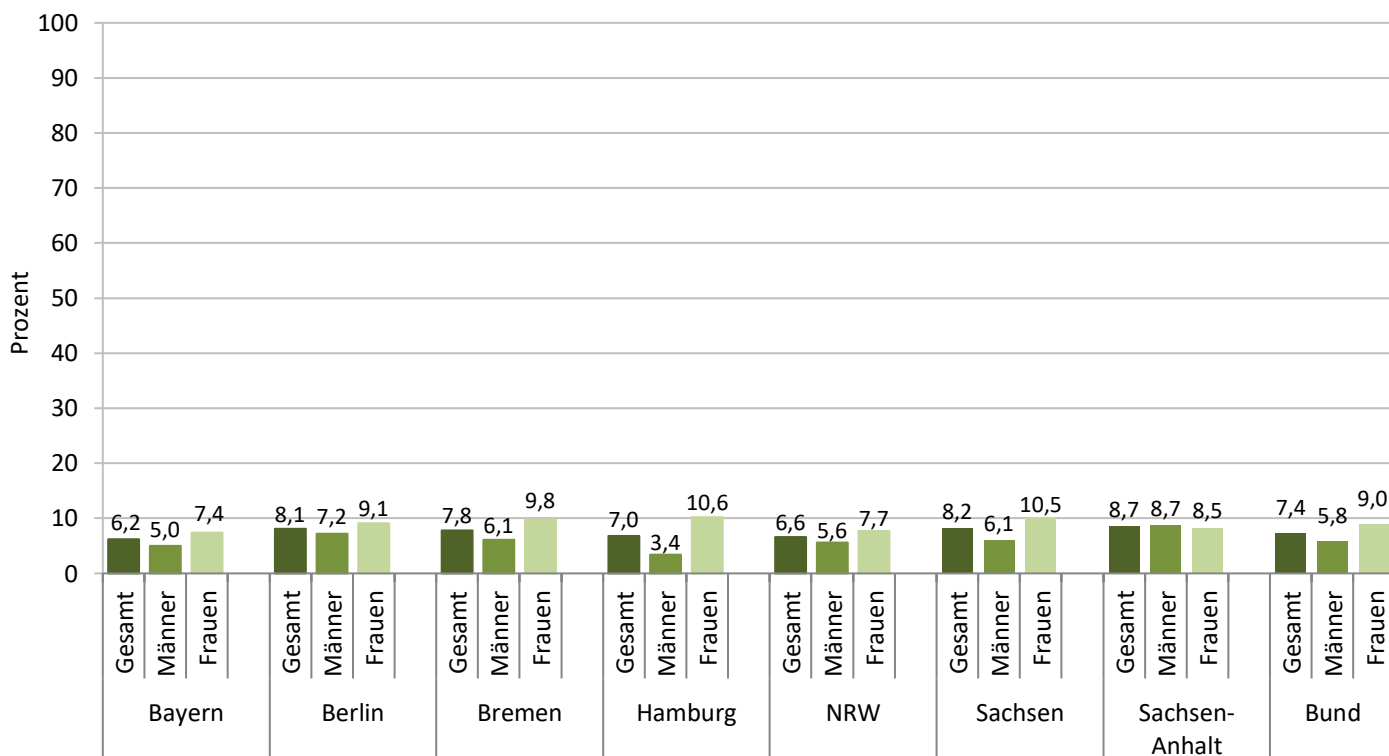


Abbildung 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die höchsten Prävalenzen des Schlaf- oder Beruhigungsmittelgebrauchs zeigten die 60- bis 64-Jährigen (Tabelle 6-2). Im Vergleich zum Bund wiesen 25- bis 39-Jährige in Bayern eine niedrigere Prävalenz auf (3,6 % vs. 6,6 %).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	3,6	3,4	3,7	3,5	3,9	1,8	-
18-24	5,6	5,6	10,0	3,6	5,1	4,2	6,4	6,7
25-39	3,6*	6,9	6,2	6,7	7,4	6,0	5,0	6,6
40-59	7,0	8,9	8,9	7,2	5,5	9,2	10,1	7,5
60-64	10,8	13,0	5,9	12,1	10,7	13,3	13,3	9,7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.3 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

In den Bundesländern variiert im Durchschnitt der Anteil der Bevölkerung, der in den letzten 12 Monaten Anregungsmittel eingenommen hat zwischen 0,5 % (Sachsen-Anhalt) und 1,7 % (Bremen) (Abbildung 6-3). Es zeigte sich für Frauen in Bremen ein signifikanter Unterschied zum bundesweiten Durchschnitt (2,0 % vs. 0,7 %).

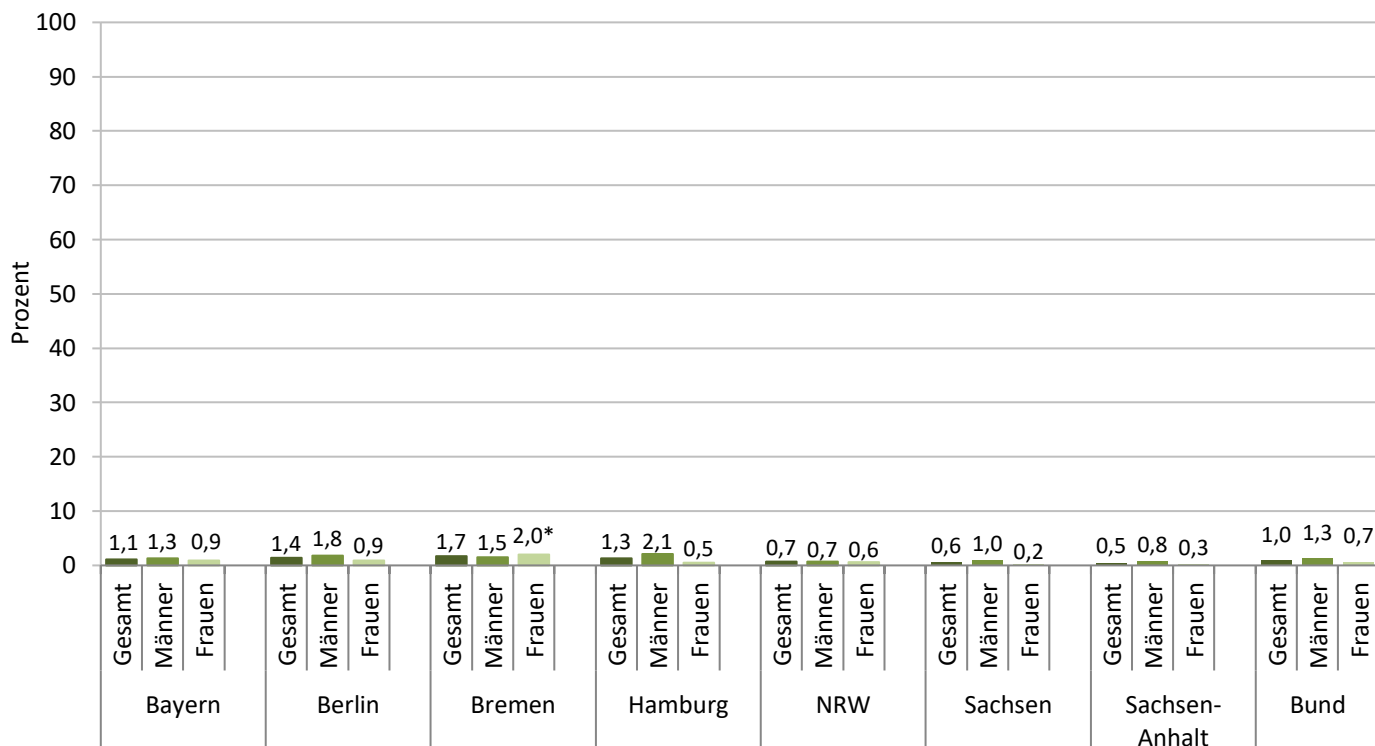


Abbildung 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkung: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 24 Jahren wiesen mit einer Prävalenz von 2,3 % die höchste Wahrscheinlichkeit des Gebrauchs von Anregungsmitteln auf (Tabelle 6-3). Die Altersgruppe der 18- und 24-Jährigen in Sachsen fiel durch signifikant niedrigere Prävalenzwerte (0,7 %) im Vergleich zu den Gleichaltrigen im Bundesdurchschnitt (2,3 %) auf.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,7	2,9	1,8	0,9	1,5	1,0	-
18-24	2,0	1,7	2,0	1,2	0,9	0,7*	1,4	2,3
25-39	1,3	1,3	2,2	0,9	1,0	0,8	0,4	0,9
40-59	0,4	1,5	1,4	1,9	0,4	0,7	0,5	0,8
60-64	2,3	0,5	1,6	0,0	0,7	0,0	0,3	0,6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.4 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Appetitzügler wurden von 0,2 % der Männer und 0,7 % der Frauen im Verlauf der letzten 12 Monate eingenommen (Abbildung 6-4). Ein signifikanter Unterschied zeigte sich nur in der Gesamtprävalenz in Hamburg (0,0 % vs. 0,5 %).

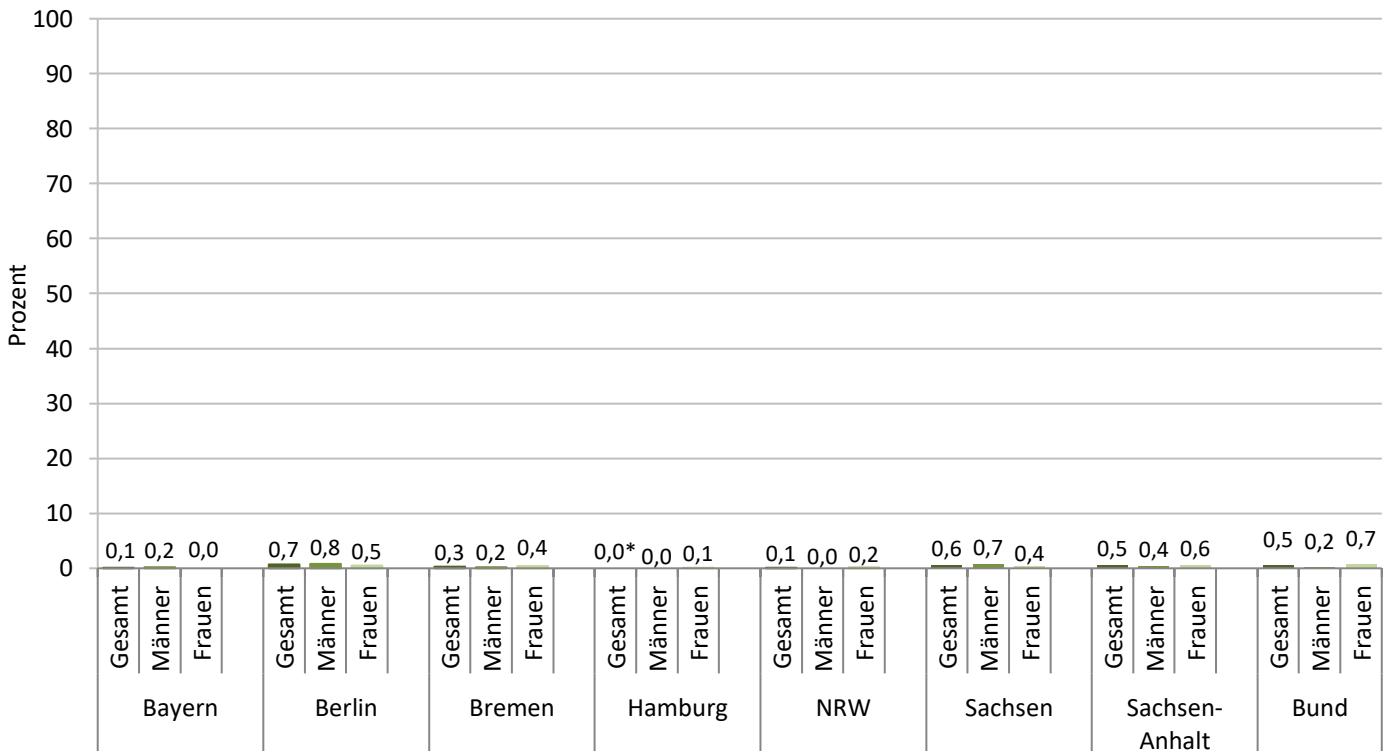


Abbildung 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkung: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die nach Altersgruppen aufgeteilte Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern variierte zwischen den Bundesländern (Tabelle 6-4). Im Bundesdurchschnitt sowie in Sachsen wies die Altersgruppe von 25 bis 39 Jahren die höchste Prävalenz auf, wohingegen in Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt die 40- bis 59-Jährigen die höchsten Werte zeigten. In Bayern und Hamburg fanden sich die höchsten Prävalenzen unter den jüngsten Altersgruppen, während in Bremen die höchste Prävalenz sowohl in der Altersgruppe 25 bis 39 Jahre, als auch in der Altersgruppe 40 bis 59 Jahre verzeichnet wurde.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,3	-
18-24	0,5	0,2	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4
25-39	0,1	0,4	0,3	0,1	0,0	1,6	0,4	1,0
40-59	0,0	1,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,8	0,2
60-64	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.5 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

In den letzten 12 Monaten haben 5,7 % der Männer und 7,1 % der Frauen Antidepressiva eingenommen (Abbildung 6-5). Diese Werte lagen in allen Bundesländern auf vergleichbarem Niveau. Mit der Ausnahme von Bayern zeigten sich bundesländerübergreifend bei Frauen höhere Werte als bei Männern.

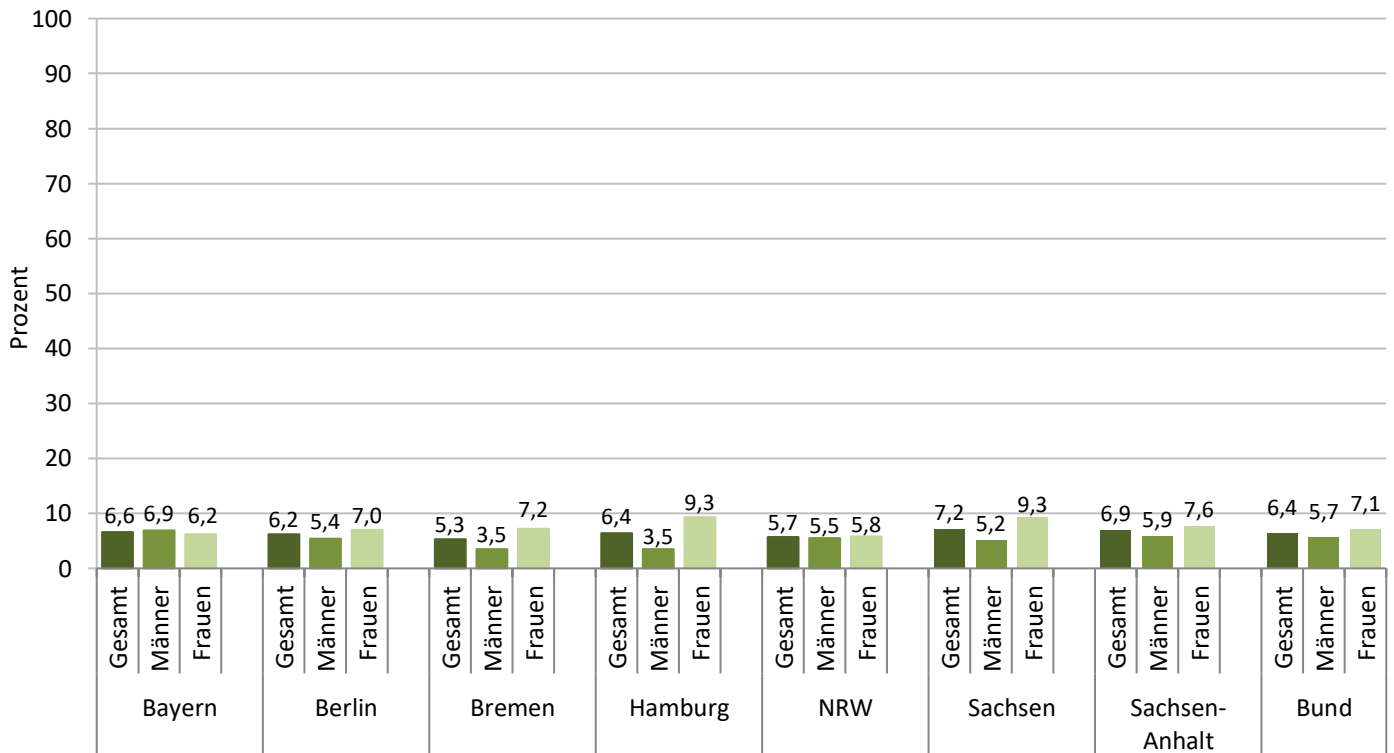


Abbildung 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Der Gebrauch von Antidepressiva war in den beiden ältesten Altersgruppen am weitesten verbreitet (Tabelle 6-5). In keiner der Altersgruppen fanden sich bundeslandspezifische Unterschiede im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,7	1,4	0,9	1,9	0,9	0,0	-
18-24	4,2	4,8	4,5	2,5	2,9	3,3	2,6	4,3
25-39	5,3	4,8	4,5	4,5	5,5	6,9	3,6	5,6
40-59	7,0	7,5	5,2	7,8	6,7	7,2	8,7	6,6
60-64	11,2	7,5	9,1	13,7	5,2	11,2	10,6	9,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



### 6.1.6 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Die Gebrauchsprävalenz von Neuroleptika lag bei 1,6 % und zeigte keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abbildung 6-6). Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt ergaben sich für keines der an der Stichprobenerhebung beteiligten Bundesländer.

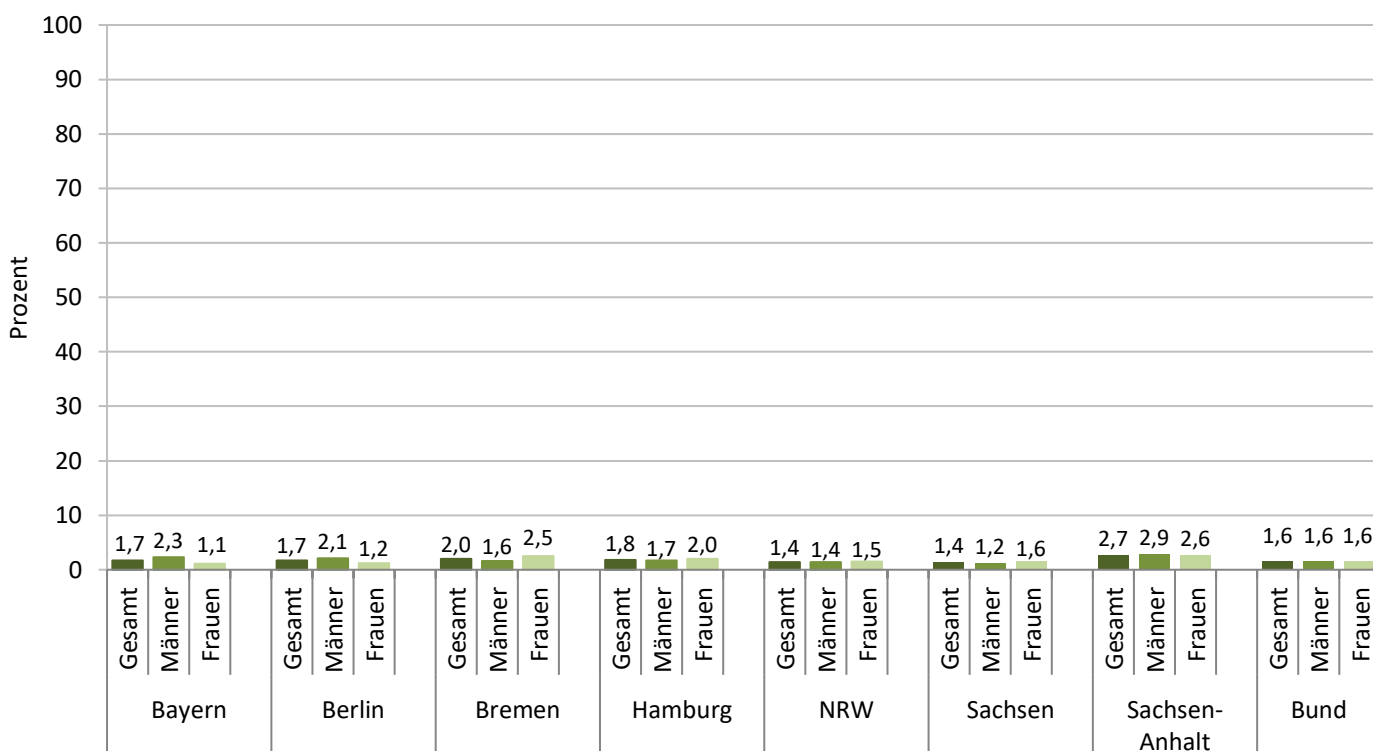


Abbildung 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersverteilung der Gebrauchsprävalenz von Neuroleptika zeigte einige regionale Unterschiede (Tabelle 6-6). Im Bund wies sowohl die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen, als auch die der 40- bis 59-Jährigen und die der 60- bis 64-Jährigen den höchsten Wert auf. In Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg und Sachsen-Anhalt waren abweichend davon nur die 40- bis 59-Jährigen und in Sachsen die 18- bis 24-Jährigen am stärksten betroffen. In Nordrhein-Westfalen lag die höchste Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen und in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. In Bayern war die Prävalenz der 25- bis 39-Jährigen signifikant niedriger als im Bund (0,2 % vs. 1,5 %).

Tabelle 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,9	0,4	0,4	0,6	0,7	-
18-24	0,4	0,4	2,4	1,3	2,1	2,5	0,9	1,7
25-39	0,2*	1,1	1,2	1,7	2,0	2,2	1,1	1,5
40-59	3,0	2,7	2,6	2,2	0,7	0,8	3,9	1,7
60-64	2,3	0,7	2,0	1,5	2,1	0,9	3,4	1,7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.7 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika

Den Gebrauch von Anabolika in den letzten 12 Monaten gaben bundesweit 0,3 % der Befragten an (Abbildung 6-7). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern.

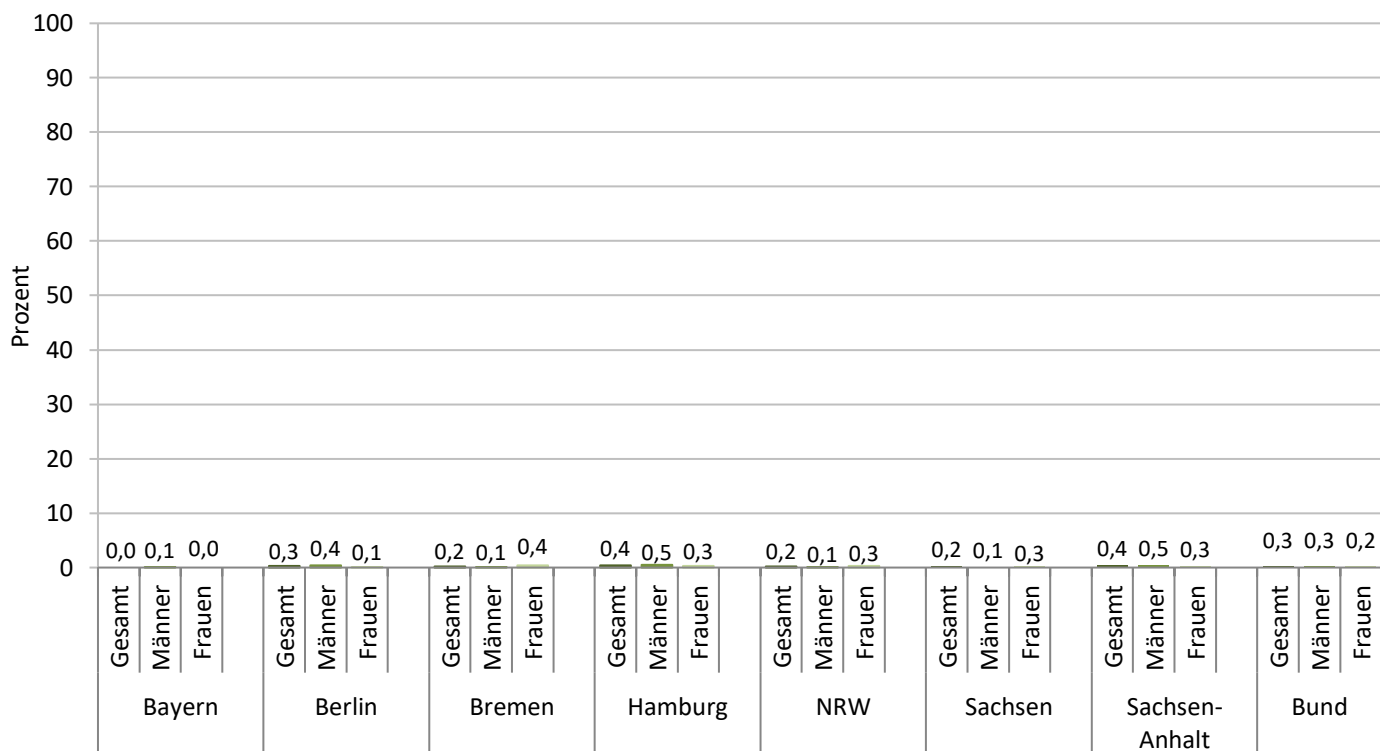


Abbildung 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland  
Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Bundesdurchschnitt, sowie in Sachsen-Anhalt zeigte die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen die höchste Prävalenz von Anabolika (Tabelle 6-7). In Bremen und Nordrhein-Westfalen waren die 15- bis 17-Jährigen am stärksten betroffen, in Bayern waren es die 40- bis 59-Jährigen und in Sachsen die 60- bis 64-Jährigen. In Berlin lag die höchste Prävalenz sowohl in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen, als auch in der der 40- bis 59-Jährigen. In Hamburg war die Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen und in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen am höchsten.

Tabelle 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,9	0,0	0,7	0,3	0,0	-
18-24	0,0	0,0	0,0	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3
25-39	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,1	0,5	0,4
40-59	0,1	0,3	0,5	0,2	0,3	0,1	0,4	0,2
60-64	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.8 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten

Etwa 74 % der befragten Bevölkerung hatten in den letzten 12 Monaten psychoaktive Medikamente konsumiert (Abbildung 6-8). Sowohl im Bund als auch in den einzelnen Bundesländern waren Frauen vermehrt vertreten. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zum Bund.

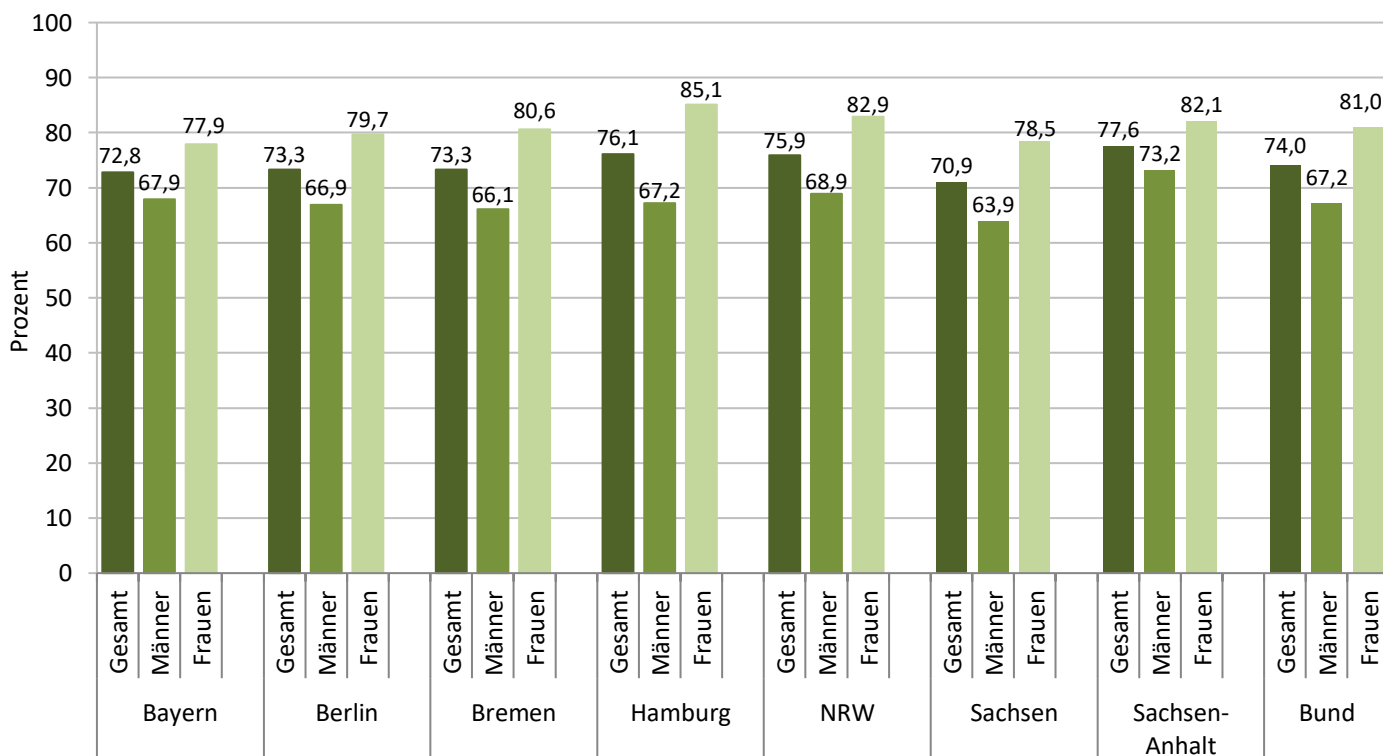


Abbildung 6-8: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von psychoaktiven Medikamenten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die höchsten Prävalenzen beim Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten zeigten die Altersgruppen 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen in den Bundesländern (Tabelle 6-8). Dabei gab es keine signifikanten Unterschiede zum Bund.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	49,5	55,1	55,3	53,5	53,5	56,0	-
18-24	73,5	66,2	58,4	64,2	66,6	70,5	71,8	69,5
25-39	73,9	73,6	77,8	79,7	80,3	76,1	77,9	76,5
40-59	73,8	75,4	75,6	76,8	77,1	68,3	80,3	75,0
60-64	64,5	70,5	69,2	73,5	70,9	67,7	72,1	68,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.9 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Bevölkerung (51,4 %) hat in den letzten 30 Tagen mindestens ein Medikament (ausgenommen Anabolika) eingenommen (Abbildung 6-9). Die Prävalenz war bei Frauen deutlich höher als bei Männern (60,6 % vs. 42,5 %). In den meisten Bundesländern zeigten sich vergleichbare Prävalenzwerte. Nur in Sachsen-Anhalt war die Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments insgesamt mit 56,2 % höher als im bundesweiten Durchschnitt.

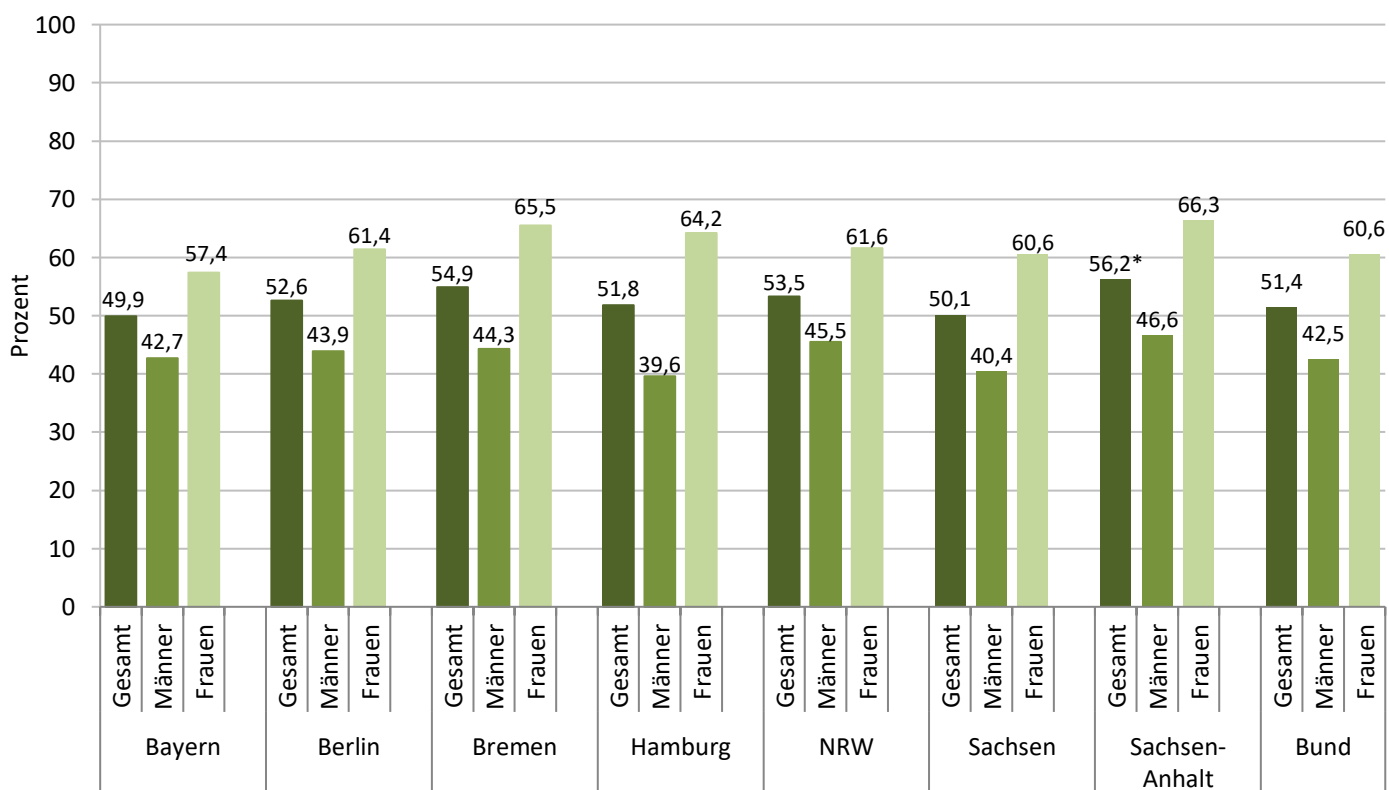


Abbildung 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In fast allen Bundesländern zeigten die Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen und der 40- bis 59-Jährigen die höchsten Prävalenzen des Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Tabelle 6-9). Nur in Bayern und Hamburg war die höchste Prävalenz in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen vertreten. Allerdings waren die Prävalenzen in allen Altersgruppen und Bundesländern nicht signifikant vom Bundesdurchschnitt verschieden.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	26,8	29,5	33,1	31,8	34,5	37,3	-
18-24	48,8	44,5	42,1	41,8	43,6	47,1	49,6	46,2
25-39	49,8	51,7	56,7	53,6	55,7	53,4	52,6	52,5
40-59	49,9	55,7	58,7	51,7	54,7	48,8	59,4	52,7
60-64	51,6	51,9	50,1	59,2	54,4	49,4	57,3	49,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.10 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

48,1 % der Befragten haben in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen, wobei dies bei Frauen deutlich häufiger vorkam als bei Männern (57,6 % vs. 38,8 %; Abbildung 6-10). In den meisten Bundesländern fanden sich vergleichbare Prävalenzwerte, nur in Sachsen-Anhalt gaben signifikant mehr Personen insgesamt einen Schmerzmittelgebrauch im letzten Monat an.

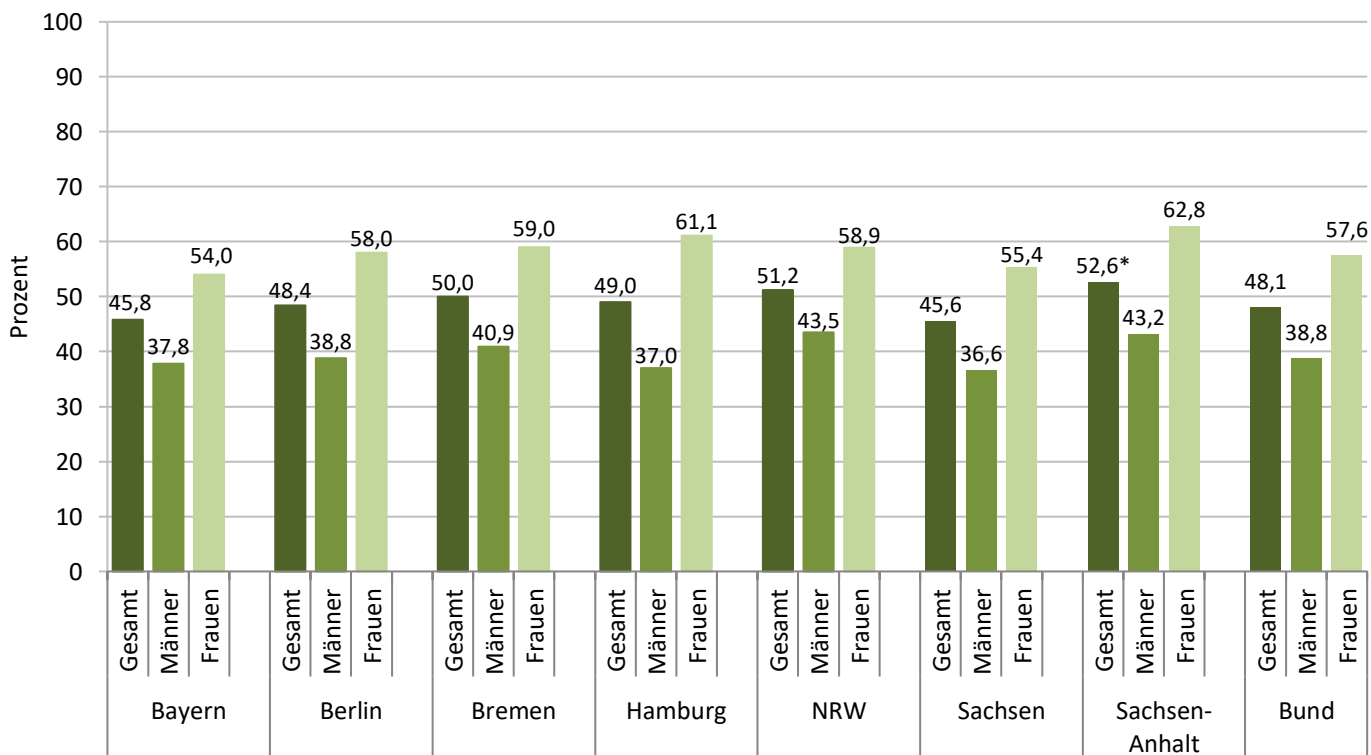


Abbildung 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Alter zwischen 25 und 39 Jahren gaben die meisten Personen an, in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen zu haben, wohingegen die Prävalenz bei den 60- bis 64-Jährigen am niedrigsten war (Tabelle 6-10).

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	25,6	26,2	30,3	30,2	30,0	35,8	-
18-24	45,6	42,8	38,1	39,2	40,6	45,5	47,3	43,0
25-39	47,1	48,7	53,4	51,8	54,2	48,6	49,9	49,8
40-59	45,9	50,0	53,4	48,4	52,0	44,5	55,3	49,6
60-64	41,8	46,2	41,3	53,9	52,7	42,8	52,6	42,7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.11 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

Etwa 5,4 % der befragten Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren haben in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen (Abbildung 6-11). Bei Frauen lag die Prävalenz mit 6,5 % etwas höher als bei Männern mit 4,3 %.

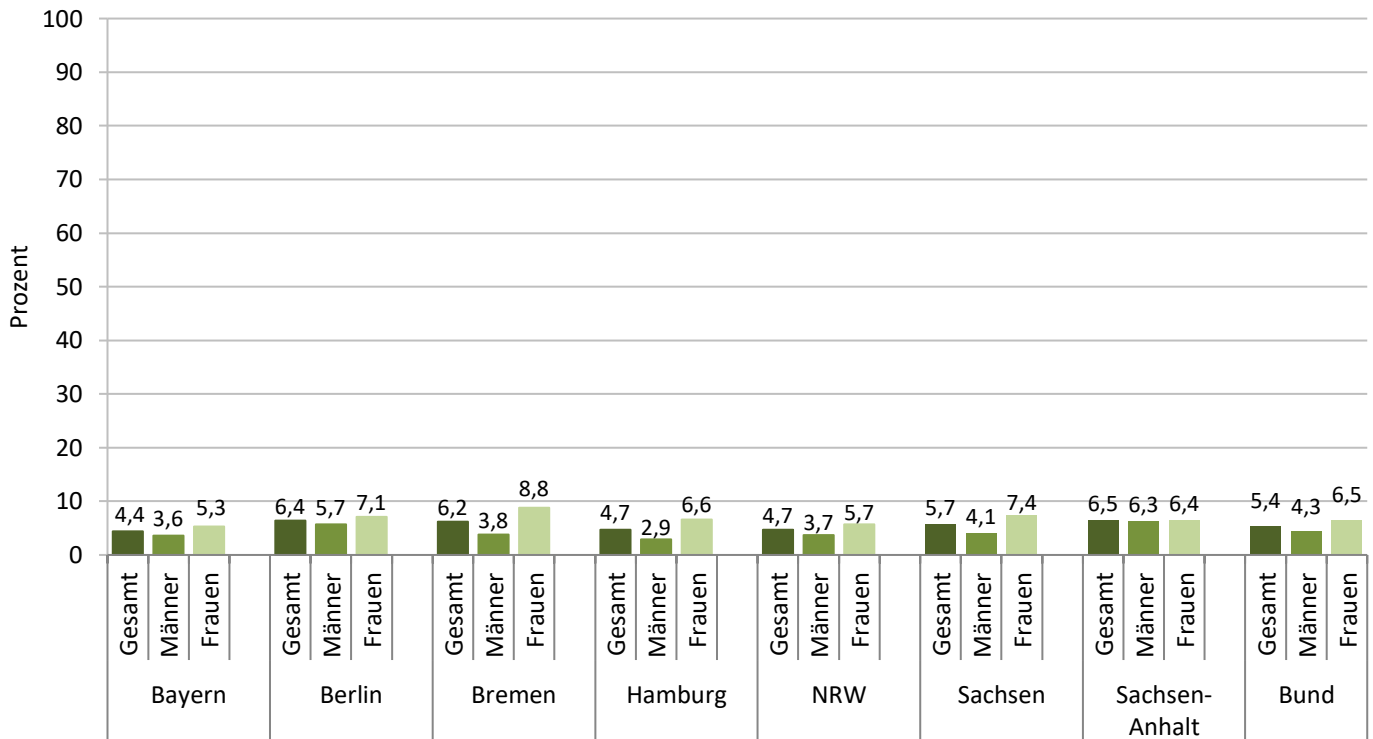


Abbildung 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Ein aktueller Gebrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln war bei den 60- bis 64-Jährigen (Bayern, Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt) am weitesten verbreitet (Tabelle 6-11). Abweichend davon waren im Bund und in Bremen die 40- bis 59-Jährigen am häufigsten betroffen. Signifikante Unterschiede zum Bund zeigten sich nur bei den 25- bis 39-Jährigen in Bayern.

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

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	2,0	3,4	3,4	3,2	3,1	0,9	4,5
18-24	4,5	3,9	7,8	2,7	3,7	2,6	5,7	4,1
25-39	2,2*	5,4	4,0	4,3	3,7	2,7	2,9	5,8
40-59	5,1	7,0	7,9	4,7	4,7	7,1	8,0	7,9
60-64	7,8	10,9	4,1	9,7	8,5	10,2	9,2	5,4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.12 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

Den Konsum von Anregungsmitteln in den letzten 30 Tagen gaben 1,0 % der Männer und 0,6 % der Frauen an (Abbildung 6-12). Es zeigten sich signifikante Unterschiede insgesamt und bei Frauen in Bremen im Vergleich zum Bund (1,7 % vs. 0,8 % bzw. 1,9 % vs. 0,6 %).

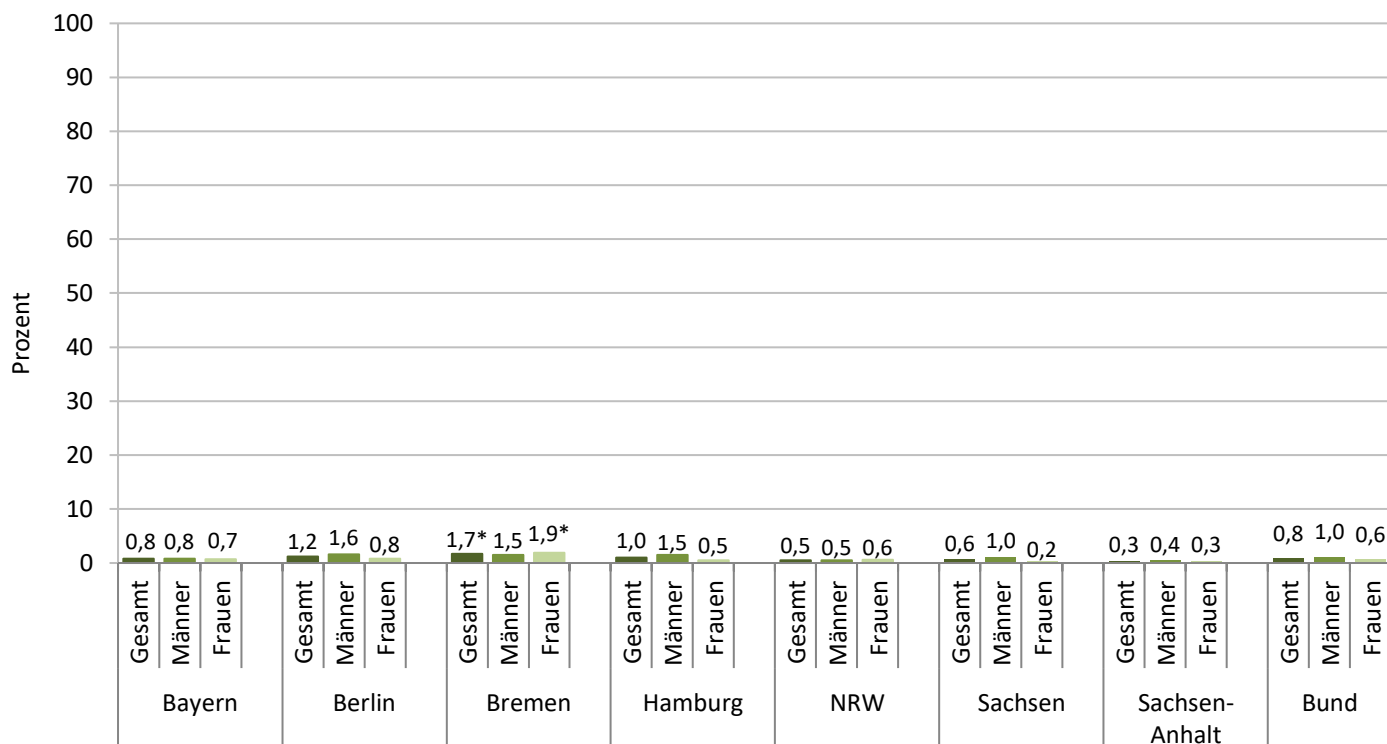


Abbildung 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In Bayern, Berlin, Sachsen-Anhalt und der Bunderhebung wiesen die 18- bis 24-Jährigen die höchste Prävalenz des aktuellen Gebrauchs von Anregungsmitteln auf, während in Berlin zusätzlich auch die 40- bis 59-Jährigen die höchste Prävalenz zeigten (Tabelle 6-12). Besonders hoch fielen die Werte bei den 15- bis 17-Jährigen in Sachsen und Bremen aus (1,5 % und 2,1 %). In Nordrhein-Westfalen zeigten die 25- bis 39-Jährigen die höchste Prävalenz, in Hamburg wiesen die 40- bis 59-Jährigen die höchsten Werte auf.

Tabelle 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,7	2,1	1,1	0,9	1,5	0,7	-
18-24	2,0	1,5	2,0	0,6	0,7	0,7	1,4	1,7
25-39	1,2	1,1	2,0	0,9	1,0	0,8	0,3	0,9
40-59	0,3	1,5	1,4	1,4	0,1	0,7	0,1	0,5
60-64	0,0	0,0	1,6	0,0	0,7	0,0	0,3	0,5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.13 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Etwa 0,4 % der Bevölkerung hat in den letzten 30 Tagen Appetitzügler eingenommen (Abbildung 6-13). In Bayern, Berlin und Sachsen lag die Prävalenz bei Männern höher als bei Frauen, auch wenn die Unterschiede teilweise sehr gering ausfielen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der Länder zum Bund.

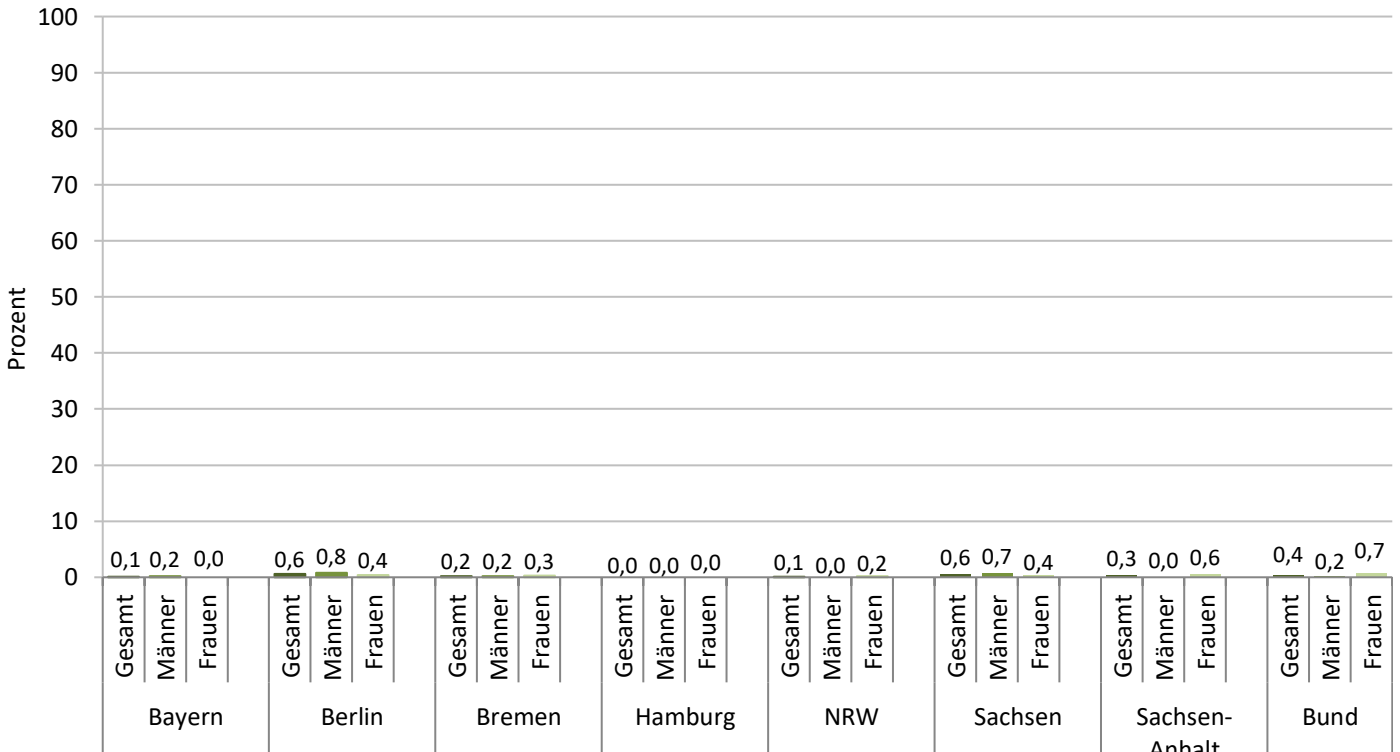


Abbildung 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

In Bayern wiesen die 18- bis 24-Jährigen die höchste Gebrauchsprävalenz auf (Tabelle 6-13). In Bremen und Sachsen-Anhalt zeigten sich die höchsten Werte bei den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen, wobei in Sachsen nur die 25- bis 39-Jährigen und in Berlin und Nordrhein-Westfalen nur die 40- bis 59-Jährigen betroffen waren. In Hamburg fand sich die höchste Prävalenz bei den 15- bis 17-Jährigen. Signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem bundesweiten Durchschnitt gab es nicht.

Tabelle 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	-
18-24	0,5	0,2	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4
25-39	0,1	0,3	0,3	0,0	0,0	1,6	0,4	1,0
40-59	0,0	1,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,4	0,2
60-64	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.



### 6.1.14 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

Insgesamt 5,3 % der Erwachsenen haben im Verlauf des letzten Monats Antidepressiva eingenommen (Abbildung 6-14). Vergleichbare Werte waren in allen sieben Bundesländern zu beobachten. In allen Fällen wiesen Frauen höhere Werte auf als Männer.

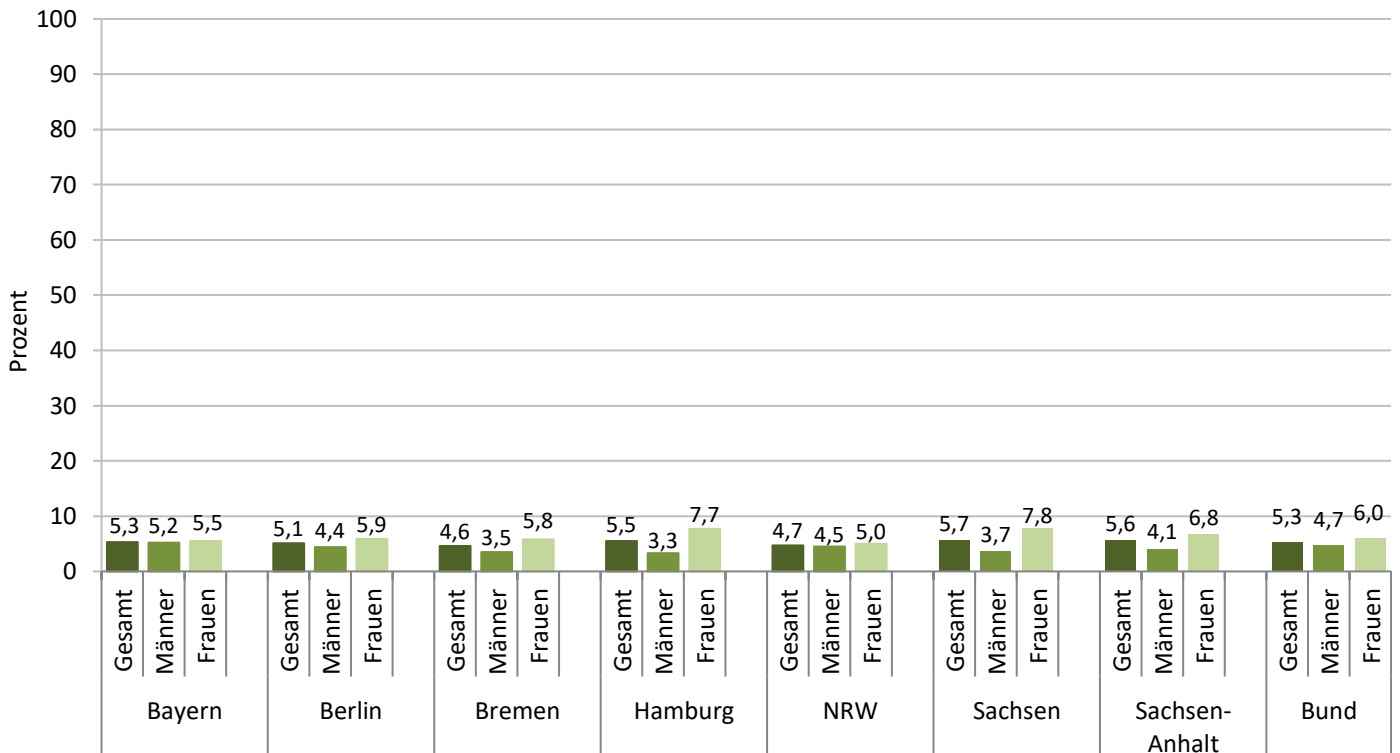


Abbildung 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Mit der Ausnahme von Nordrhein-Westfalen zeigten in allen Bundesländern und im Bund die 60- bis 64-Jährigen die höchste Wahrscheinlichkeit, aktuell Antidepressiva einzunehmen (Tabelle 6-14). In Nordrhein-Westfalen wiesen die 40- bis 59-Jährigen die höchste Prävalenz auf. Signifikante Prävalenzunterschiede zum Bundesdurchschnitt gab es in keinem Bundesland.

Tabelle 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,7	1,4	0,9	1,5	0,4	0,0	-
18-24	3,9	4,4	4,3	1,6	1,8	1,7	2,0	3,2
25-39	4,3	3,8	4,0	3,9	4,2	4,3	2,7	4,4
40-59	5,7	6,1	4,3	6,5	5,9	6,2	6,7	5,9
60-64	8,3	7,5	8,2	13,0	4,6	10,3	10,2	8,2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.15 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Neuroleptika wurden von 1,4 % der Männer und 1,3 % der Frauen in der Bunderhebung im Zeitraum der letzten 30 Tage eingenommen (Abbildung 6-15). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Bund und Ländern. Höhere Prävalenzwerte von Männern im Vergleich zu Frauen fanden sich im Bund und in Bayern, Berlin und Hamburg.

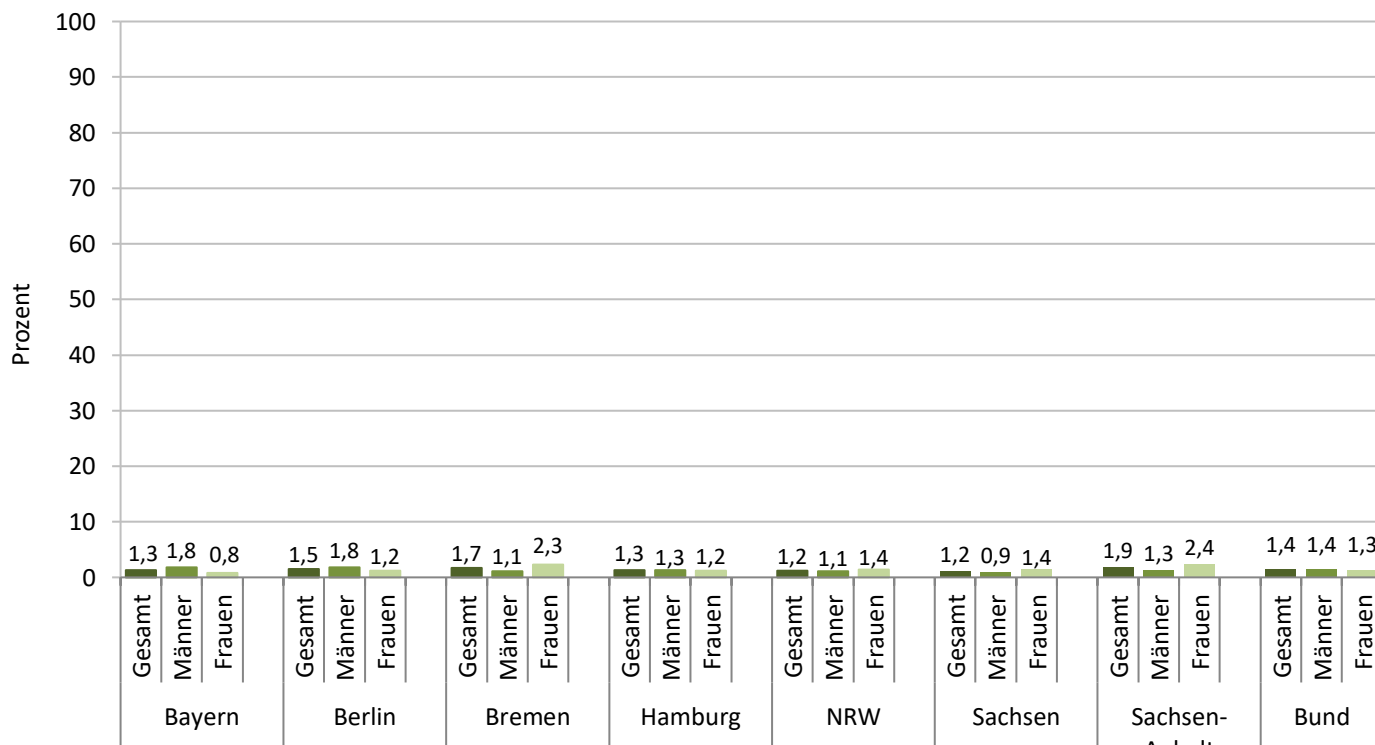


Abbildung 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland  
Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen zeigte in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und der Bunderhebung die höchste Prävalenz des aktuellen Gebrauchs von Neuroleptika, wobei in Bremen auch die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen die höchste Prävalenz aufwies (Tabelle 6-15). In Sachsen war der Gebrauch unter den 18- bis 24-Jährigen am weitesten verbreitet. In Nordrhein-Westfalen waren die 18- bis 24-Jährigen und die 60- bis 64-Jährigen am häufigsten betroffen.

Tabelle 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,9	0,4	0,4	0,6	0,7	-
18-24	0,4	0,0	2,4	0,6	2,1	2,0	0,4	1,5
25-39	0,2	0,8	0,6	0,5	1,5	1,6	1,0	1,1
40-59	2,4	2,7	2,4	2,2	0,6	0,7	2,7	1,6
60-64	0,8	0,7	1,8	0,9	2,1	0,9	1,6	1,3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.16 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika

Die aktuelle Gebrauchsprävalenz von Anabolika lag bei 0,2 %, wobei Männer eine höhere Prävalenz aufweisen, als Frauen (0,2 % vs. 0,1 %) (Abbildung 6-16). Die Prävalenz unterschied sich in keinem Bundesland signifikant vom Bund.

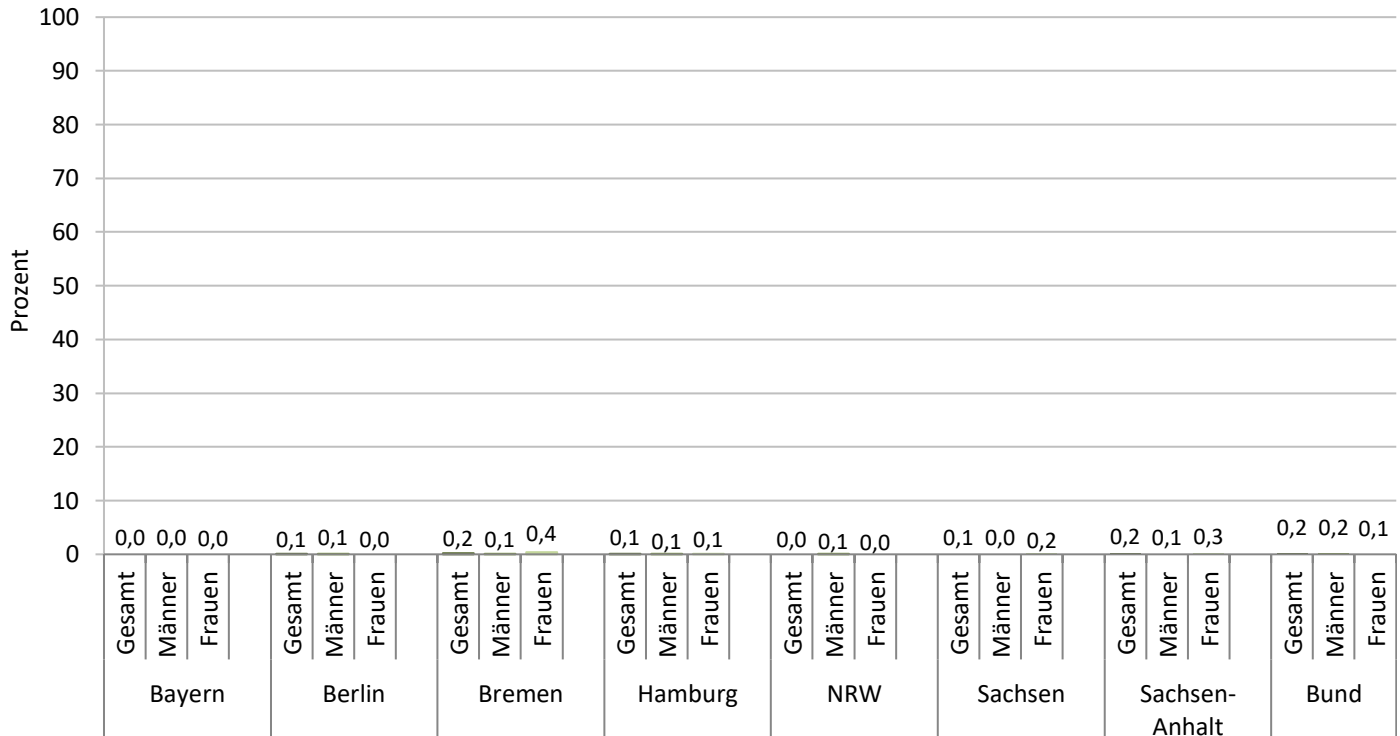


Abbildung 6-16: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland  
Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen fiel Bremen mit erhöhten Prävalenzwerten in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen auf (Tabelle 6-16). Dennoch wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Tabelle 6-16: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland (Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	0,0	0,9	0,0	0,7	0,2	0,0	-
18-24	0,0	0,0	0,0	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3
25-39	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5	0,3
40-59	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
60-64	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.17 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Konsumierende)

Von den aktuell Konsumierenden von Medikamenten (ausgenommen Anabolika) haben 31,3 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen (Abbildung 6-17). Dabei ergaben sich für Frauen in allen Bundesländern höhere Prävalenzen als bei Männern. Die jeweilige Prävalenz in den Bundesländern war mit der Prävalenz im Bund insgesamt vergleichbar. Die einzige Ausnahme hier waren Frauen aus Sachsen-Anhalt, die einen deutlich höheren Wert als im Bund aufwiesen (41,8 % vs. 33,1 %).

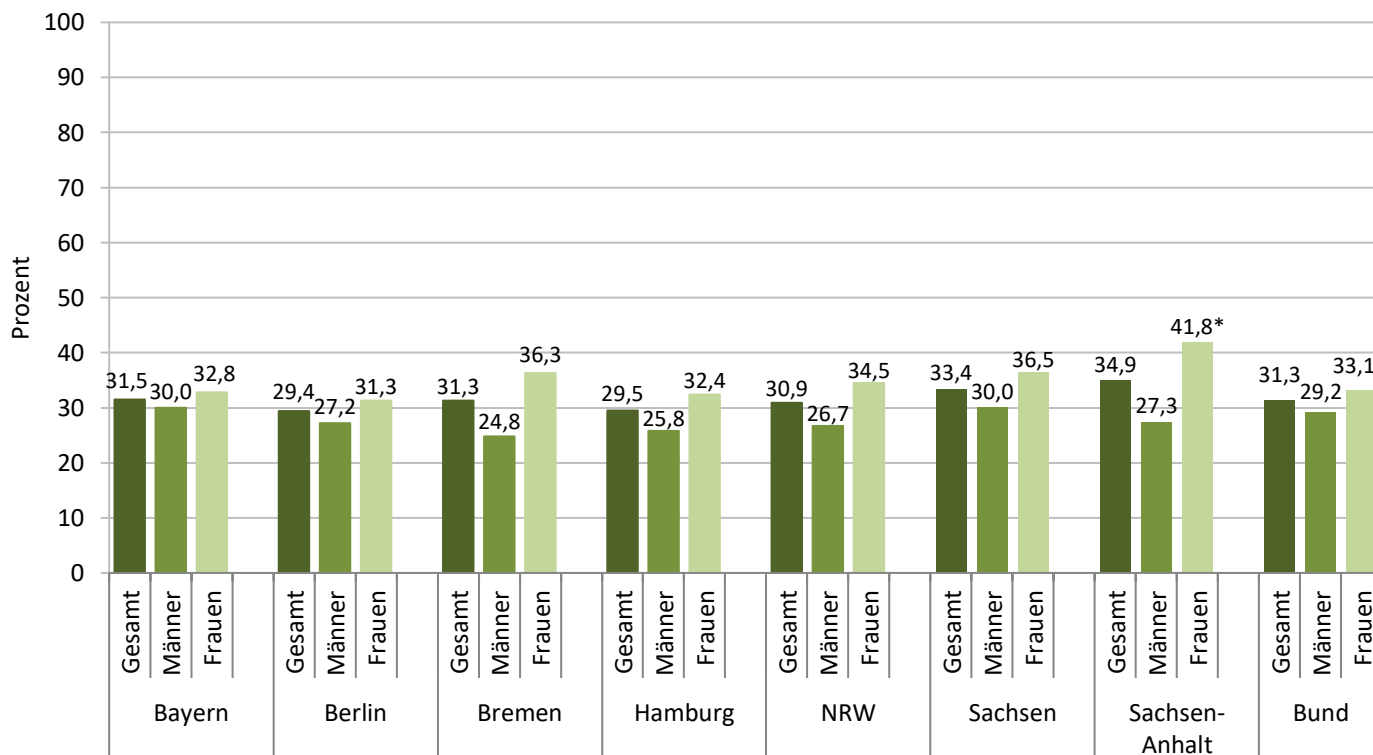


Abbildung 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich nach Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zum Bund (Tabelle 6-17).

Tabelle 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	13,3	17,3	12,6	22,1	19,9	15,6	-
18-24	22,7	23,0	21,5	17,0	25,2	21,1	18,1	23,7
25-39	21,4	21,8	24,8	23,8	27,0	27,5	29,6	25,4
40-59	34,5	34,3	35,1	32,5	33,7	36,7	35,3	34,2
60-64	62,1	47,2	49,1	55,6	37,4	48,4	57,3	44,9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.18 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende)

Insgesamt 24,9 % der Personen, die in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen hatten, gaben an, dies mindestens wöchentlich getan zu haben (Abbildung 6-18). Bei Frauen war dieser Anteil mit 26,6 % etwas höher als bei Männern mit 22,9 %. Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt gab es nur bei Frauen in Sachsen-Anhalt (35,4 %).

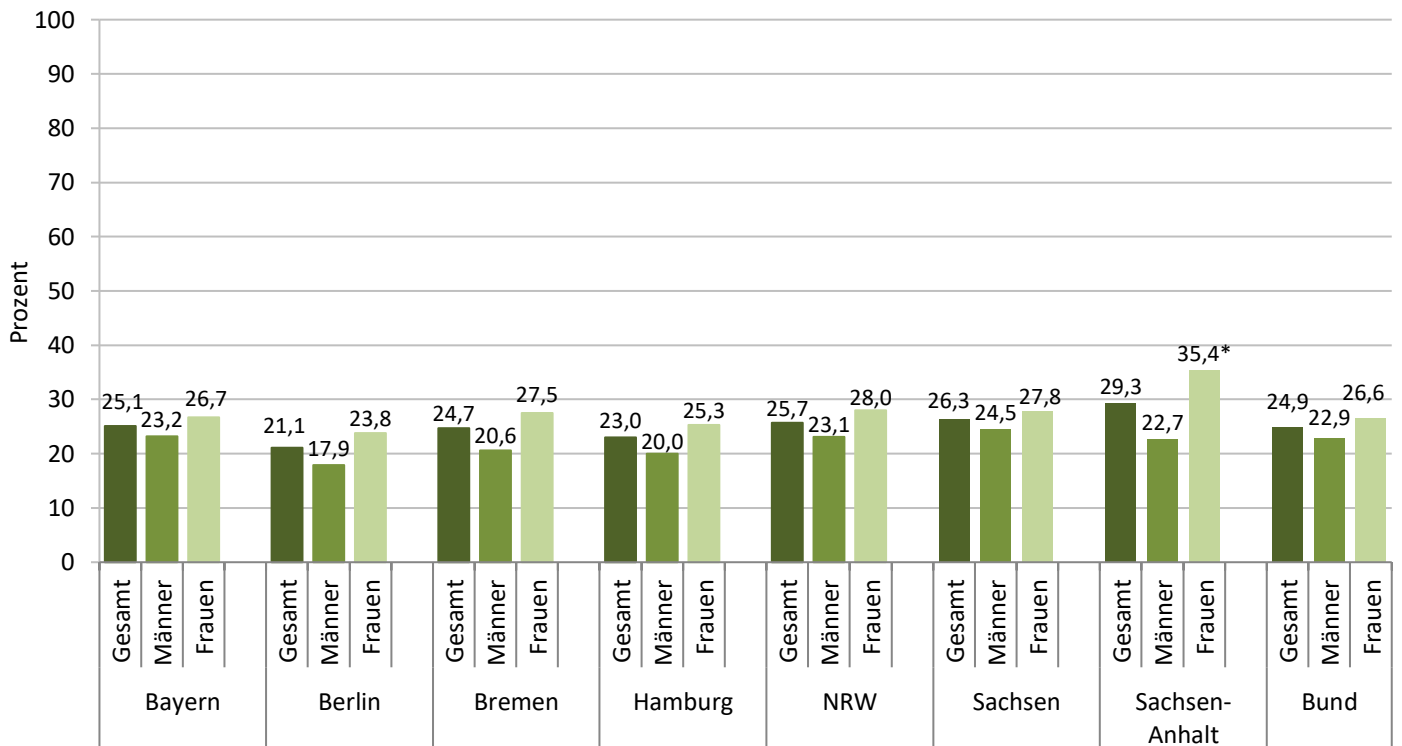


Abbildung 6-18: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der Altersgruppen zeigte lediglich die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen in Sachsen-Anhalt eine deutlich höhere Prävalenz im Vergleich zum Bund (Tabelle 6-18). Ansonsten waren die Werte der Länder mit denen des Bundes vergleichbar.

Tabelle 6-18: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	8,6	9,2	6,9	19,2	12,9	12,8	-
18-24	18,0	16,5	13,1	12,6	20,8	18,1	13,9	17,3
25-39	15,1	16,0	19,1	17,2	21,8	20,2	26,1	19,2
40-59	29,1	23,8	28,0	25,7	28,5	29,3	27,4	28,6
60-64	50,8	36,4	45,4	49,6	31,6	39,1	56,1*	34,8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.19 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende)

Von den aktuell Konsumierenden von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln hatten 56,5 % der Männer und 46,1 % der Frauen diese Substanzen wöchentlich eingenommen (Abbildung 6-19). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede auf Ebene der teilnehmenden Bundesländer.

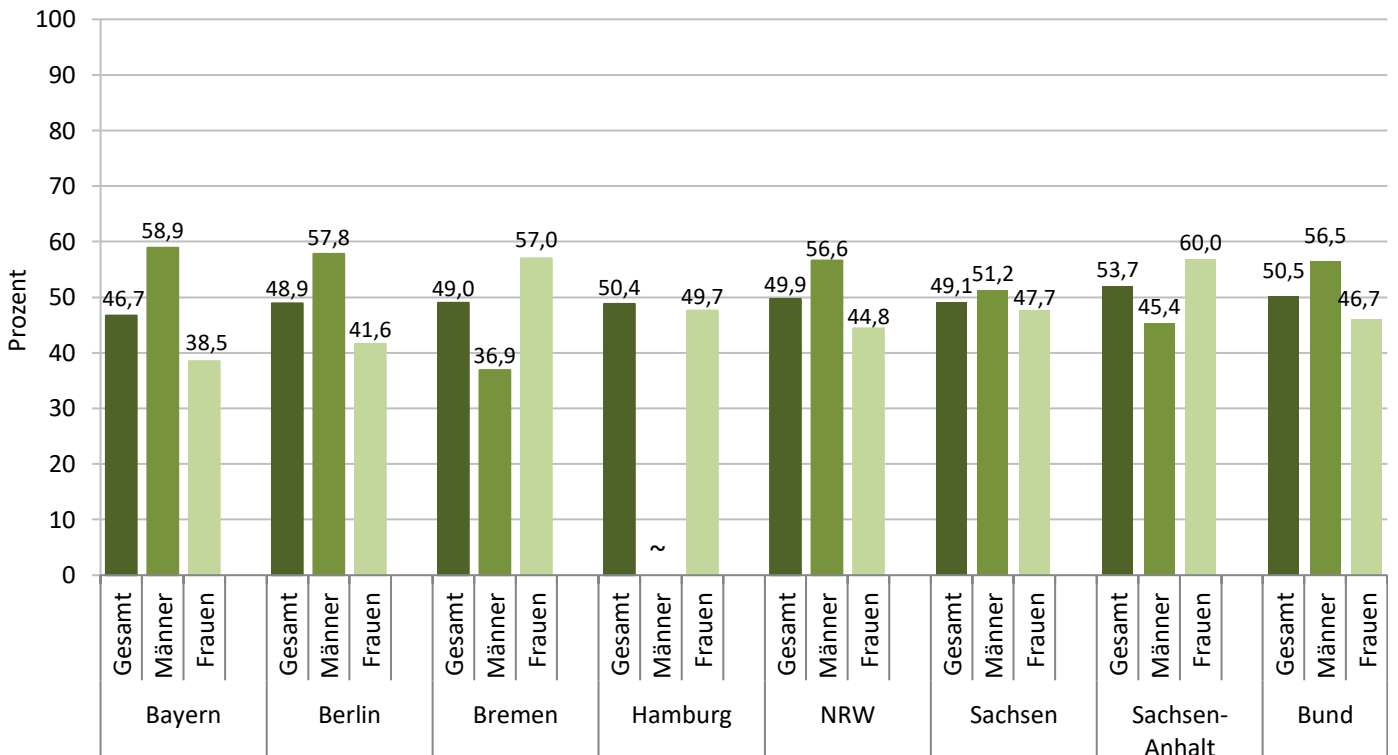


Abbildung 6-19: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumierende)

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der Altersgruppen konnten aufgrund kleiner Stichproben (n<50) keine signifikanten Unterschiede zwischen Ländern und Bund berechnet werden (Tabelle 6-19).

Tabelle 6-19: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Konsumierende, Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	~	~	~	~	~	~	-
18-24	~	~	~	~	40,4	~	~	39,1
25-39	43,4	30,1	~	38,7	25,0	27,2	25,2	40,9
40-59	45,1	58,1	~	~	66,4	51,5	64,9	55,8
60-64	~	~	~	~	~	~	~	60,6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. ~ n < 30 Personen. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12 Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.1.20 Problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten (Gesamt)

Ein problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten wurde bei 5,7 % der bundesweiten Gesamtstichprobe festgestellt (Abbildung 6-20). Dies spiegelte sich in den einzelnen Bundesländern wider. Signifikante Unterschiede zum Bund gab es bei den Frauen in Hamburg.

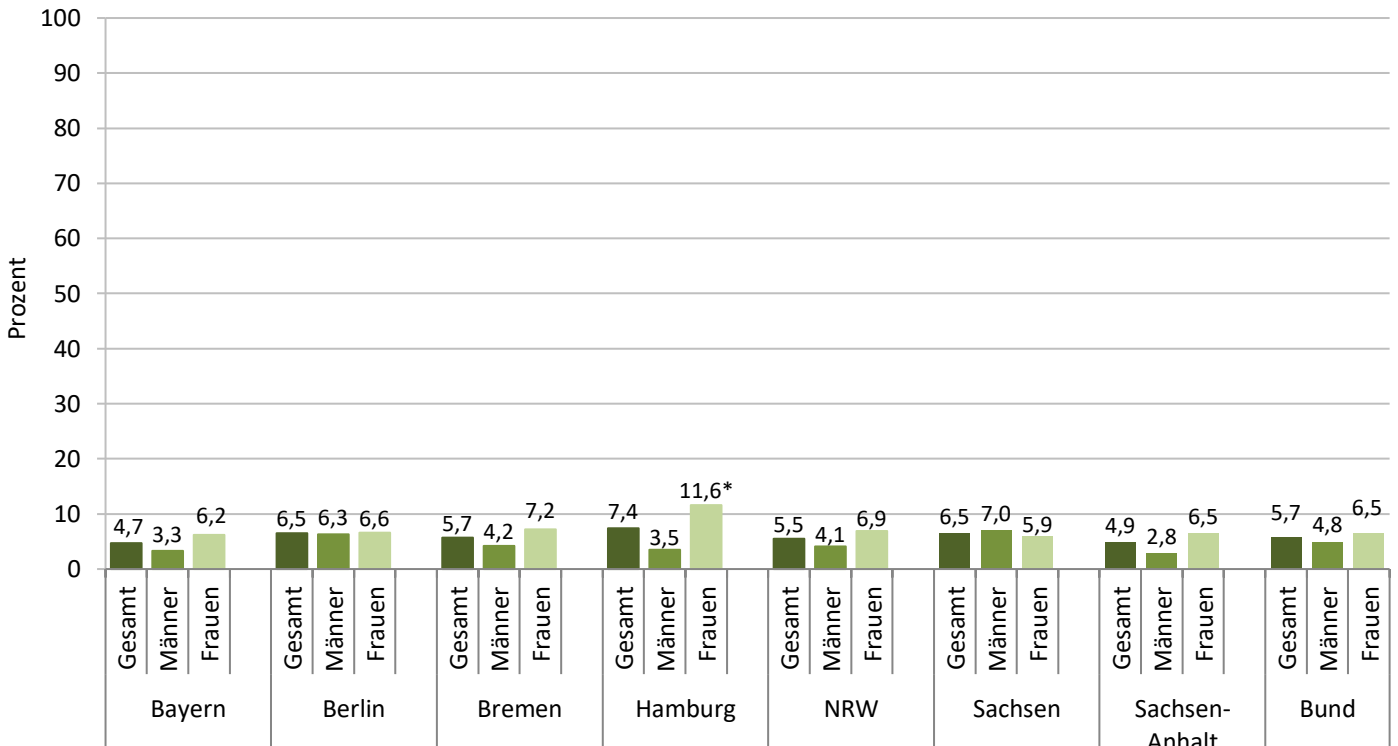


Abbildung 6-20: Problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Bundesland (Gesamt)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit Bund-Werten. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 6-20). Insgesamt war der Anteil an Personen mit erfüllten Kriterien für einen problematischen Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten in den Altersgruppen der 40- bis 64-Jährigen am höchsten.

Tabelle 6-20: Problematischer Konsum von Medikamenten nach KFM in den letzten 12 Monaten nach Alter und Bundesland (Gesamt, Prozent)

	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	NRW	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Bund
15-17	-	2,6	4,4	3,1	7,4	3,6	0,9	-
18-24	5,0	4,6	7,8	2,0	3,3	3,9	5,4	4,9
25-39	4,2	5,4	3,2	7,3	6,0	3,7	5,4	5,3
40-59	4,0	7,5	7,2	7,3	6,2	7,3	4,8	6,0
60-64	8,4	8,6	4,3	15,2	3,9	11,7	3,7	6,2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2 Trends 1995 bis 2021

### 6.2.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Medikamentengebrauchs, 1995-2021

Allgemein zeigt sich in allen untersuchten Bundesländern ein signifikanter Zuwachs der 12-Monats Prävalenz von Schmerzmitteln im Vergleich zu mehreren früheren Erhebungen. In Berlin und Sachsen-Anhalt zeigt sich diese Zunahme sogar im Vergleich zu jedem vergangenen Erhebungszeitpunkt. Dasselbe Muster zeigt sich auch bezüglich der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von mindestens einem Medikament ohne Anabolika. In allen Bundesländern stieg diese im Vergleich zu mehreren vergangenen Erhebungszeitpunkten signifikant an. Die Prävalenz des Konsums von Appetitzüglern zeigt sich in jedem Bundesland außer Bremen im Vergleich zu der ersten Erhebung im Jahr 1995 signifikant geringer. Außerdem stieg die Prävalenz des problematische Medikamentengebrauchs seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 in Hamburg signifikant an, während sie in Bremen signifikant sank (Tabelle 6-21).

Tabelle 6-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme, 1995-2021 (Prozent)

	1995	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>									
Schmerzmittel	62,6*	44,2*	64,0*	61,2*	60,1*	64,6*	62,2*	67,9	70,7
Schlaf- und Beruhigungsmittel	15,6*	7,5	8,0*	8,3*	7,4*	7,1*	5,4	4,6	5,6
Anregungsmittel	2,4*	0,7	0,9	0,5	0,4	0,7	0,6	0,9	1,0
Appetitzügler	2,3*	0,9*	1,0*	0,5*	0,4*	0,5*	0,1	0,2	0,1
Antidepressiva	-	3,6*	4,6	3,9*	3,6*	4,8	4,7	4,5	5,4
Neuroleptika	-	1,0	0,8	0,9	0,5*	1,2	1,3	1,1	1,3
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	65,2*	46,7*	67,2*	64,4*	62,1*	67,2*	64,1*	69,9	72,6
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	3,1	4,7	3,6	3,0	-	3,5	-	4,6
<b>NRW</b>									
Schmerzmittel	64,1*	43,9*	61,9*	66,1*	67,7*	63,9*	65,9*	72,9	75,6
Schlaf- und Beruhigungsmittel	16,8*	8,2	8,1	7,7	7,9*	8,5*	7,9*	5,6	6,0
Anregungsmittel	2,2*	0,8	1,0	0,5	1,0	0,8	1,1	1,2	0,9
Appetitzügler	4,1*	1,5*	1,1*	1,1*	0,6*	0,4	0,5	0,3	0,1
Antidepressiva	-	3,7*	3,6*	4,5	3,7	6,5	5,9	4,1	5,1
Neuroleptika	-	1,3	0,9	0,9	0,6	0,7	1,1	1,4	1,1
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	66,7*	46,6*	64,0*	68,5*	70,9*	67,0*	68,4*	74,3	77,5
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	2,8*	4,5	4,8	4,7	-	5,2	-	5,4

<sup>1</sup> Problematischer Medikamentengebrauch nach KFM: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch; Schwellenwert  $\geq 4$ .



Tabelle 6-21 (Fortsetzung 1 von 2): Trends der 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme, 1995-2021 (Prozent)

	1995	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Sachsen</b>									
Schmerzmittel	63,9	43,1*	57,9*	54,1*	56,8*	60,7*	54,9*	62,0*	68,6
Schlaf- und Beruhigungsmittel	26,6*	9,7	10,4	7,2	7,6	7,2	6,7	5,4	6,9
Anregungsmittel	7,7*	2,0	1,2	0,4	0,8	1,7	0,9	0,6	0,7
Appetitzügler	8,0*	2,9*	1,5	0,6	0,4	0,1	0,2	0,2	0,5
Antidepressiva	-	3,8	3,1*	4,0	3,8*	4,2	4,6	3,3*	5,7
Neuroleptika	-	1,2	1,3	1,0	1,0	0,9	1,3	1,3	1,5
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	69,1	46,9*	61,2*	57,7*	59,9*	62,9*	58,0*	64,3*	71,3
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	3,0	2,8*	6,2	3,3	-	3,8	-	5,1
<b>Sachsen-Anhalt</b>									
Schmerzmittel	64,6*	49,4*	60,5*	59,6*	57,5*	62,7*	58,2*	69,7*	75,5
Schlaf- und Beruhigungsmittel	25,4*	12,7*	8,2	8,5	6,6	8,3	9,4*	4,5	7,2
Anregungsmittel	2,8*	0,3	0,0	0,0	0,0	1,3	1,1	0,3	0,8
Appetitzügler	3,2*	2,2	0,9	0,4	0,4	0,3	0,7	0,0	0,6
Antidepressiva	-	3,1*	2,9	3,3	6,2	7,8	4,5	2,5	6,0
Neuroleptika	-	2,2	1,1	2,4	0,8	2,5	2,4	0,0	2,2
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	71,7	52,9*	62,7*	62,8*	59,1*	64,6*	62,3*	70,9	78,4
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	3,0	2,4	5,7	3,3	-	4,1	-	4,6

<sup>1</sup> Problematischer Medikamentengebrauch nach KFM: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch; Schwellenwert  $\geq 4$ .

Tabelle 6-21 (Fortsetzung 1 von 2): Trends der 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme, 1995-2021 (Prozent)

	1995	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>									
Schmerzmittel	54,8*	44,0*	61,6*	67,1*	64,6*	64,2*	63,2*	70,9*	74,0
Schlaf- und Beruhigungsmittel	28,5*	10,3	9,2	9,7	14,7*	7,3	8,5	8,8	7,7
Anregungsmittel	7,7*	1,6	0,4	0,8	0,4	1,1	1,3	2,2	1,7
Appetitzügler	5,7*	1,6*	0,6	0,5	0,0	0,6	0,1	0,3	0,4
Antidepressiva	-	4,1*	3,8	5,1	6,5	5,7	3,9	5,2	6,1
Neuroleptika	-	1,5	1,1	0,7	1,5	1,5	1,1	1,6	1,3
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	60,4*	47,9*	64,3*	71,4*	69,4*	66,7*	64,8*	72,7*	76,1
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	3,1*	5,0	5,6	3,0	-	4,7	-	6,1
<b>Bremen</b>									
Schmerzmittel	69,5	35,5*	61,7	51,4*	63,4	65,5	64,1	65,9	74,0
Schlaf- und Beruhigungsmittel	8,5	0,9*	9,4	9,6	2,6	12,3	16,3*	19,1*	7,5
Anregungsmittel	0,0	0,9	0,0	0,0	2,4	0,0	1,9	1,0	2,1
Appetitzügler	1,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Antidepressiva	-	0,0	0,0	2,8	5,1	6,5	14,5*	6,7	4,6
Neuroleptika	-	0,0	6,2	0,0	0,0	3,4	2,7	0,0	1,9
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	72,1	35,5*	67,8	58,0*	67,6	65,5	67,4	65,9	75,6
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	2,8	9,8	5,2	4,4	-	16,6*	-	5,2
<b>Hamburg</b>									
Schmerzmittel	66,6*	44,9*	62,9*	57,5*	66,9*	72,9	63,0*	73,4	76,1
Schlaf- und Beruhigungsmittel	15,0*	8,5	10,4*	4,6	8,4*	9,3*	6,3	10,0*	5,2
Anregungsmittel	2,3	0,7	0,3*	0,0	0,3*	1,8	1,0	1,2	1,7
Appetitzügler	4,5*	1,4*	0,8*	0,0	0,1	0,9*	0,5*	0,3	0,0
Antidepressiva	-	3,6	5,0	2,6	5,0	7,8	4,8	5,6	4,7
Neuroleptika	-	0,7	1,5	2,4	0,9	1,0	1,2	0,8	1,4
Mind. 1 Medikament ohne Anabolika	70,5*	47,3*	67,5*	59,1*	69,5*	76,2	64,6*	75,1	78,3
Problematischer Medikamentengebrauch <sup>1</sup>	-	2,0*	4,9	2,2	4,7	-	3,2*	-	6,0

<sup>1</sup>Problematischer Medikamentengebrauch nach KFM: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch; Schwellenwert  $\geq 4$ .

## 6.2.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

Über den gesamten Erhebungszeitraum von 26 Jahren zeigten sich in allen Bundesländern, sowie bei Männern und Frauen, signifikante Änderungen in der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln (Abbildung 6-21). In allen Bundesländern war die Prävalenz zwischen den Jahren 1995 und 2000 deutlich zurückgegangen und zeigte seitdem wieder einen Anstieg. Mit Ausnahme der Frauen in Bremen, lag die Prävalenz im Jahr 2021 signifikant höher als in den Jahren 2000 und 2015.

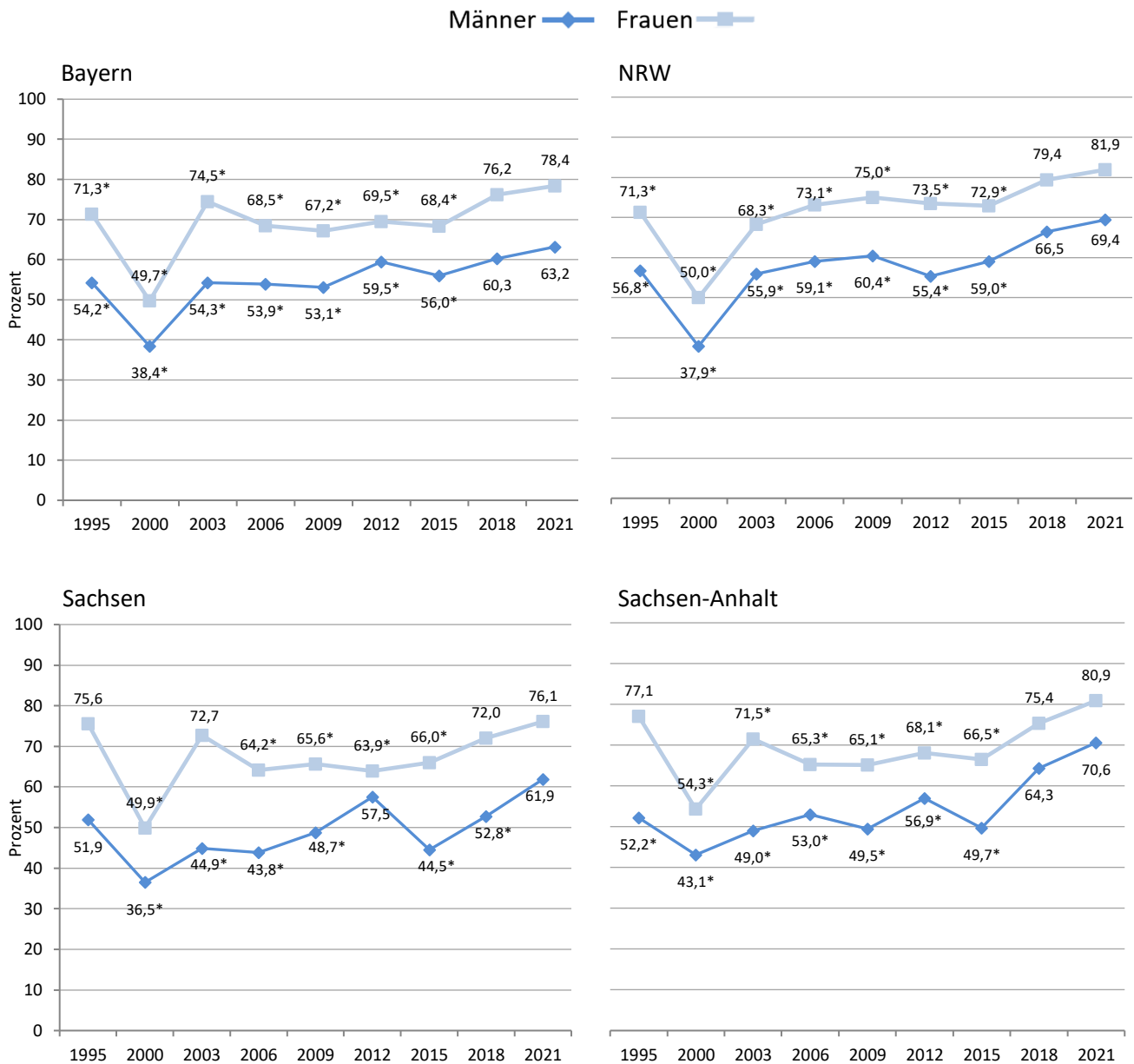


Abbildung 6-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

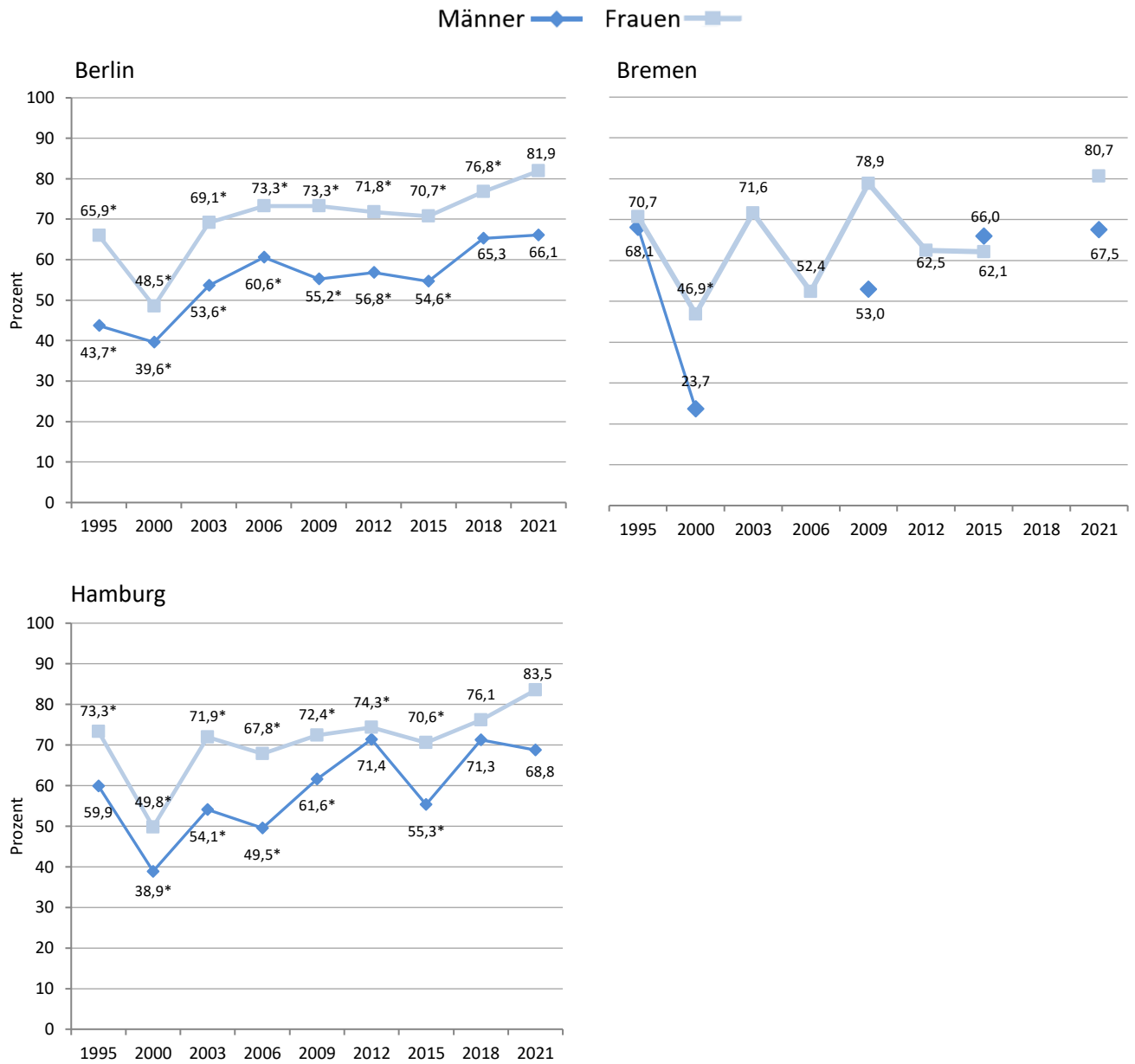


Abbildung 6-21 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Altersgruppenspezifische Trendanalysen bestätigen weitgehend, dass es im Vergleich zum Jahr 1995 wesentliche Veränderungen in der Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs gegeben hat (Tabelle 6-22). In fast allen Altersgruppen und Bundesländern war die Prävalenz seit dem Beginn der 2000er Jahre angestiegen.

Tabelle 6-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	55,2*	-	43,2*	63,2*	65,0*	59,8*	64,2*	57,4*	65,4*	71,6
25-39	61,5*	-	42,2*	68,0	63,6*	66,3	70,0	66,9	70,6	72,2
40-59	65,9	-	46,5*	60,9*	58,6*	56,4*	61,3*	60,5*	66,8	69,3
60-64	-	-	-	-	48,5	45,3	42,8	47,3	51,9	59,3
<b>NRW</b>										
18-24	55,0*	-	40,1*	66,0	66,3	71,7	65,2*	61,4*	70,4	69,2
25-39	66,9*	-	45,1*	64,1*	74,2	73,9	65,5*	71,7*	74,7	78,5
40-59	64,5*	-	43,8*	59,1*	61,1*	63,0*	62,7*	63,8*	72,4	75,6
60-64	-	-	-	-	48,7*	45,5*	51,7*	47,9*	53,2*	68,4
<b>Sachsen</b>										
18-24	56,2	-	42,8*	56,2*	70,0	59,7*	67,0	56,5*	63,8	69,7
25-39	60,6*	-	48,6*	67,0	60,9*	58,9*	68,9	58,6*	63,0*	72,3
40-59	68,7	-	38,7*	50,8*	43,7*	54,8*	54,9*	52,3*	60,9	66,0
60-64	-	-	-	-	56,3	37,2*	36,8*	45,1*	51,8	59,9
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	40,1	64,1	54,7	65,5	56,7*	61,5	71,6	71,8
25-39	62,3*	-	53,0*	68,9*	58,4*	67,1*	75,6	65,7*	72,8	78,5
40-59	67,9	-	49,9*	53,6*	61,0*	48,2*	58,8*	53,3*	67,6	74,5
60-64	-	-	-	-	~	~	40,9	~	~	65,1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-22 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	30,5*	-	40,7*	63,1	69,1	63,2	63,0	62,3	68,8	68,2
25-39	46,9*	-	43,0*	60,5*	73,0	64,2*	63,6*	69,5	75,8	75,4
40-59	65,5*	-	45,8*	61,9*	62,0*	65,0*	65,1*	60,0*	67,2*	74,1
60-64	-	-	-	-	40,1*	~	46,9*	56,0	57,8	66,1
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	62,5
25-39	~	-	42,3	~	~	~	~	~	~	78,1
40-59	69,1	-	29,3	~	~	~	60,0	63,1	~	74,5
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	61,2
<b>Hamburg</b>										
18-24	57,4	-	~	66,0	71,5	65,2	70,9	47,8*	67,6	65,7
25-39	58,2*	-	39,1*	65,8*	81,8	68,1*	72,5	69,3*	79,9	78,6
40-59	75,9	-	49,9*	59,5*	42,6*	66,4*	73,5	62,0*	70,5	76,8
60-64	-	-	-	-	~	49,6*	~	41,2*	~	74,8

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

### 6.2.3 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

In allen beteiligten Bundesländern zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln über den Beobachtungszeitraum von 26 Jahren einen signifikanten Rückgang (Abbildung 6-22). Diese Änderungen betrafen sowohl Männer als auch Frauen. Dies wird vor allem beim Rückgang von 1995 auf 2000 deutlich. Seit dem Jahr 2000 gab es insgesamt nur wenige Veränderungen. Die Werte bei Männern waren in den letzten 21 Jahren weitestgehend stabil. Bei Frauen zeigte sich ein Rückgang seit 2009 in Berlin und seit 2012 in Nordrhein-Westfalen. In Bayern war ein signifikanter Anstieg bei den Frauen zu erkennen.

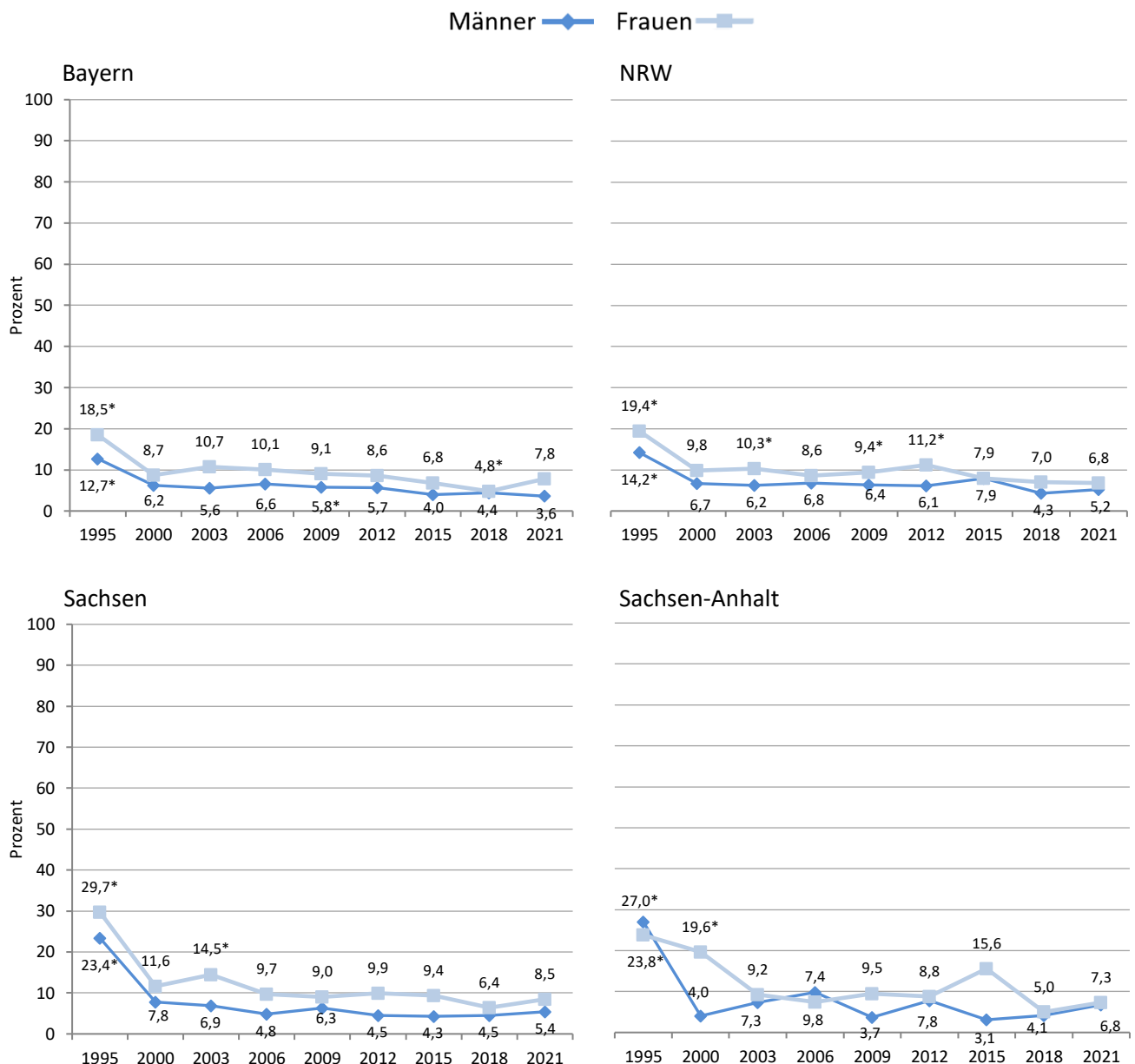


Abbildung 6-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

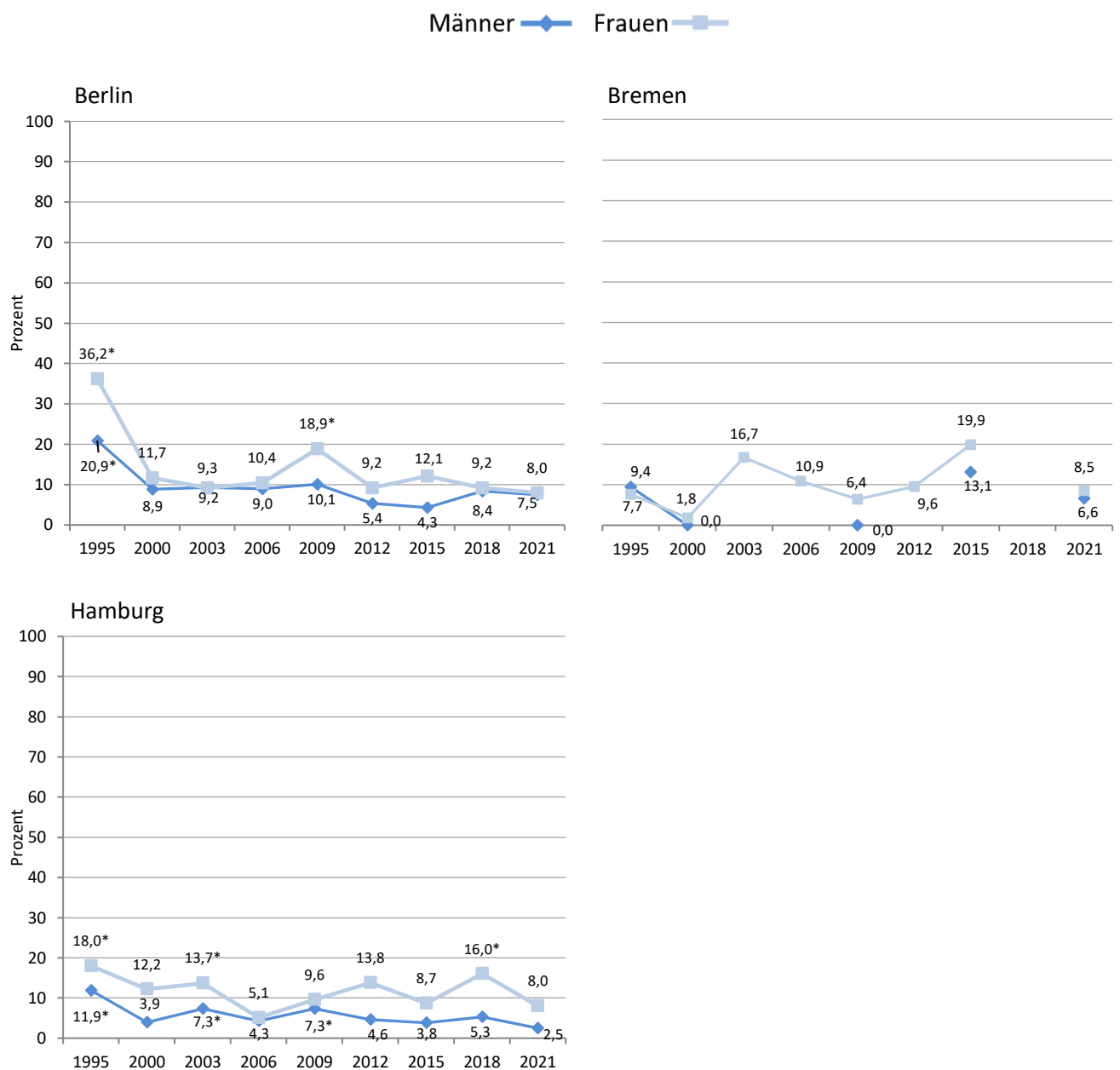


Abbildung 6-22 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Der Rückgang der Gebrauchsprävalenzen von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln war insbesondere in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen sichtbar (Tabelle 6-23). In allen Bundesländern, ausgenommen Hamburg, zeigten sich darüber hinaus Rückgänge bei den 25- bis 39-Jährigen.

Tabelle 6-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	9,5	-	3,3	5,8	8,6	5,7	6,2	4,6	6,1	5,0
25-39	10,0*	-	5,6	5,7	6,2	6,2*	6,3*	5,2	3,9	4,2
40-59	20,0*	-	9,8	10,6*	9,7*	8,6	7,9	5,7	4,6	6,8
60-64	-	-	-	-	12,3	11,0	9,6	8,5	3,4	7,4
<b>NRW</b>										
18-24	9,3	-	5,8	5,3	4,3	6,0	5,3	6,3	6,5	6,1
25-39	12,9*	-	5,5	8,6	5,1	6,1	6,6	9,2*	6,5	6,3
40-59	22,0*	-	10,1*	8,5	10,1*	9,5*	10,3*	7,6	4,9	5,8
60-64	-	-	-	-	9,9	8,1	11,6	10,4	9,3	9,0
<b>Sachsen</b>										
18-24	15,1	-	6,6	3,1	3,0	5,2	5,3	5,2	6,5	4,9
25-39	15,6*	-	5,1	10,8*	5,1	5,1	5,4	5,7	5,4	5,3
40-59	37,0*	-	12,3	12,5	10,2	9,7	8,6	7,7	5,1	8,2
60-64	-	-	-	-	22,6	18,3	10,4	6,8	9,1	12,2
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	1,9	5,6	1,2	7,6	11,8	6,1	6,1	4,4
25-39	18,3*	-	7,3	4,5	7,8	4,9	1,6	4,8	10,8	5,2
40-59	38,1*	-	17,2*	11,6	10,1	7,5	9,4	12,6	0,9*	8,8
60-64	-	-	-	-	~	~	13,3	~	~	11,2

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-23 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	11,9	-	10,8	14,7	6,9	16,9*	2,8	6,5	9,1	5,5
25-39	17,9*	-	6,0	2,7	6,8	6,1	6,2	4,2	8,6	7,0
40-59	39,1*	-	13,3	12,2	12,7	18,8*	9,3	11,2	8,9	9,0
60-64	-	-	-	-	13,4	~	9,8	8,2	9,8	11,5
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	9,6
25-39	~	-	0,0	~	~	~	~	~	~	5,9
40-59	12,8	-	2,2	~	~	~	14,0	22,1	~	8,1
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	6,7
<b>Hamburg</b>										
18-24	5,9	-	~	12,7*	6,4	5,8	3,3	5,0	9,4	3,9
25-39	9,8	-	1,5	9,5*	1,9	6,2	11,8*	6,9	9,8	5,5
40-59	21,9*	-	13,2*	10,8*	5,8	10,8*	8,9	6,2	10,4*	5,0
60-64	-	-	-	-	~	6,6	~	14,3	~	15,9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

In Berlin und Sachsen hat sich der Trend der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln von 1995 bis 2018 signifikant reduziert (Abbildung 6-23). Dies ist vor allem bei dem Rückgang von 1995 auf das Niveau im Jahr 2000 ersichtlich, ebenfalls im gleichen Zeitraum bei den Frauen in Bayern und Sachsen-Anhalt. Daneben war die Prävalenz in den Bundesländern – von minimalen Schwankungen abgesehen – allerdings weitgehend konstant.

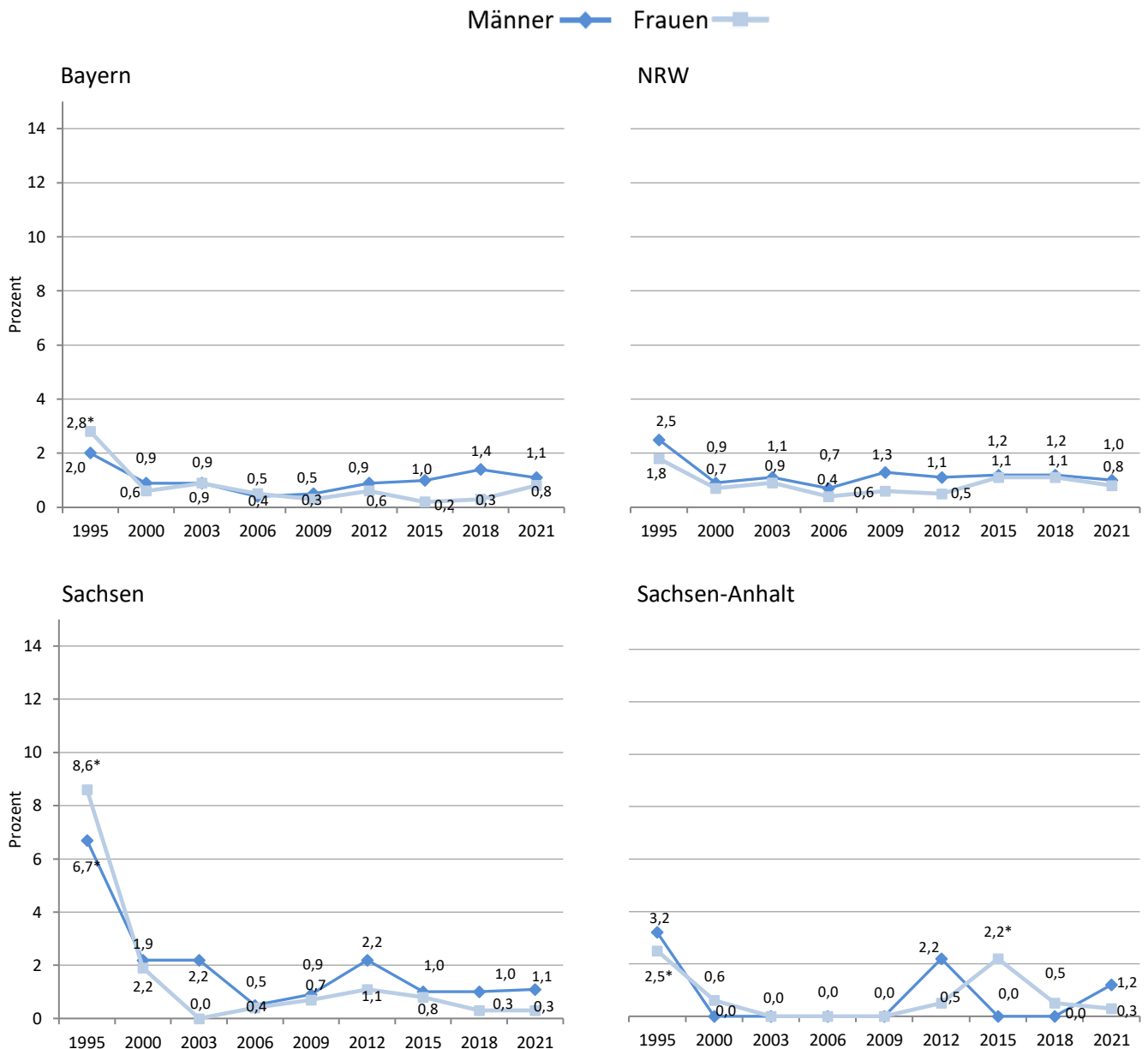


Abbildung 6-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

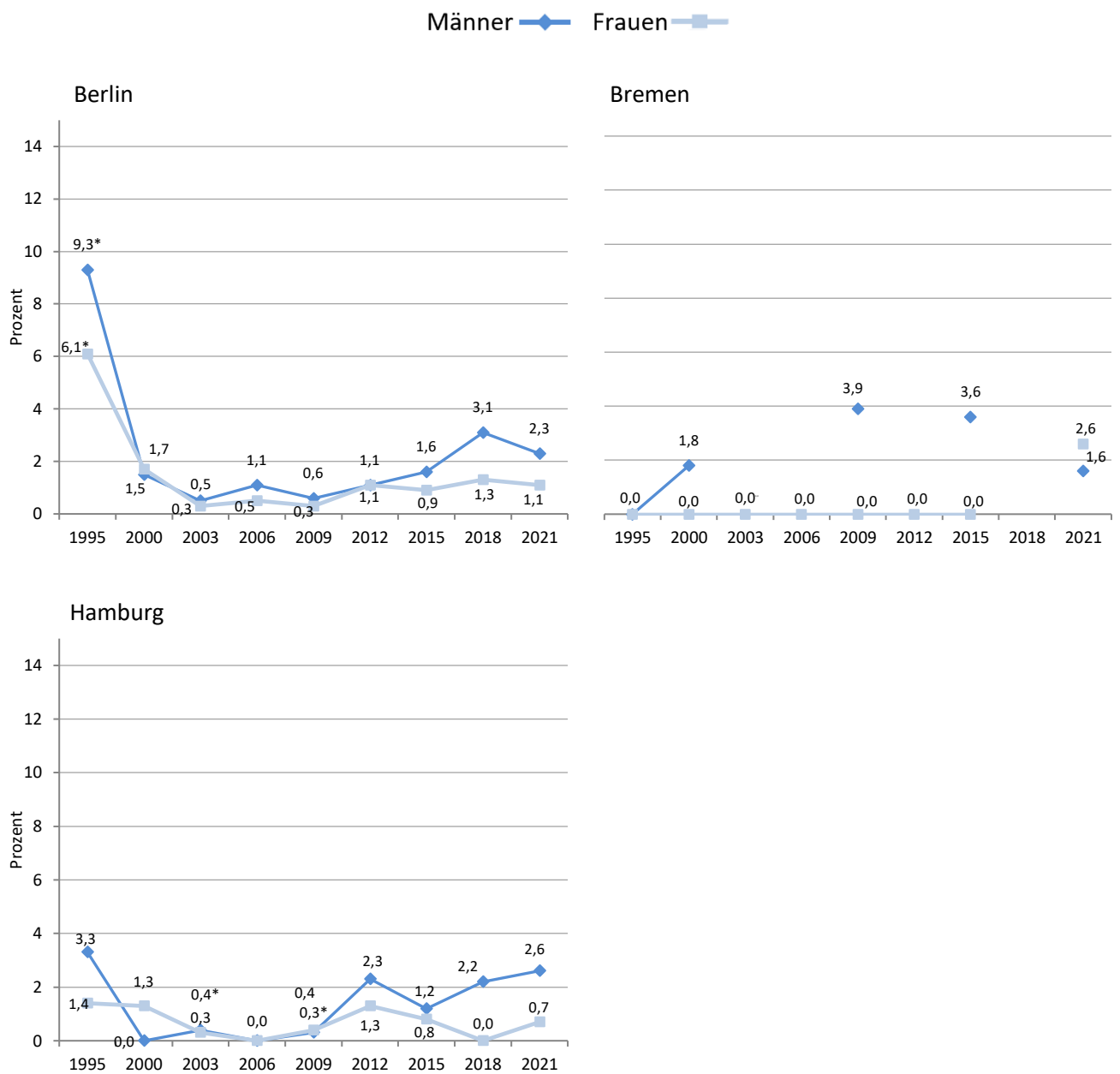


Abbildung 6-23 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die 12-Monats-Prävalenz reduzierte sich seit 1995 signifikant in Sachsen bei 25- bis 39-Jährigen sowie 40- bis 59-Jährigen und in Bayern nur bei den 40- bis 59-Jährigen. In Berlin ist ein signifikanter Rückgang des Gebrauchs von Anregungsmitteln in allen Altersgruppen zu erkennen (Tabelle 6-24). In der ältesten Gruppe der 60- bis 64-Jährigen zeigten sich nur in Berlin signifikante Veränderungen.

Tabelle 6-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	2,7	-	1,0	1,7	0,9	0,2	1,6	1,8	3,2	1,8
25-39	2,1	-	1,0	0,4	0,5	0,5*	0,6	0,3*	1,1	1,4
40-59	2,5*	-	0,4	1,1	0,3	0,4	0,6	0,5	0,1	0,4
60-64	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
<b>NRW</b>										
18-24	2,0	-	1,0	1,7	1,5	0,9	2,0	1,9	3,9*	1,2
25-39	1,8	-	0,6	0,5	0,5	0,6	1,3	1,2	0,8	1,2
40-59	2,5	-	1,0	1,2	0,4	1,2	0,2	0,9	0,7	0,6
60-64	-	-	-	-	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,9
<b>Sachsen</b>										
18-24	6,3	-	1,1	0,0	2,8	0,5	2,7	1,0	1,1	0,9
25-39	6,7*	-	0,5	1,6	0,0	1,3	4,3*	1,1	1,3	0,7
40-59	8,8*	-	3,5*	1,2	0,0	0,5	0,0	0,8	0,1	0,7
60-64	-	-	-	-	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	1,1	2,2	1,5
25-39	1,6	-	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,4	0,0	0,7
40-59	4,0*	-	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,7
60-64	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,6

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-24 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	10,0*	-	1,6	1,4	0,5	3,5	1,9	5,0	5,3*	1,8
25-39	5,1*	-	1,3	0,8	1,0	0,0	1,0	0,9	1,4	1,5
40-59	8,8*	-	1,9	0,0	0,8	0,0	1,0	0,8	2,1	1,7
60-64	-	-	-	-	0,0	~	0,9	0,0	3,8*	0,7
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	2,1
25-39	~	-	0,0	~	~	~	~	~	~	2,5
40-59	0,0	-	2,1	~	~	~	0,0	3,5	~	1,7
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	1,5
<b>Hamburg</b>										
18-24	3,0	-	~	0,3	0,0	1,0	4,1	0,4	4,0	1,4
25-39	3,2	-	0,0	0,7	0,0	0,4	4,1	1,4	1,6	1,0
40-59	1,5	-	1,5	0,0	0,0	0,1*	0,0	0,8	0,0	2,4
60-64	-	-	-	-	~	0,0	~	1,6	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Für die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern war in den Bundesländern ein Rückgang der Prävalenzen zu beobachten (Abbildung 6-24) und blieb anschließend über die Zeit stabil. Nur in Hamburg ist in den Jahren 2012 und 2015 ein Anstieg zu erkennen, der gegenüber 2021 wieder gesunken ist. Weitere geschlechterübergreifende Unterschiede zeigten sich nur in den Jahren 1995 und 2000.

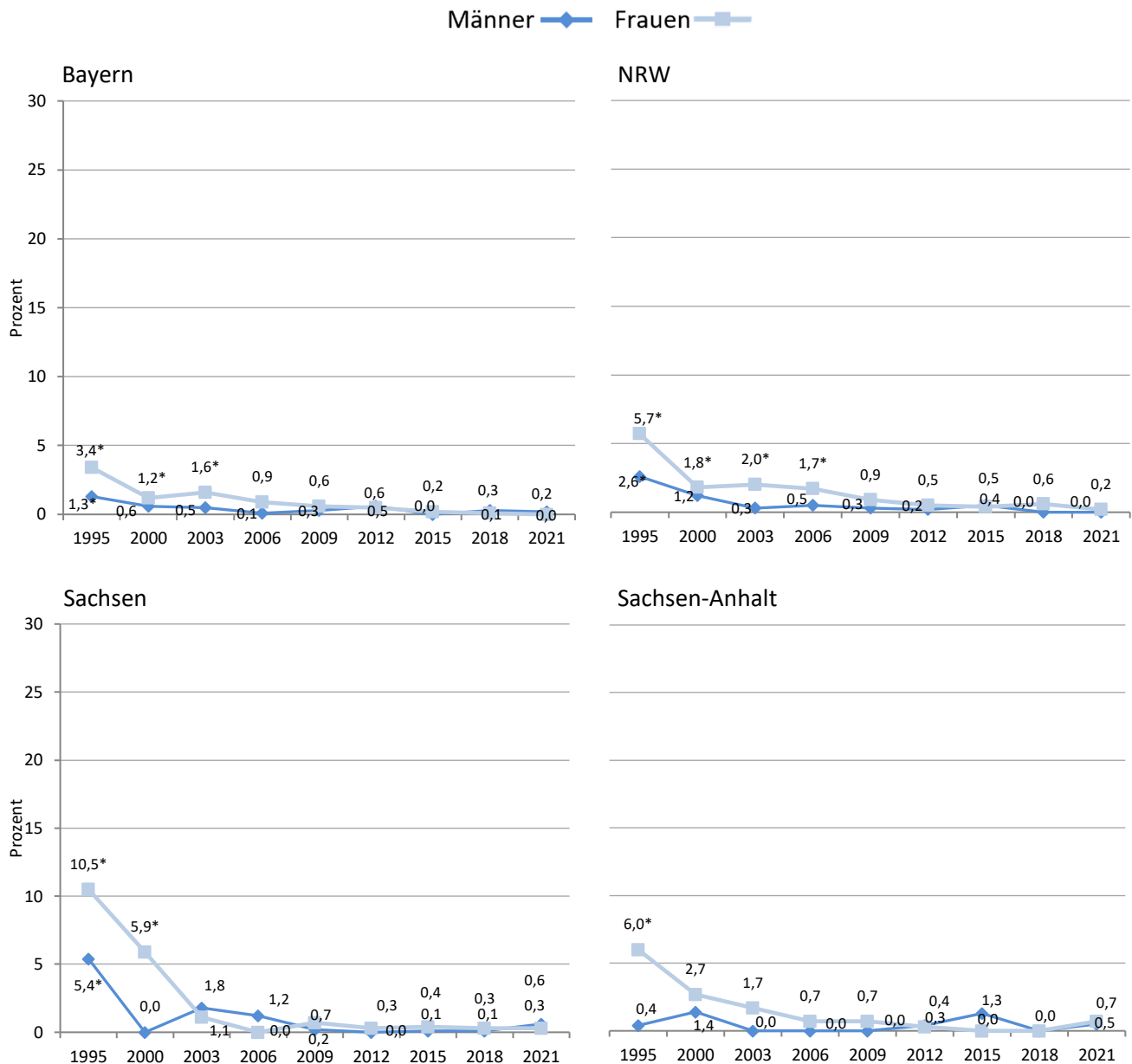


Abbildung 6-24: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

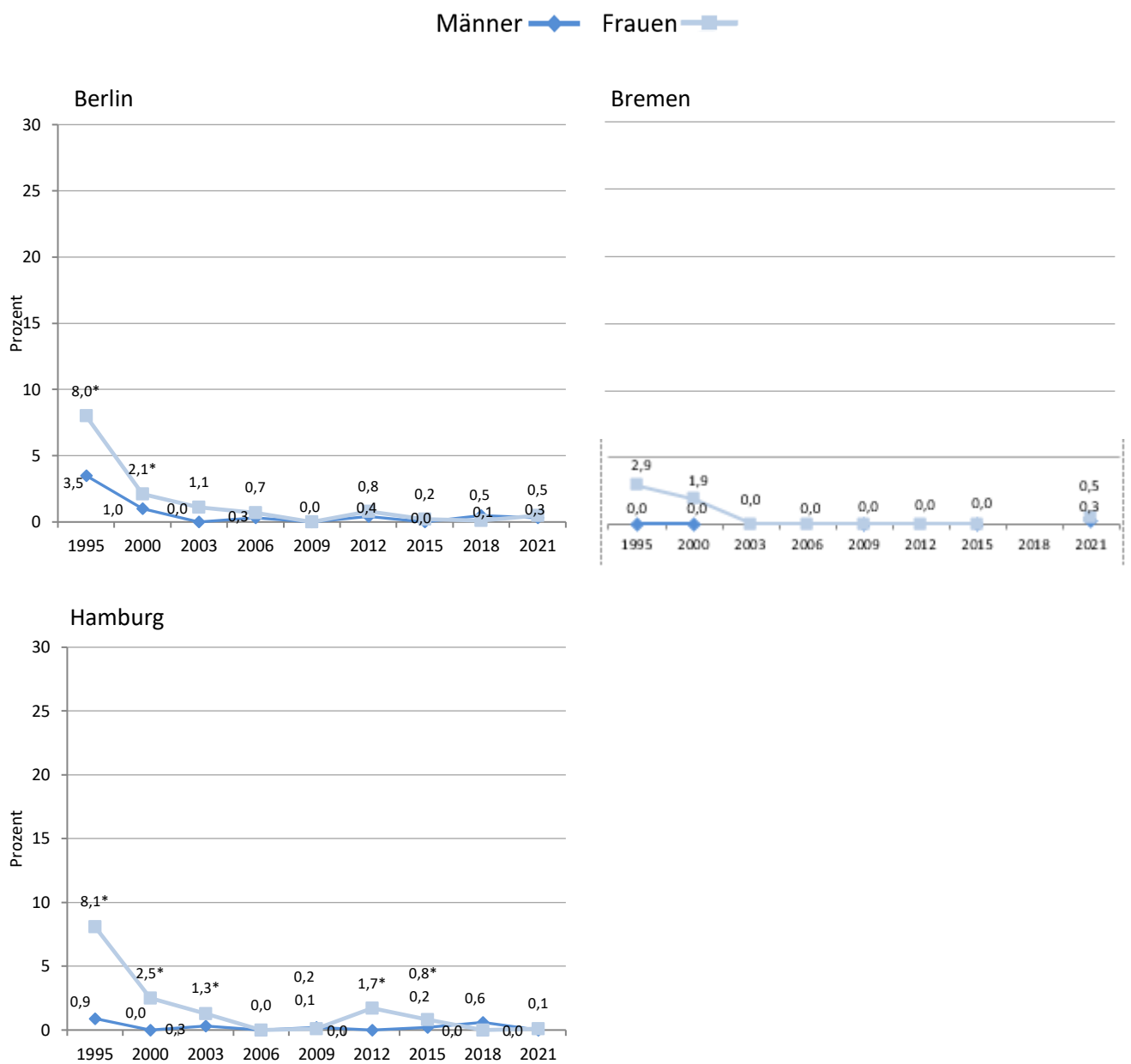


Abbildung 6-24 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern unterschiedlich aus (Tabelle 6-25). So zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikanten Veränderungen. Bei den 25- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen war ein Rückgang der Prävalenzen in den Bundesländern zu beobachten, während der Anteil der 60- bis 64-Jährigen in Nordrhein-Westfalen kurzzeitig zwischen 2006 und 2012 anstieg. In Hamburg ist unter den 40- bis 59-Jährigen nur 2012 eine starke Erhöhung zu sehen, welche jedoch direkt wieder absinkt.

Tabelle 6-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	1,5	-	1,4	0,8	0,0	0,6	0,9	0,2	0,3	0,4
25-39	1,8*	-	0,9	1,4*	0,7	0,4	0,7	0,1	0,1	0,1
40-59	3,1*	-	0,8*	0,8*	0,5*	0,5	0,4	0,1	0,3	0,0
60-64	-	-	-	-	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>NRW</b>										
18-24	2,0	-	2,1	0,8	2,5	0,5	0,3	0,5	1,1	0,0
25-39	4,3*	-	1,0	0,9	0,5	1,0	0,3	0,4	0,4	0,0
40-59	4,6*	-	1,8*	1,4*	1,1*	0,4	0,4	0,4	0,0	0,2
60-64	-	-	-	-	0,4	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0
<b>Sachsen</b>										
18-24	7,5	-	2,2	0,0	1,6	1,2	1,1	0,3	1,6*	0,3
25-39	8,1*	-	4,3*	2,2	0,0	0,5	0,0	0,2	0,1	0,9
40-59	8,0*	-	1,9	1,3	0,7	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2
60-64	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	0,0	0,0	0,0	2,3	2,1	0,0	0,0	0,0
25-39	3,7*	-	3,0	2,4	1,2	0,0	0,0	2,0	0,0	0,4
40-59	2,8	-	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
60-64	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-25 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	2,9	-	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,2
25-39	4,4*	-	0,3	0,5	0,1	0,0	0,6	0,0	0,6	0,4
40-59	7,3*	-	2,3	0,8	0,9	0,0	0,8	0,0	0,1	0,4
60-64	-	-	-	-	0,0	~	0,0	0,0	0,7	0,7
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	0,2
25-39	~	-	0,0	~	~	~	~	~	~	0,4
40-59	0,0	-	2,2	~	~	~	0,0	0,0	~	0,4
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	0,0
<b>Hamburg</b>										
18-24	7,0	-	~	1,7	0,0	0,3	0,0	0,4	2,0	0,0
25-39	4,5*	-	0,0	0,6	0,0	0,3	2,6*	0,4	0,0	0,1
40-59	3,7	-	3,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
60-64	-	-	-	-	~	0,0	~	0,0	~	0,0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.6 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

Der Anteil an Personen, bei denen eine 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva vorlag, war bei den Frauen in Sachsen 2000 und nach Rückgang 2018 wieder signifikant gestiegen (Abbildung 6-25). Auch in Sachsen-Anhalt war unter den Frauen eine signifikante Zunahme seit 2000 zu erkennen.

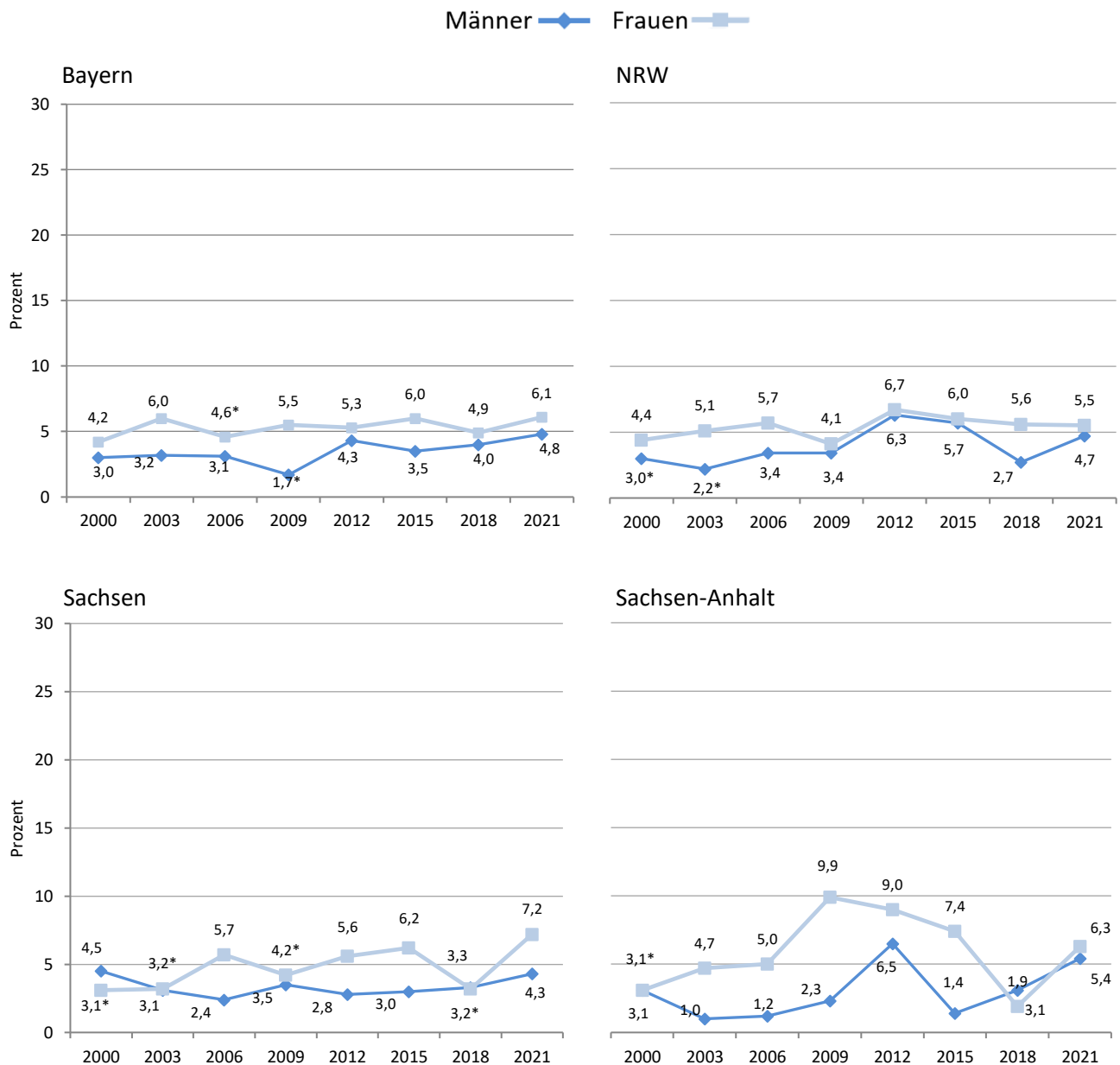


Abbildung 6-25: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

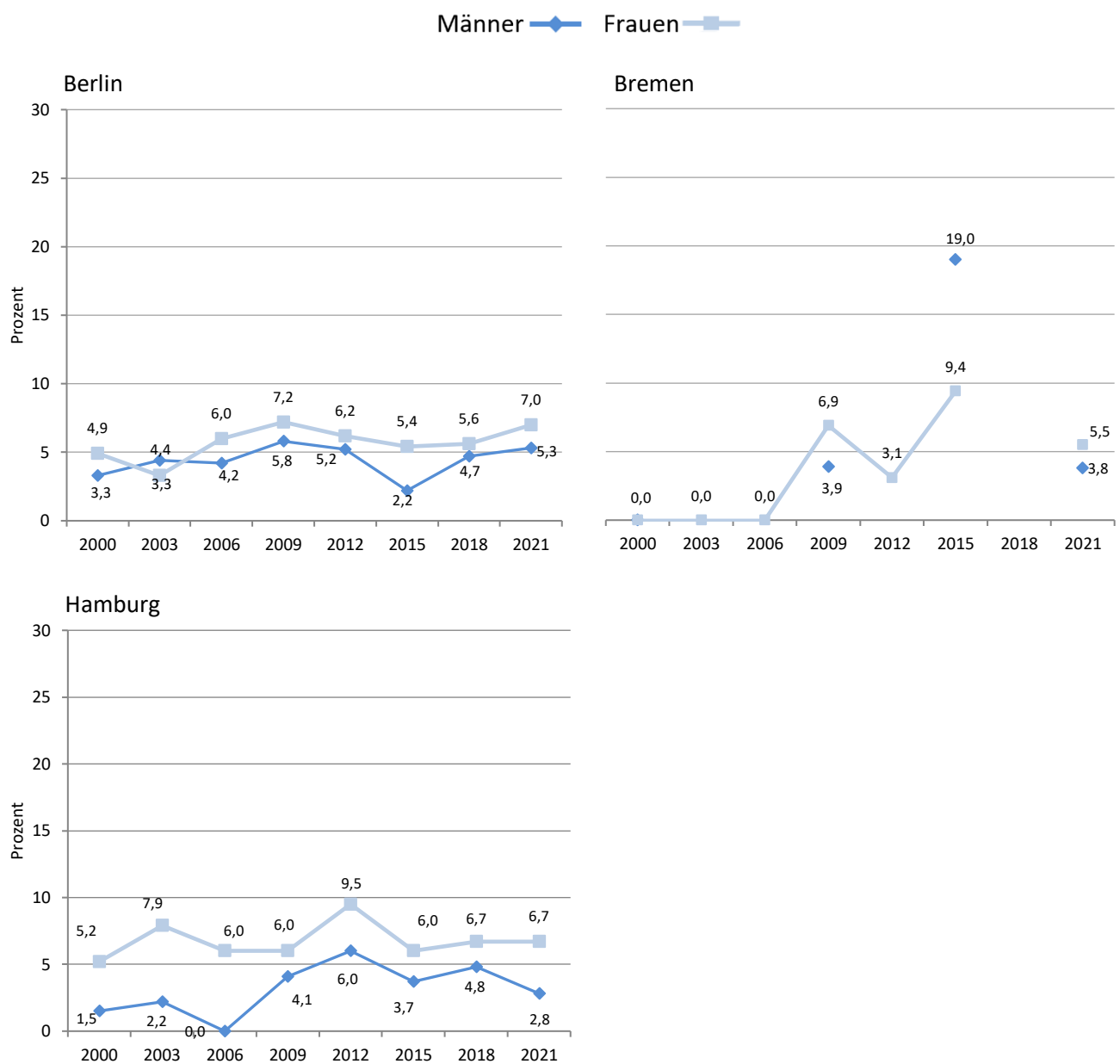


Abbildung 6-25 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Bei Betrachtung der Altersgruppen war in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt bei den 40- bis 59-Jährigen ein ansteigender Trend im Hinblick auf den Gebrauch von Antidepressiva von 2000 bis 2021 zu erkennen (Tabelle 6-26). Zudem war ein Anstieg bei den 24- bis 39-Jährigen in Sachsen und Berlin seit 2000 festzustellen. Ebenfalls zeigte sich in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen in Nordrhein-Westfalen eine signifikant erhöhte Prävalenz.

Tabelle 6-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	-	-	1,7	1,1*	3,0	1,2*	1,4*	2,1	2,2	4,3
25-39	-	-	2,7	2,7	2,4*	3,6	3,9	4,0	3,1	5,1
40-59	-	-	5,2	6,9	5,0	4,2	6,2	5,9	5,9	5,9
60-64	-	-	-	-	8,9	5,0	6,4	7,1	7,6	8,6
<b>NRW</b>										
18-24	-	-	2,3	1,9	1,9	1,2	3,5	2,6	4,0	3,5
25-39	-	-	3,6	2,1	3,9	2,5	4,8	5,2	3,4	4,2
40-59	-	-	4,1*	5,2	5,6	5,1	8,2	7,1	4,7	6,1
60-64	-	-	-	-	3,2*	6,4	8,2	8,0	4,4	7,2
<b>Sachsen</b>										
18-24	-	-	0,0	1,3	1,6	1,4	5,0	2,5	2,3	3,1
25-39	-	-	1,9*	3,1*	2,2	3,3*	2,1	3,4	3,2*	5,5
40-59	-	-	6,6	3,7	6,3	4,8	5,1	5,7	3,5	6,5
60-64	-	-	-	-	12,9	7,2	3,6	5,1	4,0*	10,7
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,8	3,4	2,8
25-39	-	-	3,0	1,7	0,0	3,2	3,1	0,0	0,0	3,6
40-59	-	-	4,0*	4,5	5,6	10,1	11,1	7,5	3,7	8,1
60-64	-	-	-	-	~	~	4,6	~	~	8,4

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-26 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	-	-	2,1	2,7	1,2*	6,4	0,0	1,7	4,0	4,7
25-39	-	-	2,6*	0,0	2,7*	4,8	5,2	5,1	4,2	5,2
40-59	-	-	6,1	6,5	8,1	7,4	7,5	3,6	6,4	7,4
60-64	-	-	-	-	7,5	11,4	2,7	2,7	9,1	8,2
<b>Bremen</b>										
18-24	-	-	~	~	~	~	~	~	~	3,6
25-39	-	-	0,0	~	~	~	~	~	~	4,0
40-59	-	-	0,0	~	~	~	10,9	22,9	~	5,4
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	7,3
<b>Hamburg</b>										
18-24	-	-	~	3,5	0,0	1,6	3,3	2,0	4,0	2,9
25-39	-	-	0,0	6,1	0,0	3,7	3,4	4,5	2,3	3,2
40-59	-	-	5,9	4,4	4,4	6,8	11,3	5,9	8,7	6,6
60-64	-	-	-	-	~	6,4*	~	6,0	~	13,9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.7 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Die Verbreitung des Konsums von Neuroleptika verlief zwischen den betrachteten Bundesländern weitestgehend einheitlich (Abbildung 6-26). Bei Frauen in Sachsen-Anhalt waren seit 2015 signifikante Veränderungen gegenüber 2021 zu beobachten. Anderweitige signifikante geschlechterübergreifende Veränderungen waren nicht erkennbar.

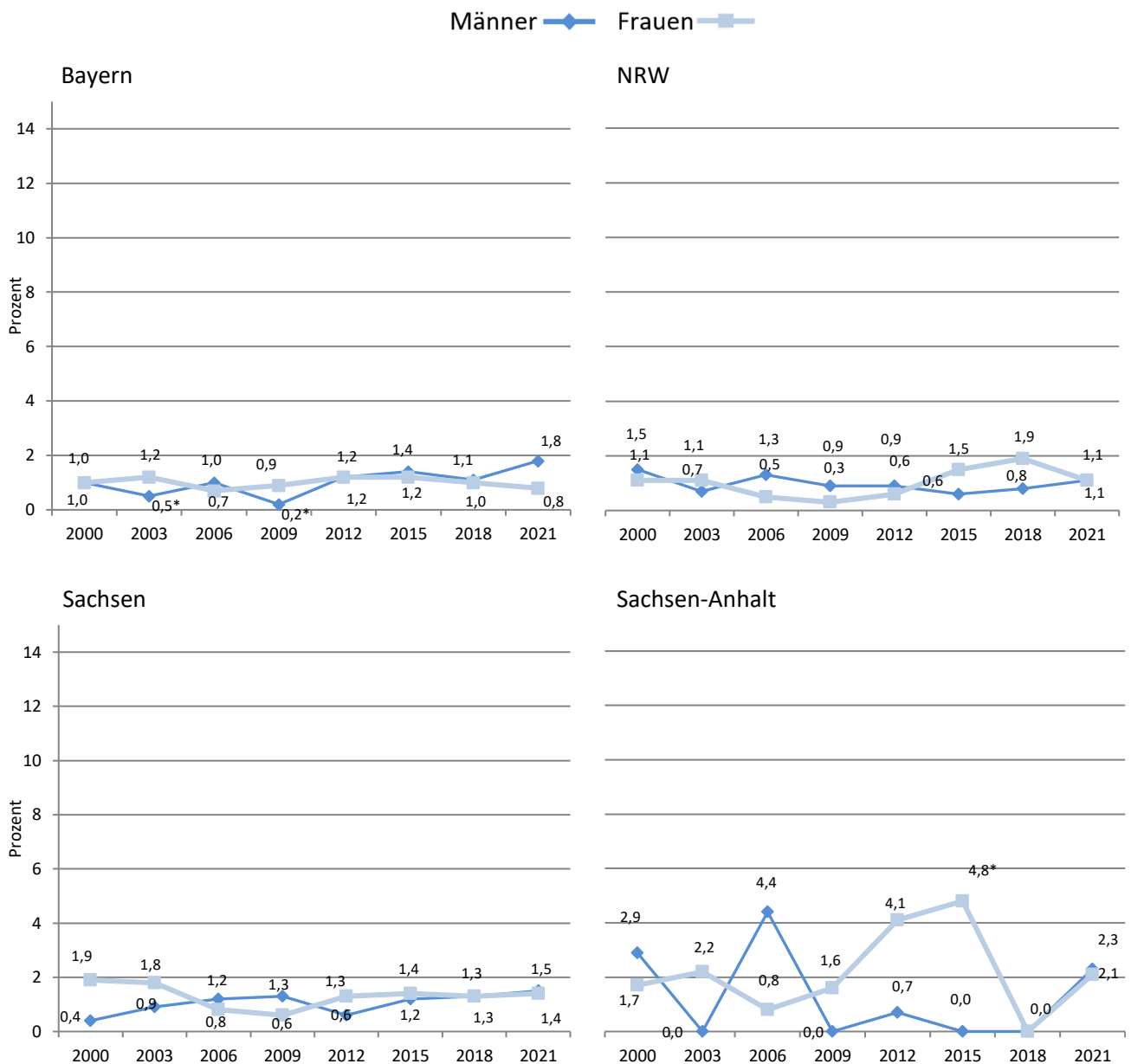


Abbildung 6-26: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

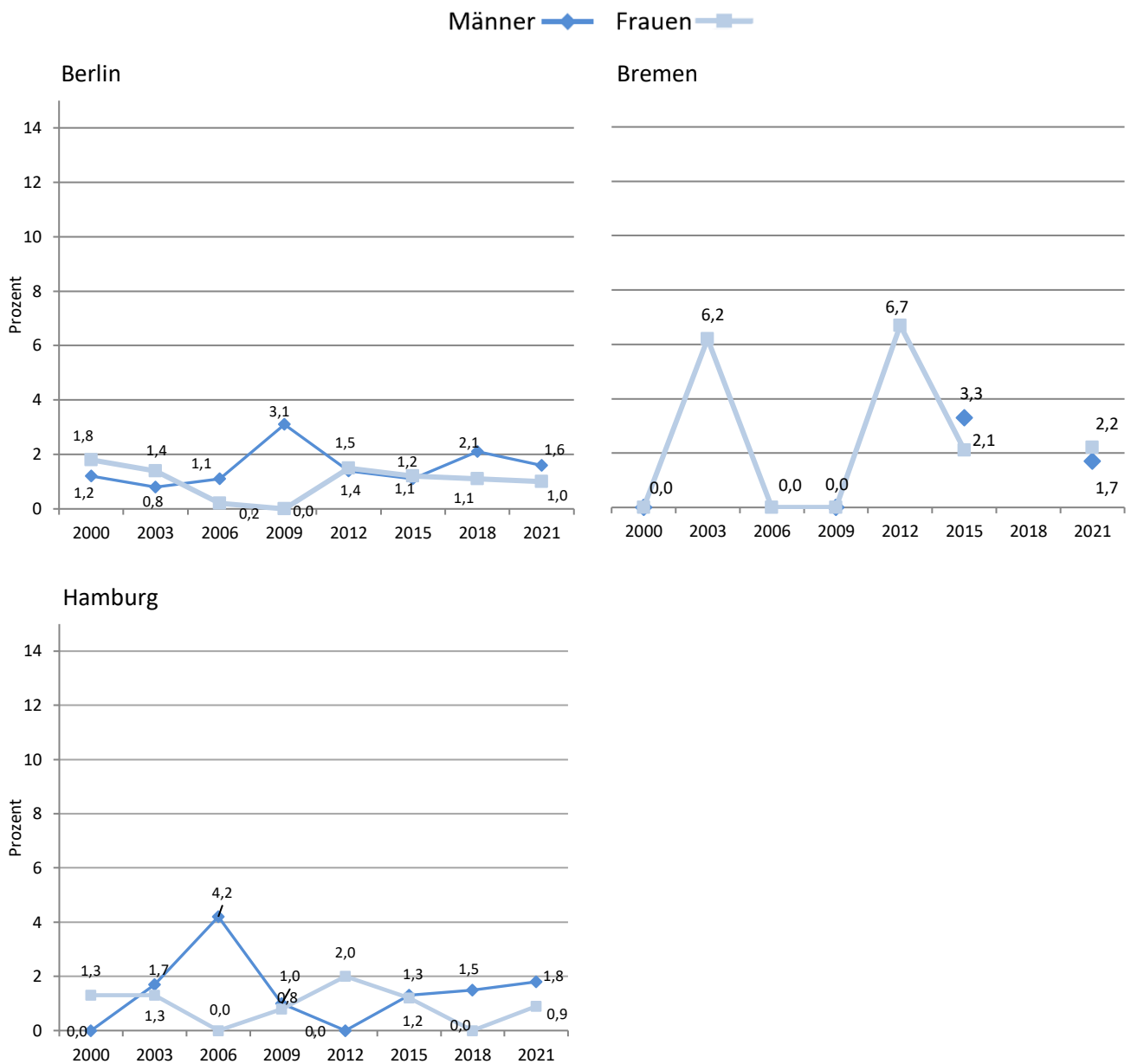


Abbildung 6-26 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Die Prävalenzwerte des Gebrauchs von Neuroleptika sind über die Altersgruppen hinweg weitestgehend gleich (Tabelle 6-27). Vereinzelt gab es signifikant angestiegene Werte, wie in Bayern bei den 40- bis 59-Jährigen und in Sachsen wie auch in Berlin bei den 18- bis 24-Jährigen. Ein signifikanter Rückgang des Gebrauchs von Neuroleptika war in Nordrhein-Westfalen in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen festzustellen.

Tabelle 6-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	-	-	1,9	0,7	0,6	0,0	0,3	0,9	0,6	0,5
25-39	-	-	0,5	0,8	0,9	0,2	1,1	0,7	1,1	0,2
40-59	-	-	1,2	0,9*	0,9*	0,8*	1,5	1,8	1,2	2,2
60-64	-	-	-	-	0,0	0,6	1,3	0,0	1,1	1,1
<b>NRW</b>										
18-24	-	-	0,4	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	1,1	1,1
25-39	-	-	0,9	0,6	0,7	0,4	0,8	0,9	2,1	1,5
40-59	-	-	1,9	1,1	1,1	0,7	0,8	1,3	1,0	0,9
60-64	-	-	-	-	0,8	0,7	2,8	1,6	0,0	1,2
<b>Sachsen</b>										
18-24	-	-	0,0	0,0	1,6	0,7*	0,0	1,4	1,4	2,3
25-39	-	-	0,5	0,8	0,0	0,9	0,6	0,7	0,7	1,8
40-59	-	-	2,1	2,1	1,6	1,2	1,3	1,6	1,6	1,0
60-64	-	-	-	-	2,3	2,9	0,0	1,5	4,0*	1,1
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	3,7	0,0	0,7
25-39	-	-	1,7	3,2	2,6	0,0	1,6	1,4	0,0	0,7
40-59	-	-	3,2	0,0	2,8	1,7	3,0	2,8	0,0	3,4
60-64	-	-	-	-	~	~	0,0	~	~	3,3

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-27 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	-	-	2,4*	0,0	0,7	2,3	0,0	0,0	0,1	0,6
25-39	-	-	0,5	0,0	0,3	1,7	1,3	0,8	1,1	0,8
40-59	-	-	2,2	2,1	0,9	1,2	2,0	1,5	2,6	1,9
60-64	-	-	-	-	0,0	~	0,9	0,0	1,5	0,7
<b>Bremen</b>										
18-24	-	-	~	~	~	~	~	~	~	1,0
25-39	-	-	0,0	~	~	~	~	~	~	1,1
40-59	-	-	0,0	~	~	~	5,6	0,0	~	2,8
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	2,5
<b>Hamburg</b>										
18-24	-	-	~	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4	0,0	1,0
25-39	-	-	0,0	1,7	4,7	0,8	1,5	0,8	2,3	1,1
40-59	-	-	1,5	1,5	1,6	1,1	1,0	1,5	0,0	1,7
60-64	-	-	-	-	~	1,9	~	0,0	~	2,3

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 20). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.8 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika)

Die geringste Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) zeigt sich für alle Bundesländer im Jahr 2000 (Abbildung 6-27). Danach sind die Werte nach einem Anstieg längere Zeit relativ stabil geblieben, ehe seit 2015 die Prävalenz wieder signifikant steigt. Dieser Trend ist in den meisten Bundesländern zu beobachten, bis auf die Stadtstaaten Hamburg und Bremen.

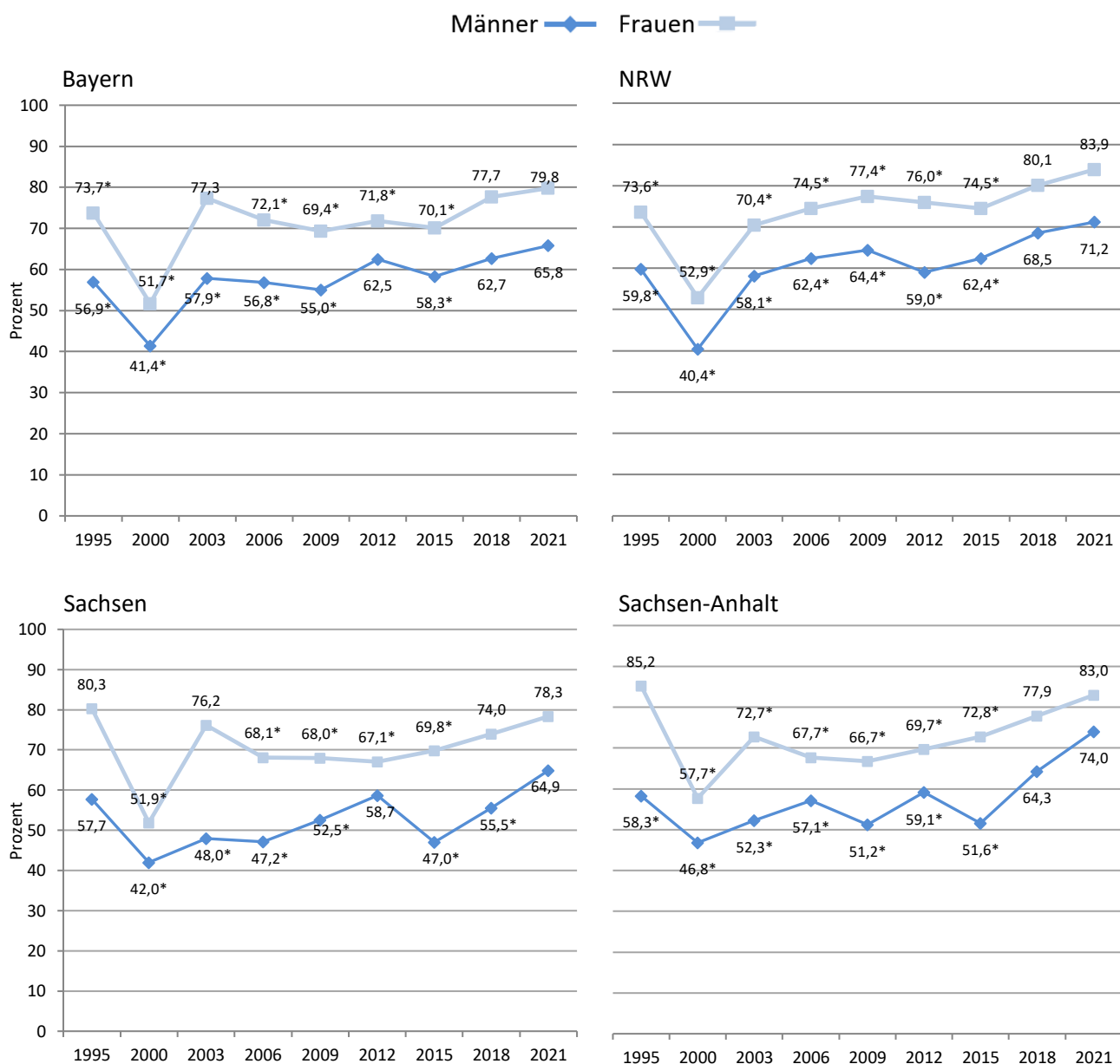


Abbildung 6-27: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

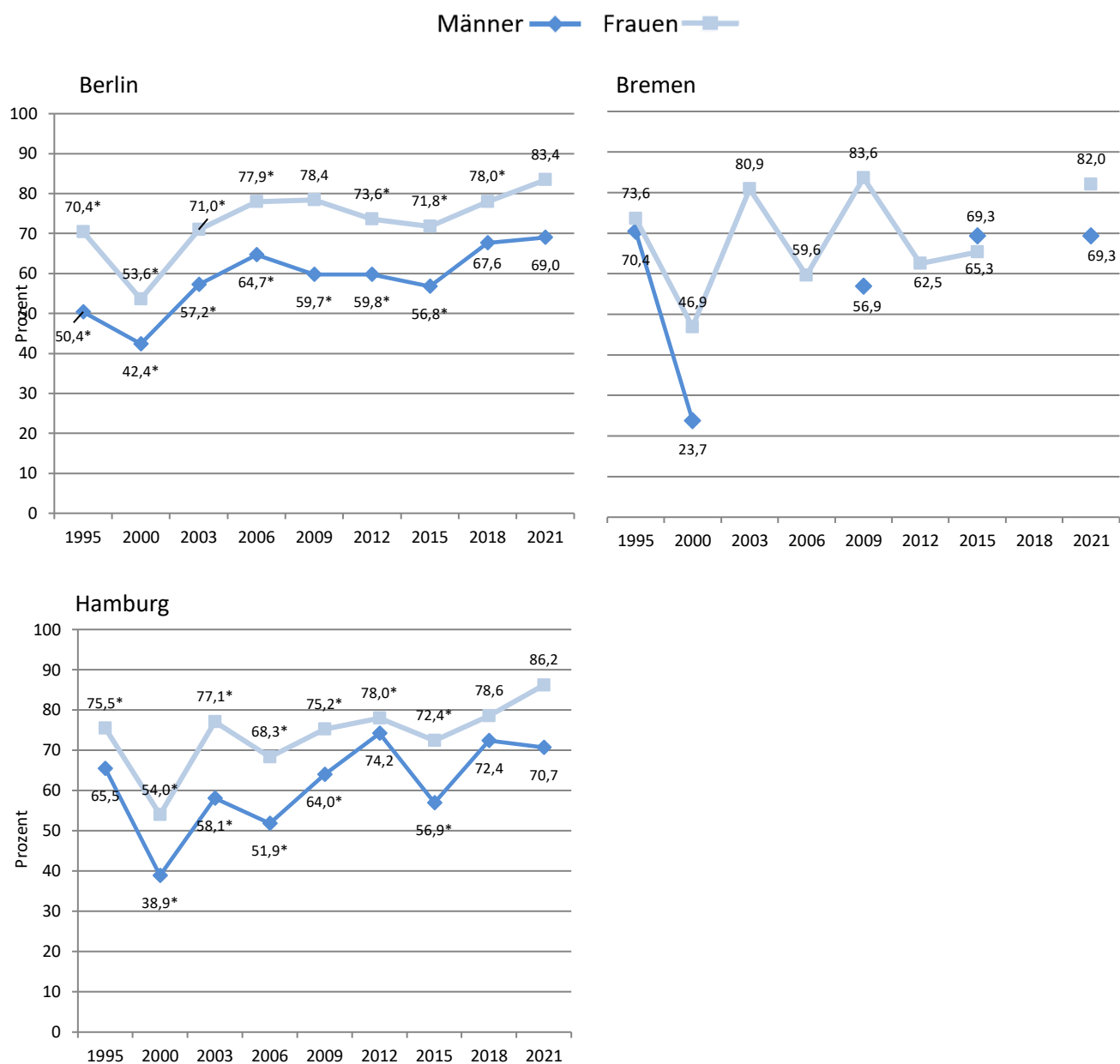


Abbildung 6-27 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern weitestgehend vergleichbar aus (Tabelle 6-28). So zeigten sich in allen Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen signifikante Veränderungen. Eine Zunahme der Prävalenzen konnte in allen Bundesländern beobachtet werden. Auch in der ältesten Altersgruppe zeigten sich zusätzlich in Sachsen, Berlin und Hamburg signifikante Veränderungen.

Tabelle 6-28: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	55,2*	-	44,2*	65,8*	66,8*	60,8*	66,0*	59,5*	67,2*	73,5
25-39	63,7*	-	43,3*	69,5	66,3*	67,9	72,0	68,4	71,7	73,7
40-59	69,5	-	50,8*	65,6*	62,6*	58,9*	64,6*	62,8*	69,5	71,7
60-64	-	-	-	-	56,7	50,9	47,5	52,2	54,7	63,2
<b>NRW</b>										
18-24	57,3*	-	42,5*	67,3	67,8	72,5	66,3*	63,9*	72,5	71,1
25-39	68,6*	-	46,2*	65,1*	76,4	75,9	67,6*	73,0*	75,9	79,7
40-59	68,0*	-	48,0*	62,4*	63,7*	67,5*	66,8*	67,0*	73,7	77,9
60-64	-	-	-	-	51,9*	50,0*	54,0*	54,3*	55,5*	69,3
<b>Sachsen</b>										
18-24	60,2	-	43,9*	57,5*	71,2	62,4*	68,1	58,9*	65,1	70,6
25-39	63,3*	-	49,1*	69,0	63,1*	61,6*	68,9*	61,3*	64,4*	76,6
40-59	76,2	-	46,1*	55,8*	49,2*	58,2*	58,5	55,7*	64,1	68,0
60-64	-	-	-	-	61,0	47,4*	41,8*	47,4*	54,0*	67,0
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	40,1	65,8	54,7	65,5	60,0	63,5	74,3	73,3
25-39	71,0	-	55,6*	68,9*	62,7*	69,4*	77,1	67,1*	72,8	80,2
40-59	74,9	-	54,7*	57,6*	64,1*	49,9*	60,4*	59,3*	69,2	78,4
60-64	-	-	-	-	~	~	51,7	~	~	71,4

Bemerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-28 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments (ohne Anabolika) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	37,3*	-	44,6*	64,1	71,4	68,5	63,0*	62,3	70,3	69,1
25-39	51,3*	-	45,6*	61,9*	76,4	65,9*	67,3*	71,4	76,9	77,8
40-59	71,7	-	51,0*	65,8*	67,7*	71,4	67,2*	61,7*	69,7*	76,5
60-64	-	-	-	-	45,6*	~	52,4*	58,8	62,3	70,3
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	64,9
25-39	~	-	42,3	~	~	~	~	~	~	78,9
40-59	73,0	-	29,3	~	~	~	60,0	65,9	~	76,5
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	66,5
<b>Hamburg</b>										
18-24	60,4	-	~	69,9	73,8	66,5	74,2	51,0*	67,6	68,0
25-39	59,8*	-	40,0*	70,5*	81,8	70,8*	74,4	70,9*	79,9	79,5
40-59	82,1	-	54,3*	64,2*	44,9*	69,2*	77,6	63,3*	74,1	80,3
60-64	-	-	-	-	~	54,9*	~	49,5*	~	78,8

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.9 Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende)

Die Prävalenz des mindestens wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln in den letzten 30 Tagen unter Konsumierenden, stieg in den meisten Bundesländern im Vergleich zu den 1990ern leicht an oder bewegte sich auf einem ähnlichen Niveau (Abbildung 6-28). Der höchste Prävalenzwert wurde bundeslandabhängig zwischen 2009 und 2015 erreicht, ehe er wieder zurückging. Dieser Rückgang war, bis auf die Stadtstaaten, jedoch nur für Männer statistisch signifikant.

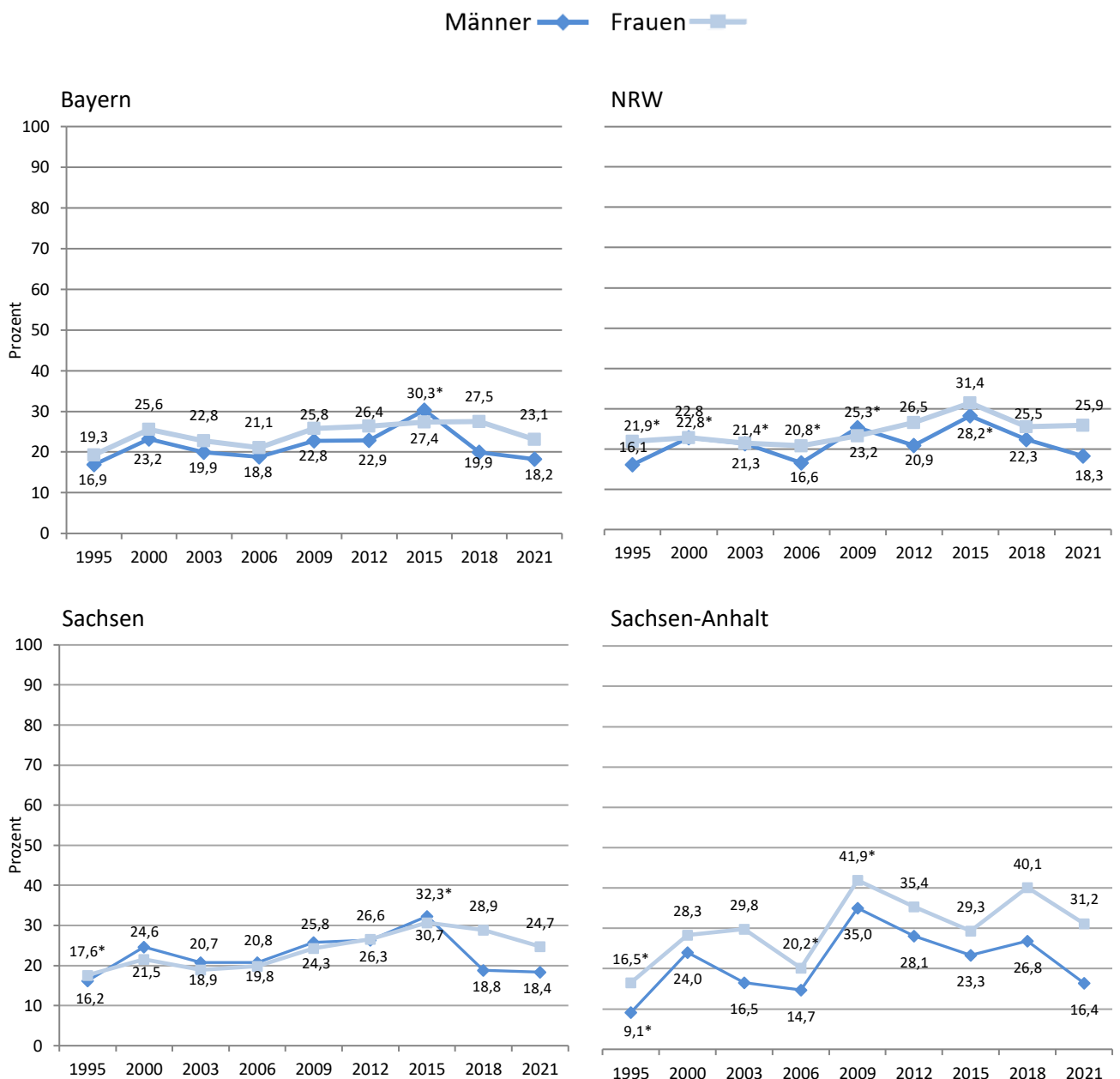


Abbildung 6-28: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Männer  Frauen 

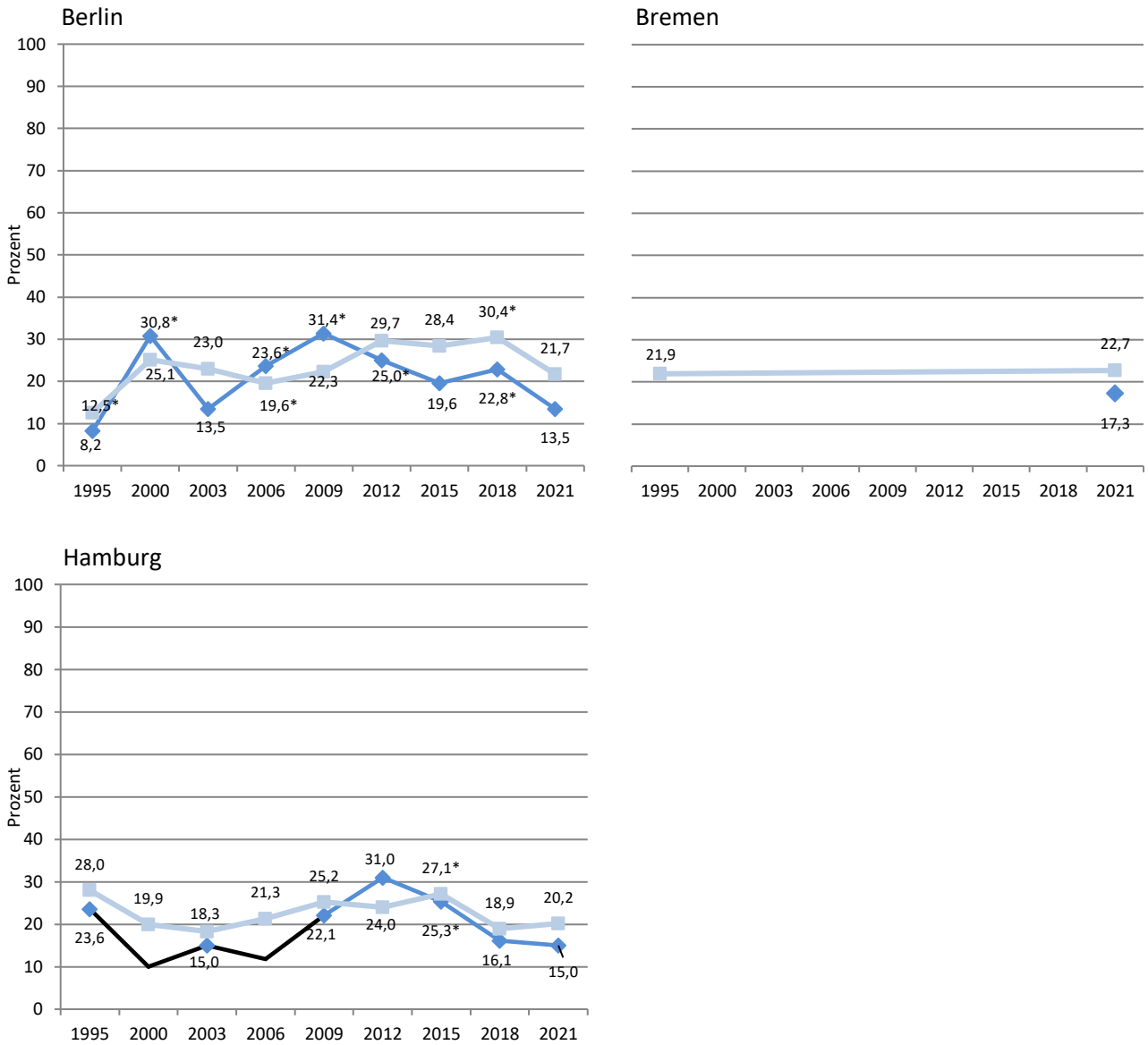


Abbildung 6-28 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



Die Prävalenz des mindestens wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln ging in Bayern und Berlin für 25- bis 39-Jährige 2021 im Vergleich zu 2018 signifikant zurück (Tabelle 6-29). In Bayern stieg die Prävalenz für 60- bis 64-Jährige signifikant an, während sie in der gleichen Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen signifikant sank. In Sachsen und Nordrhein-Westfalen sank die Prävalenz im Vergleich zu 2015 in den mittleren Altersgruppen statistisch signifikant.

Tabelle 6-29: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	18,5	-	14,2	11,8	10,1*	17,4	17,6	25,9*	21,0	15,1
25-39	13,2	-	18,5	19,4	16,0	14,7	17,4	20,2*	21,5*	14,7
40-59	22,6*	-	33,4	25,9	25,7	33,4	31,9	35,2	26,4	26,9
60-64	-	-	-	-	36,6	32,7	32,6	51,4	27,8*	44,1
<b>NRW</b>										
18-24	6,6	-	20,9	18,4	13,9	16,6	19,6	22,5	19,5	18,1
25-39	16,7	-	17,2	17,7	10,8*	21,8	22,2	25,5*	20,0	19,7
40-59	25,1	-	28,8	25,2	26,4	28,1	26,1	34,8*	27,7	25,4
60-64	~	-	~	~	31,5	31,4	44,5*	43,2	44,4*	25,9
<b>Sachsen</b>										
18-24	~	-	25,6	9,2*	15,3	19,4	22,6	19,2	19,5	17,4
25-39	7,4	-	22,7	18,6	13,7	19,3	19,1	27,8*	21,0	17,9
40-59	22,4	-	22,0	24,4	29,6	30,3	32,5	36,7*	27,8	25,5
60-64	-	-	-	-	~	47,2	~	51,1	30,2	35,3
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	~	15,5	~	~	13,7	~	~	13,4
25-39	10,9	-	27,8	14,6	8,9	27,2	15,9	14,5	19,5	22,9
40-59	19,1	-	29,0	36,4	22,7	~	46,0	38,2	44,5	26,8
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	51,6

Bemerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-29 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumierende) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	9,5	-	15,5	14,6	16,8	26,8	15,8	25,3	22,8	16,2
25-39	9,6	-	25,5*	7,7	17,0	27,3*	23,5*	17,9	20,3*	13,4
40-59	11,5*	-	32,7	27,1	26,8	25,3	33,5	29,4	34,3	22,8
60-64	-	-	-	-	~	30,2	35,9	~	37,4	32,2
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	14,1
25-39	~	-	~	~	~	~	~	~	~	17,2
40-59	~	-	~	~	~	~	~	~	~	24,4
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	43,0
<b>Hamburg</b>										
18-24	~	-	~	13,0	~	18,9	~	17,2	20,1	13,8
25-39	20,0	-	~	12,7	~	18,5	21,5	25,8	16,9	16,0
40-59	29,9	-	28,5	22,2	~	29,0	27,7	28,8	16,8	20,5
60-64	-	-	-	-	~	29,3	~	~	~	35,1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.10 Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende)

In Sachsen, Sachsen-Anhalt und den Stadtstaaten war die Zahl der Konsumierenden oft zu gering ( $n < 30$ ), um eine Schätzung der Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln anzugeben (Abbildung 6-29). In Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Berlin ist ein statistisch signifikanter Anstieg für Männer und für Frauen in Sachsen zwischen 1995 und 2021 zu verzeichnen. In Bayern ist ein signifikanter Rückgang der Prävalenz bei Frauen seit 2012 festzustellen.

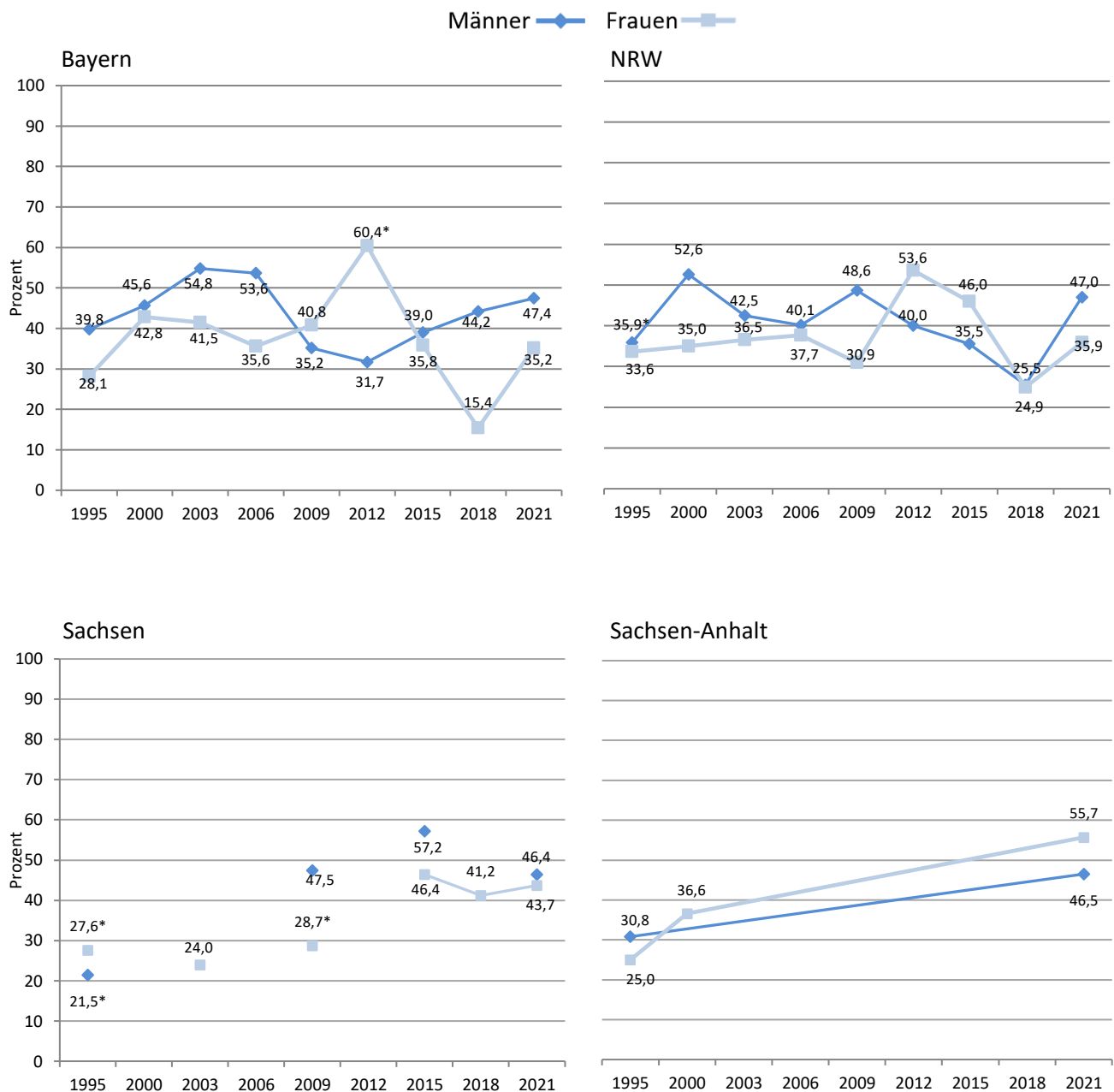


Abbildung 6-29: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

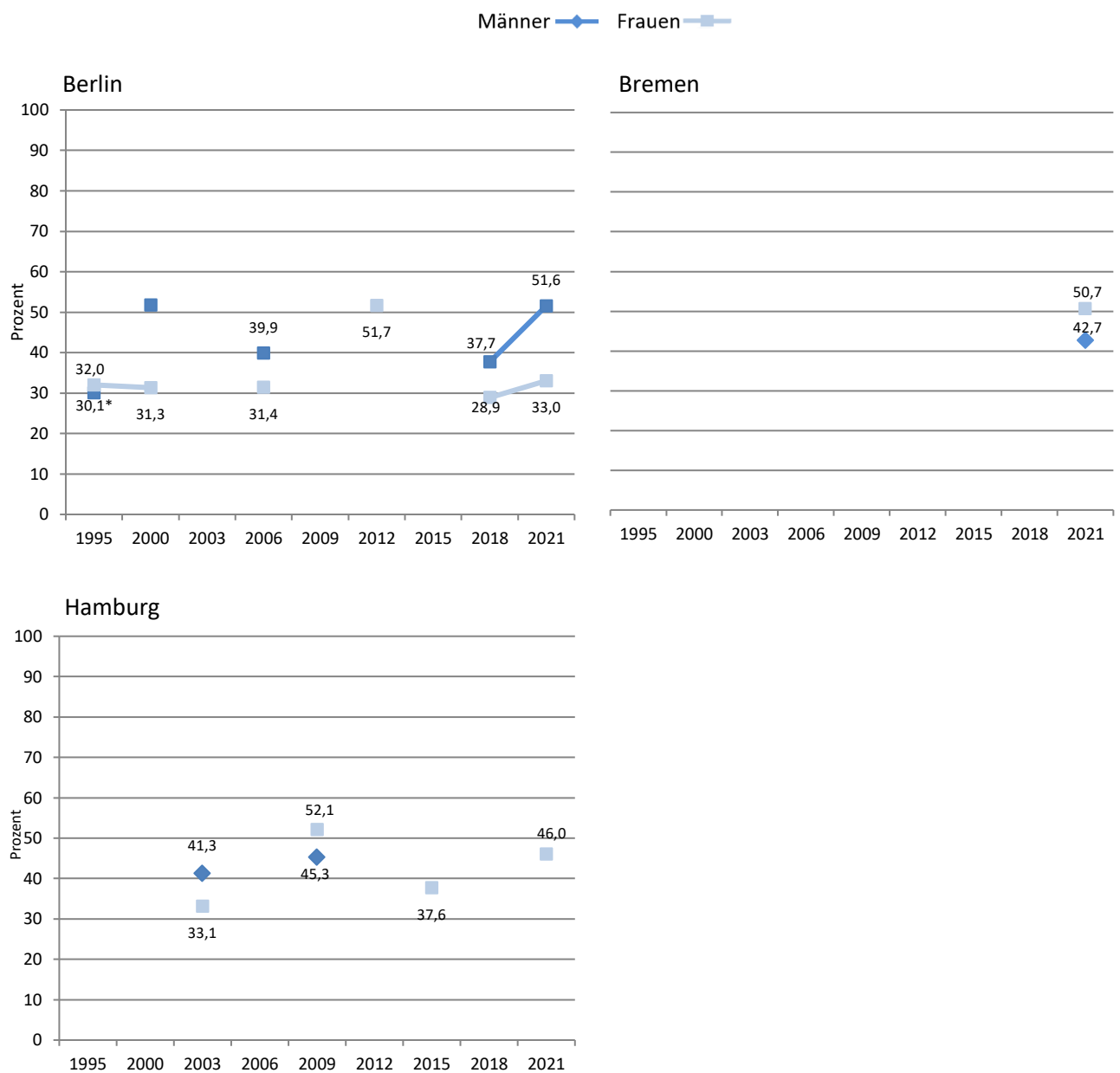


Abbildung 6-29 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Die Entwicklung der Prävalenzwerte unterschied sich je nach Altersgruppe, wobei in den höheren Altersgruppen auch eine höhere Prävalenz beobachtet werden konnte (Tabelle 6-30). Ein statistisch signifikanter Anstieg ist für 25- bis 39-Jährige in Bayern und für 40- bis 59-Jährige in Sachsen und Sachsen-Anhalt zu sehen. In vielen Fällen waren die Fallzahlen zu gering ( $n < 50$ ), um eine genaue Schätzung statistisch signifikanter Unterschiede anzugeben.

Tabelle 6-30: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
25-39	23,7*	-	~	~	25,6	26,3	~	15,2	~	43,9
40-59	34,5	-	51,0	53,4	54,4	44,2	60,8	49,2	~	37,3
60-64	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
<b>NRW</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	25,3	21,2	33,0
25-39	25,7	-	28,4	31,0	~	22,3	39,1	37,8	14,2	22,1
40-59	40,6	-	50,4	46,4	41,6	47,2	54,5	46,5	35,4	56,8
60-64	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
<b>Sachsen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
25-39	~	-	~	~	~	~	~	37,9	24,4	28,3
40-59	27,7*	-	45,4	~	~	39,7	~	56,6	49,1	52,8
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
25-39	~	-	~	~	~	~	~	~	~	22,0
40-59	34,6*	-	37,7	~	~	~	~	~	~	65,8
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~

Bemerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ( $n < 30$ ). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-30 (Fortsetzung): Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumierende) nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	8,2	-	~	~	~	~	~	~	~	~
25-39	18,2	-	~	~	~	~	~	~	23,6	27,3
40-59	36,9	-	52,8	~	39,4	~	~	~	39,4	53,1
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Bremen</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
25-39	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
40-59	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~	~	~
<b>Hamburg</b>										
18-24	~	-	~	~	~	~	~	~	~	~
25-39	~	-	~	26,3	~	35,6	~	24,3	~	32,5
40-59	~	-	~	48,6	~	57,8	~	~	~	~
60-64	~	-	-	-	~	~	~	~	~	~

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*) p < 0.05 für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 6.2.11 Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Medikamentengebrauch nach KFM

In Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Hamburg nahm die Prävalenz bei Frauen signifikant zu (Abbildung 6-30). In Berlin und Sachsen war ein signifikanter Anstieg bei den Männern zu verzeichnen.

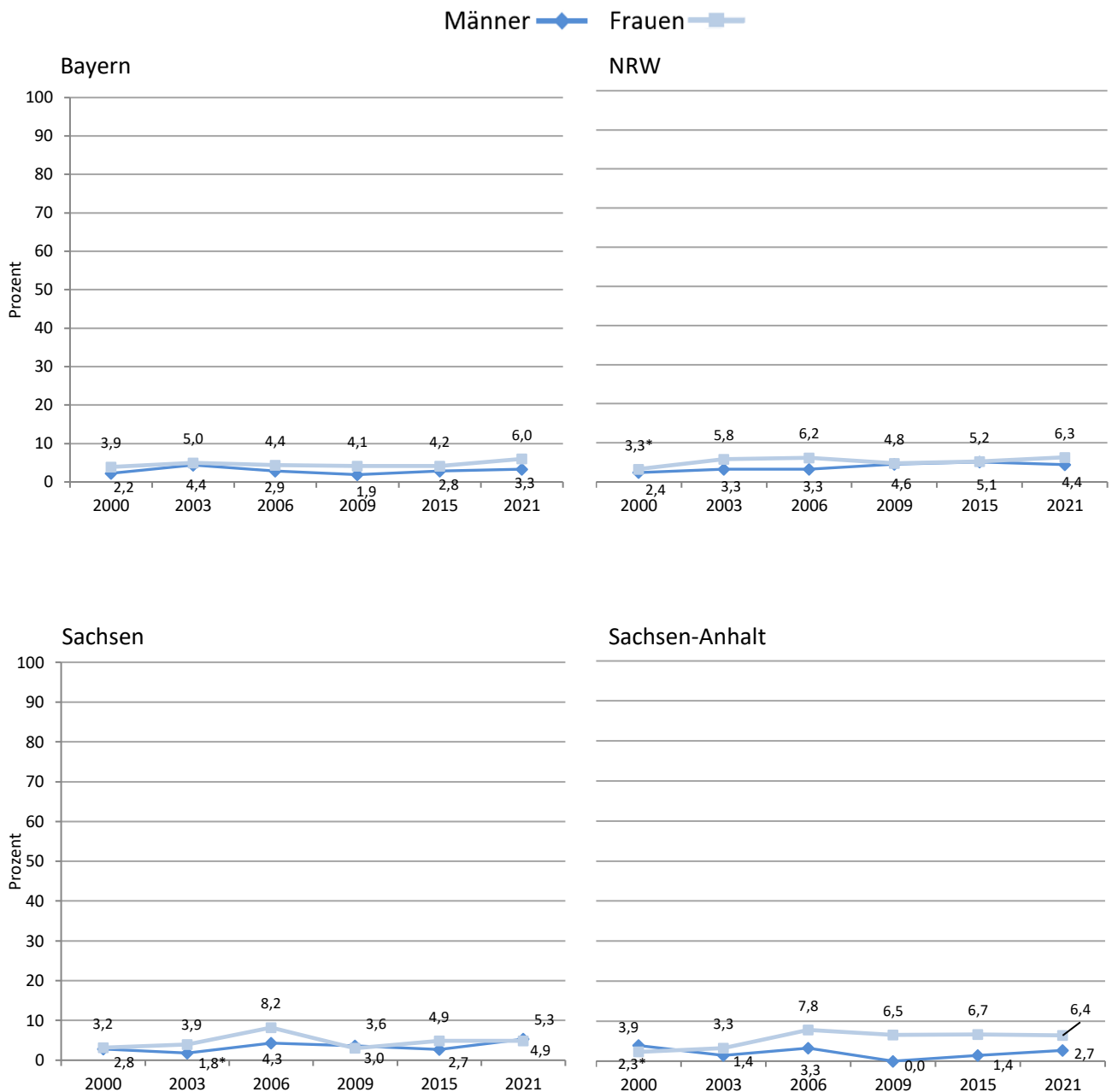


Abbildung 6-30: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

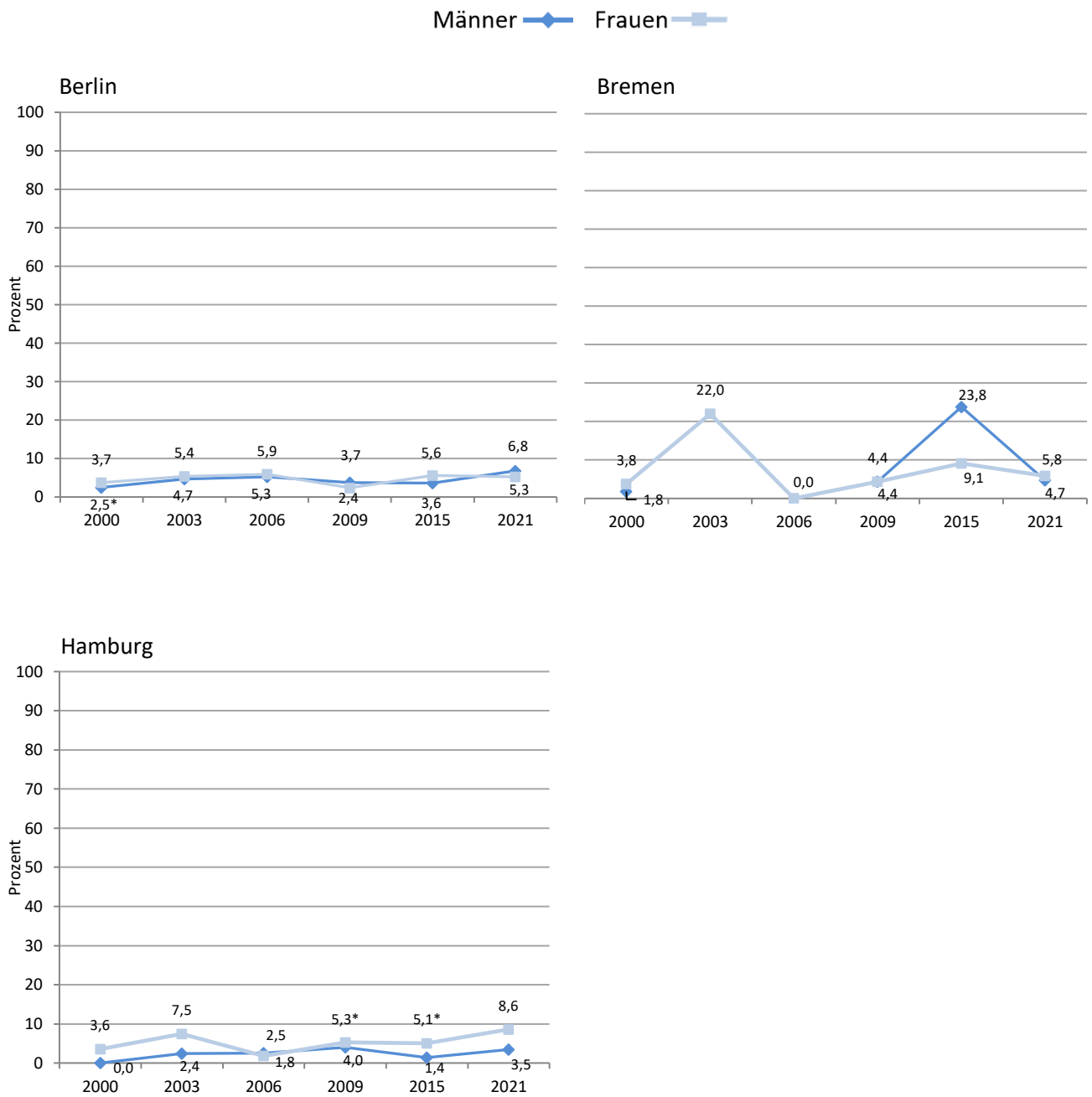


Abbildung 6-30 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf problematischen Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12



In Sachsen und Hamburg war ein Anstieg der Prävalenz des problematischen Schmerzmittelgebrauchs in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen zu verzeichnen (Tabelle 6-31). In Nordrhein-Westfalen war bei den 25- bis 59-Jährigen und bei den 25- bis 39-Jährigen in Berlin und Hamburg ein signifikanter Anstieg zu beobachten. Bei den 40- bis 59-Jährigen in Sachsen-Anhalt zeigt sich seit 2015 ein signifikanter Rückgang der Prävalenz.

Tabelle 6-31: Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Medikamentengebrauchs nach KFM nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
18-24	-	-	1,4	3,2	4,1	2,5	-	2,7	-	4,8
25-39	-	-	2,9	2,9	2,5	2,5	-	4,0	-	4,6
40-59	-	-	3,8	6,6	4,3	3,4	-	3,4	-	4,5
60-64	-	-	-	-	7,4	4,1	-	2,3	-	6,0
<b>NRW</b>										
18-24	-	-	1,2	2,9	3,1	2,2	-	2,4	-	3,6
25-39	-	-	2,6*	4,0	3,6	2,9	-	4,3	-	5,2
40-59	-	-	3,5*	5,3	5,9	6,4	-	6,4	-	5,9
60-64	-	-	-	-	3,6	3,7	-	6,3	-	3,4
<b>Sachsen</b>										
18-24	-	-	4,9	0,8	3,6	2,5	-	2,1	-	3,9
25-39	-	-	1,9	3,0	6,7	2,9	-	3,3	-	3,7
40-59	-	-	3,2	3,3	6,7	3,7	-	4,4	-	6,2
60-64	-	-	-	-	13,2	2,3*	-	2,7	-	9,6
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
18-24	-	-	0,0	3,7	5,3	2,2	-	7,0	-	4,9
25-39	-	-	2,9	0,0	1,7	2,8	-	0,0	-	4,5
40-59	-	-	3,9	3,8	7,9	4,0	-	5,8*	-	4,7
60-64	-	-	-	-	~	~	-	~	-	3,6

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

Tabelle 6-31 (Fortsetzung): Trends der 12-Monats-Prävalenz des problematischen Medikamentengebrauchs nach KFM nach Alter und Bundesland (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
18-24	-	-	0,6	4,1	2,1	8,3	-	3,5	-	5,0
25-39	-	-	2,4	0,7*	4,0	2,1	-	4,2	-	4,9
40-59	-	-	4,5	8,2	7,8	2,3	-	5,1	-	7,4
60-64	-	-	-	-	6,4	~	-	0,0	-	6,9
<b>Bremen</b>										
18-24	-	-	~	~	~	~	-	~	-	7,4
25-39	-	-	2,2	~	~	~	-	~	-	3,5
40-59	-	-	4,3	~	~	~	-	30,5	-	5,8
60-64	-	-	-	-	~	~	-	~	-	4,2
<b>Hamburg</b>										
18-24	-	-	~	4,9	0,0	3,6	-	3,3	-	2,8
25-39	-	-	0,0	3,0*	4,4	3,1*	-	3,4*	-	6,9
40-59	-	-	4,4	6,7	1,4	6,1	-	3,1	-	6,1
60-64	-	-	-	-	~	2,0*	-	3,4	-	13,5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 30). -) Wurde nicht erhoben. \*)  $p < 0.05$  für Vergleich mit dem Jahr 2021. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12. Für nähere Informationen zur Gewichtung in bestimmten Alterskategorien siehe Kapitel 2.3.2 Gewichtung.

## 7 Diskussion

### 7.1 Inhaltliche Diskussion

#### 7.1.1 Tabak und E-Zigaretten

Die 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums in Deutschland betrug 22,7 %. In Sachsen-Anhalt zeigte sich mit 29,3 % eine signifikant höhere Prävalenz. Im Bundesdurchschnitt wurden von den Tabakkonsumierenden 10,4 Zigaretten pro Tag konsumiert. Die Anzahl täglich konsumierter Zigaretten im Vergleich zum Bund war bei Männern in Bayern mit 7,9 Zigaretten und bei Frauen in Berlin mit 7,2 Zigaretten sowie in Berlin insgesamt mit 8,5 Zigaretten signifikant geringer. Ein problematischer Tabakkonsum nach FTND bestand bundesweit bei 7,8 % der Befragten. Dies entspricht 34,4 % der aktuellen Tabakkonsumierenden. Die Prävalenz des problematischen Tabakkonsums nach FTND bei Männern in Sachsen-Anhalt war mit 13,7 % im Vergleich zum Bund mit 8,8 % signifikant höher.

Ein bundesweiter Rückgang der Tabakkonsumprävalenz ist seit 1995 bei Männern um etwa 15 Prozentpunkte und bei Frauen um etwa 8 Prozentpunkte zu verzeichnen (Kraus et al., 2022). Dieser Trend spiegelte sich auch in den einzelnen Bundesländern Berlin, Bremen, Sachsen und Hamburg wider. Ein Anstieg der Konsumprävalenz in den letzten drei Jahren zeigte sich bei Männern in Nordrhein-Westfalen, bei Frauen in Sachsen-Anhalt und in Bayern bei beiden Geschlechtern. Auch der Anteil an Rauchern und Raucherinnen mit starkem Konsum ist seit 1995 deutschlandweit rückläufig. In den letzten drei Jahren zeigte sich in Sachsen-Anhalt dieser Trend nur bei den Männern; bei den Frauen blieben die Prävalenzwerte unverändert. In Bremen war der Rückgang nur bei den Frauen signifikant.

Mit einem Raucheranteil von 22,7 % liegt Deutschland unter dem EU-Durchschnitt von 26 % im Jahr 2017 (Rauschert, Möckl, et al., 2022; World Health Organization, 2022): Die Folgen des Tabakkonsums sind dennoch enorm. Jedes Jahr sterben in Deutschland laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung etwa 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2022). Dies entspricht etwa 1,6 % der weltweit geschätzten acht Millionen Todesfälle pro Jahr aufgrund von Tabakkonsum (World Health Organization, 2021). Der Tabakkonsum ist nicht nur mit einer hohen Mortalität assoziiert, sondern zieht auch enorme volkswirtschaftliche Kosten nach sich (Effertz, 2016). Aus diesem Grund ist es notwendig, die Tabakpräventionsmaßnahmen weiter auszubauen. Leider ist Deutschland innerhalb der Europäischen Union das einzige Land, in dem Tabakaußenwerbungen nach wie vor nicht verboten sind (Schaller & Mons, 2018).

Der Rückgang des Tabakkonsums in allen Bundesländern in den letzten Jahren ist positiv zu werten. Dieser Trend dürfte als Ergebnis der Einführung einer Reihe von verhältnispräventiven Maßnahmen zu werten sein: Erhöhung der Tabaksteuer ab dem Jahr 2002 (John & Hanke, 2018), Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes, Werbe- und Abgabebeschränkungen sowie verstärkte Gefahrenhinweise auf Zigarettenpackungen (Schaller & Mons, 2018). Insbesondere die erschwerte Nutzung des Konsums von Zigaretten am Arbeitsplatz reduzierte die Konsumprävalenz deutlich. Ebenfalls dürfte die Erhöhung des Lebensalters

für den Kauf von Tabakwaren (John & Hanke, 2018) seit 2003 zu einem Rückgang der Prävalenz bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen beigetragen haben (Zeiger et al., 2018). Vor dem Hintergrund eines leichten Anstiegs der Tabakprävalenz in einigen Bundesländern in jüngster Zeit sind jedoch auf Bundes- wie auch auf Länderebene verstärkt Anstrengungen aktiver Tabakpolitik erforderlich.

Parallel zu den Herausforderungen des traditionellen Tabakkonsums entwickeln sich aktuell weitere Problemstellungen, die durch die Nutzung von E-Zigaretten entstehen. Bundesweit haben etwa 4,3 % aller Deutschen in den letzten 30-Tagen E-Zigaretten genutzt. In der DEBRA-Studie wurde eine Prävalenz von etwa 1,4 % berichtet (Kotz, 2022). Dass E-Zigaretten für jüngere Personen attraktiv sind, zeigt sich dahingehend, dass bei 18- bis 24-Jährigen die höchste Lebenszeitkonsumprävalenz von 39,6 % bestand im Vergleich zu den 25- bis 39-Jährigen mit 24,8 % und dem geringeren Gebrauch bei den 40- bis 59-Jährigen mit 15,0 %. Zudem berichteten Männer häufiger, E-Zigaretten mindestens einmal probiert zu haben (24,3 %) im Vergleich zu Frauen (15,8 %). Dieser Unterschied wurde vor allem in Berlin deutlich, wo ungefähr jeder vierte Mann jemals eine E-Zigarette genutzt hat.

Die 12-Monats-Prävalenz der Nutzung von E-Zigaretten lag insgesamt bei 7,9 %. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bund. Die Prävalenz der Männer war in allen Bundesländern außer Bremen höher als die der Frauen. Des Weiteren lag die 30-Tage-Prävalenz bei 4,3 %. Dagegen nutzten bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren 8,8 % in diesem Zeitraum E-Zigaretten. Mit einer berichteten 30-Tage Prävalenz von 6,9 % (Orth et al., 2020) sowie 2,5 % (DEBRA Deutsche Befragung zum Rauchverhalten, 2022) zeigte sich in anderen Studien ein ähnliches Konsumverhalten bei jungen Erwachsenen.

Es wird geschätzt, dass etwa 92,0 % der E-Zigaretten-Gebraucher und -Gebraucherinnen ehemalige Raucher und Raucherinnen sind und die E-Zigarette als Versuch der Tabakentwöhnung nutzen (Reimer et al., 2016). Dies wird auch dadurch deutlich, dass das durchschnittliche Einstiegsalter für E-Zigaretten bundesweit auf etwa 30 Jahre geschätzt wurde. Dabei kann der Umstieg auf E-Zigarette bei einem Teil der Raucher und Raucherinnen ein weiterer Grund für die fallenden Prävalenzwerte des Konsums traditioneller Tabakprodukte sein. Ob dieser Trend jedoch positiv bewertet werden kann, ist derzeit nicht beantwortbar, da nach der aktuellen Forschungslage die gesundheitlichen Folgen des E-Zigarettenkonsums nicht absehbar sind.

## **7.1.2 Alkohol**

In Deutschland ist Alkohol die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben bundesweit etwa 70,0 % der Studienteilnehmenden mindestens einmal Alkohol getrunken. Sachsen ist mit einer 30-Tage-Prävalenz von 77,3 % das einzige Bundesland, in dem im Vergleich zum Bund die 30-Tage-Prävalenz signifikant erhöht war. Bei Männern war insgesamt eine positive Entwicklung der Konsumprävalenz zu beobachten. In den letzten 26 Jahren nahm die 30-Tage-Prävalenz

in allen Bundesländern bei Männern als auch Frauen ab. Zudem wiesen männliche Konsumierende weniger schädliche Konsumformen auf (Konsum riskanter Alkoholmengen oder episodisches Rauschtrinken), als in der Vergangenheit.

Die von Experten und Expertinnen als riskant angesehenen Grenzwerte liegen bei 12 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen und 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern (Burger et al., 2004; Seitz et al., 2008). Deutschlandweit war bei 22,9 % der Frauen und 21,1 % der Männer ein riskanter Alkoholkonsum zu verzeichnen. In Berlin betraf dies jede vierte Frau und in Sachsen und Sachsen-Anhalt jeden vierten Mann. Konsistent mit den bundesweiten Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2018 (19,7 % der Frauen und 16,7 % der Männer, Seitz et al., 2020) lagen in der aktuellen Erhebung die Prävalenzwerte des riskanten Konsums bei Frauen in allen Bundesländern bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt über denen der Männer. Die Konsumprävalenz bei Frauen ist seit 26 Jahren rückläufig. Auffällig ist jedoch die in allen Bundesländern seit 2006 angestiegene Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens.

Auf der Grundlage des AUDIT wurde bundesweit bei etwa 10 % der Frauen und 25 % der Männer ein problematischer Alkoholkonsum festgestellt. Männer wiesen in allen Bundesländern höhere Prävalenzwerte als Frauen auf. Die Prävalenz bei Männern bewegt sich seit 1997 auf annähernd gleichem Niveau, wohingegen die Prävalenz bei Frauen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Berlin anstieg.

Die 30-Tage-Prävalenzwerte des Alkoholkonsums sind in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre im Vergleich zum deutlichen Anstieg im Jahr 2018 im Großteil der Bundesländer mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen rückläufig. Beim riskanten Alkoholkonsum sowie beim episodischen Rauschtrinken als auch beim problematischen Alkoholkonsum nach AUDIT bildet Bayern mit gestiegenen Prävalenzwerten die Ausnahme. Zudem ist der Anteil an Personen mit problematischem Alkoholkonsum bei den 60- bis 64-Jährigen im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am höchsten.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist in Bayern, Sachsen und Berlin ein Anstieg des episodischen Rauschtrinkens unter den 18- bis 25- Jährigen zu beobachten. In Sachsen-Anhalt zeigt sich in der jüngsten Altersgruppe zudem ein deutlicher Anstieg des problematischen Alkoholkonsums.

Die günstigen Entwicklungen des Alkoholkonsums bei Männern sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor zu den Hochkonsumländern gehört (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2022). Übermäßiger Alkoholkonsum ist einer der größten und dennoch vermeidbaren Risikofaktoren für Erkrankungen und vorzeitigen Tod in der Bevölkerung (Anderson et al., 2016). Alkohol hat nicht nur direkte negative physiologische Auswirkungen. Es bestehen zudem synergistische Effekte zwischen Alkohol und anderen gesundheitlichen Risikofaktoren wie dem Rauchen oder Übergewicht, die häufig gemeinsam auftreten (Marrero et al., 2005; Noble et al., 2015; Prabhu et al., 2014).

Weltweit sind über 5,0 % aller Todesfälle auf riskanten Alkoholkonsum zurückzuführen (World Health Organization, 2018). Sowohl der Konsum großer Mengen Alkohol, als auch episodisches Rauschtrinken

zählen zu den riskanten Trinkmustern. Als akute Folgen für Konsumierende und für Dritte sind insbesondere Unfälle im Straßenverkehr zu nennen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2015).

Es ist davon auszugehen, dass die Verringerung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke zu einem Rückgang der Konsumprävalenz und der Verbreitung problematischer Konsummuster führen würde (Babor et al., 2010; Manthey et al., 2020).

### **7.1.3 Illegale Drogen**

#### **Cannabis**

Bundesweit gaben 9,3 % aller Befragten an, in den letzten 12 Monaten irgendeine illegale Droge konsumiert zu haben (11,2 % Männer und 7,3 % Frauen). Dabei stellt Cannabis über alle Altersgruppen hinweg mit 8,8 % (10,7 % Männer, 6,8 % Frauen) die am häufigsten konsumierte illegale Droge dar. Berlin ist sowohl insgesamt (16,7 %) als auch bei beiden Geschlechtern (20,0 % Männer, 13,3 % Frauen) das Bundesland mit der höchsten Konsumprävalenz und weicht signifikant vom Bundesdurchschnitt ab. Gleichzeitig zeigt sich in Berlin im Vergleich zum Bund eine höhere Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums nach SDS (4,7 % vs. 2,5 %). Zudem sind bei Frauen im Vergleich zum Bund (1,6 %) die Prävalenzwerte des problematischen Konsums in Bremen (4,7 %) höher und in Sachsen-Anhalt niedriger (0,5 %).

In allen Bundesländern kam es in den letzten zehn Jahren zu einem Anstieg der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums, dabei wurde das Niveau der frühen 2000er Jahre erreicht beziehungsweise übertroffen. Auch in den verschiedenen Altersgruppen zeichnet sich der steigende Trend ab, wobei im Jahr 2021 in allen Bundesländern die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen die höchste Prävalenz aufweist. Zudem lässt sich insbesondere bei Männern eine Zunahme des problematischen Cannabiskonsums nach SDS beobachten.

Der Anstieg des Cannabiskonsums unter Jugendlichen wird durch andere Datenquellen bestätigt. Jede elfte jugendliche Person im Alter zwischen 12 und 17 Jahren hat schon einmal im Leben Cannabis konsumiert und für das Jahr 2021 wurde eine 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen von 7,6 % berichtet (Orth & Merkel, 2022). Zudem wurde ein steigender Trend des Cannabiskonsums bei 15- bis 16-Jährigen in Dänemark und Norwegen beobachtet (Kraus et al., 2016).

Die subjektive Wahrnehmung der gesundheitlichen Risiken könnte mit der zunehmenden Prävalenz des Cannabiskonsums in Verbindung stehen. Gemäß einer US-Studie wird Cannabis als weniger gesundheitlich gefährdend eingestuft als vor zehn bis fünfzehn Jahren (Compton et al., 2016). Diese Entwicklung könnte im Zusammenhang stehen mit der Diskussion und Entscheidung der Bundesregierung, Cannabis unter bestimmten Voraussetzungen zu legalisieren, und der bereits erfolgten Legalisierung von Cannabis in Uruguay, Südafrika und einigen Bundesstaaten der USA.

Als langfristige Folgen des Cannabiskonsums werden mögliche Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit und Psychomotorik diskutiert. Des Weiteren wird bei starkem Cannabiskonsum von einem um das 2- bis 3,4-fach erhöhten Risiko für psychische Störungen ausgegangen (Hoch et al., 2019). Da kognitive Veränderungen durch Cannabiskonsum bei Jugendlichen weniger reversibel sind als bei Erwachsenen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), 2022; Medina et al., 2007), gelten Jugendliche und junge Erwachsene als besonders vulnerabel. Ein Ziel der Prävention ist es daher, einem Anstieg der Anzahl von Personen mit einer Cannabisabhängigkeit entgegenzuwirken.

Die Prävalenzwerte anderer illegaler Drogen liegen deutlich unter der Prävalenz von Cannabis. Kokain/Crack weist eine 12-Monats-Prävalenz von 1,6 %, Amphetamin/Metamphetamin von 1,4 %, Ecstasy von 1,0 % und neue psychoaktive Substanzen (NPS) von 1,3 % auf. Lediglich in Berlin ist seit 1995 eine Zunahme der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen/Metamphetaminen, Ecstasy, LSD und Kokain zu beobachten. In den anderen Bundesländern blieben die Prävalenzwerte der illegalen Drogen außer Cannabis auf einem konstanten Niveau. Zu beachten ist, dass bei Bevölkerungsbefragungen der Konsum illegaler Drogen generell unterschätzt wird, da die Erfassung von Drogenkonsumierenden mit intensiveren Konsummustern zumeist nicht vollständig ist. Dadurch handelt es sich bei der Mehrheit der positiven Fälle weitgehend um sozial integrierte Gelegenheitskonsumierende (Fazel et al., 2008). Dennoch sollte sichergestellt werden, dass der Konsum illegaler Drogen und die damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken für Jugendliche und bestimmte gesellschaftliche Gruppen bei der Erwägung von Präventionsmaßnahmen nicht vernachlässigt werden.

### **Neue psychoaktive Substanzen**

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) fassen Designerdrogen und Naturdrogen zusammen, welche die Effekte etablierter illegaler Substanzen imitieren. Die wichtigsten Substanzgruppen sind synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone, Phenethylamine, synthetische Opioide und Tryptamine (Hohmann et al., 2014). Durch die Vielzahl neuer psychoaktiver Stoffe und ihre rasche Verbreitung standen in der Vergangenheit gesetzliche Mittel nicht ausreichend zur Verfügung, um die Verfügbarkeit von NPS einzugrenzen. Für Konsumierende stellen NPS einen kostengünstigen Ersatz für etablierte Betäubungsmittel dar. Um der Ausbreitung von NPS entgegenzuwirken, wurden bedenkliche Stoffe in den Anlagen zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgenommen. Da es dem Gesetzgeber nicht möglich war, die zahlreichen neuen psychoaktiven Stoffe ausreichend schnell zu erfassen, wurde am 26. November 2016 das Neue psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) erlassen, das ganze Stoffgruppen dem Gesetz unterstellte, namentlich von 2-Phenethylamin abgeleitete Verbindungen sowie synthetische Cannabinoide. Da mit diesem generischen Ansatz zunächst nur etwa zwei Drittel der sich auf dem Markt befindlichen Stoffe dem Gesetz unterstellt waren und der Markt unmittelbar mit neuen Stoffen, die weder dem NpSG noch dem BtMG unterstellt waren, reagierte, wurden mit der NpSGuBtMGAnlÄndV (Verordnung zur Änderung der Anlage des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes und von Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes) vom 12. Juli 2019 zusätzliche Stoffgruppen in die Anlage des NpSG aufgenommen. In dieser Änderung wurde die

Gruppe der Cannabimitetika ergänzt und von N-(2-Aminocyclohexyl)amid abgeleitete Verbindungen sowie Benzodiazepine und Tryptamine wurden neu aufgenommen.

Bundesweit konsumierten 1,3 % der Befragten NPS in den letzten 12 Monaten. Die Konsumprävalenz in den Ländern unterscheidet sich statistisch nicht von der in Gesamtdeutschland. Die Ergebnisse nach Altersgruppen zeigen weiterhin, dass Konsum und Konsumerfahrung von NPS vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftreten.

Seit 2011 werden in vielen europäischen Ländern nationale Daten zum Konsum von NPS erfasst. Angesichts der heterogenen Erhebungsmethoden der Länder kann ein europaweiter Vergleich dieser Daten nur eingeschränkt vorgenommen werden. So wurden bei jungen Erwachsenen (15-34 Jahre) in Rumänien eine 12-Monats-Prävalenz von 5,0 % und in Lettland von 0,1 % berichtet. Für das Jahr 2016 meldeten zwei Drittel der europäischen Länder, dass bei Hochrisiko-Drogenkonsumierenden der Konsum von NPS zu physischen und psychischen Gesundheitsschäden geführt habe (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), 2021). Insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von synthetischen Cannabinoiden kann es zu unerwünschten Symptomen in Form von Tachykardie, Halluzinationen und arterieller Hypertonie kommen (Hohmann et al., 2014).

## **Medikamente**

Die Einnahme von Medikamenten unterscheidet sich grundsätzlich vom Konsum legaler und illegaler Drogen. Im Vordergrund steht die Behandlung von Erkrankungen und das Lindern von Beschwerden. Der Gebrauch zu Genuss- oder Rauschzwecken ist eher selten. Der erneute Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel zeigt die hohe Relevanz dieses Themas. Im Jahr 2020 berichtete die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Ausgaben für Medikamente in Höhe von 45,6 Mrd. €. Damit entfielen 17,2 % der Gesamtkosten der GKV auf medikamentöse Therapien (Ludwig et al., 2021). Die Erhebung epidemiologischer Daten ermöglicht es im Gegensatz zu den Verordnungsdaten der Krankenkassen nicht nur ärztliche Verschreibungen, sondern auch den Gebrauch nicht verschreibungspflichtiger Medikamente zu erfassen. Nur etwa die Hälfte aller verkauften Arzneimittelpackungen beruht auf einer ärztlichen Verschreibung (Glaeske, 2019).

Laut den vorliegenden Daten berichtete etwa jede zweite befragte Person (51,4 %), in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen zu haben. In den beteiligten Bundesländern schwankte der Anteil zwischen 49,9 % in Bayern und 56,2 % in Sachsen-Anhalt. Von den erfassten Arzneimitteln wurden Schmerzmittel am häufigsten genutzt (Gesamtwert Bund: 48,1 %). Diese wurden in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von 52,6 % der Befragten in Sachsen-Anhalt und 45,6 % der Befragten in Sachsen eingenommen. Ein statistisch signifikanter Unterschied vom Gesamtwert wurde nur in Sachsen-Anhalt festgestellt. An zweiter und dritter Stelle folgten die Einnahme (letzte 30 Tage) von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit insgesamt 5,4 % und Antidepressiva mit insgesamt 5,3 %. Die Prävalenzschwankungen zwischen den Bundesländern waren gering und wiesen keine statistisch signifikanten



Abweichungen zum bundesdeutschen Gesamtwert auf. Weniger als ein Prozent der Befragten gaben an, Anregungsmittel, Appetitzügler oder Anabolika konsumiert zu haben. Einer der Gründe für die hohen Prävalenzwerte des Gebrauchs von Schmerzmitteln ist vermutlich die hohe Anzahl an nicht verschreibungspflichtigen Präparaten. Analysen der Verkaufszahlen belegen, dass im Jahr 2019 etwa 46,9 % aller verkauften Schmerzmittelpackungen ohne Rezept abgegeben wurden (Glaeske, 2021). Die Behandlung von Schmerzen dürfte somit zum großen Teil im Rahmen einer Selbstmedikation stattfinden. Basierend auf einer kürzlich veröffentlichten Studie wird die Prävalenz des Missbrauchs freiverkäuflicher Schmerzmittel in der bundesdeutschen Erwachsenenbevölkerung auf 6,4 % geschätzt. Dies entspricht hochgerechnet etwa 3,2 Millionen Personen (Rauschert, Seitz, et al., 2022).

Zu den auffälligen Trendentwicklungen zählt eine leicht zunehmende Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs sowie ein allgemeiner Rückgang der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Des Weiteren ist hinsichtlich der Prävalenz der Einnahme irgendeines Medikaments mit Ausnahme von Anabolika ein steigender Trend zu beobachten. Dies deckt sich mit den Entwicklungen der Verordnungszahlen (Ludwig et al., 2021). Problematisch zu sehen ist in diesem Zusammenhang ein deutlicher Anstieg der Privatverordnungen auch für gesetzlich Versicherte. Privatverordnungen verschleiern einen möglichen kritischen Gebrauch, da sie nicht systematisch erfasst werden (Glaeske, 2017).

Das Geschlecht und das Alter der Befragten haben einen Einfluss auf den Gebrauch von Medikamenten. Medikamente sind die einzigen im ESA erfassten Substanzen, für die Frauen ein allgemein höheres Konsumrisiko aufweisen als Männer. Ein Grund für die häufigere Einnahme von Medikamenten könnte sein, dass Frauen mit bestimmten Erkrankungen wie Depression, Angst, Schlafstörungen und Schmerzserkrankungen stärker belastet sind (Busch et al., 2013; Ihle et al., 2007; Schlack et al., 2013). Ebenfalls begünstigt wird die hohe Konsumprävalenz unter Frauen durch ihr Gesundheits- und Vorsorgeverhalten. Frauen suchen im Vergleich zu Männern häufiger medizinische Einrichtungen auf (Kolip & Koppelin, 2002; Rattay et al., 2013), was die vermehrte Einnahme von Medikamenten fördert. Bei der Betrachtung der Altersverteilung wird deutlich, dass insbesondere die häufige und problematische Einnahme von Medikamenten vorrangig ein Phänomen des mittleren bis höheren Erwachsenenalters ist. Vor allem bei älteren Menschen steigt durch häufige Parallelmedikation und lange Verordnungszeiten die Gefahr gesundheitlicher Schäden (Knopf & Grams, 2013). In Deutschland und international werden verstärkt Bemühungen unternommen, das Medikationsmanagement zu verbessern (Köberlein-Neu et al., 2016). So haben beispielsweise gesetzlich Versicherte mit drei oder mehr verschriebenen Medikamenten Anrecht auf einen Medikationsplan.

## **7.2 Methodische Diskussion**

Durch die Aufstockung der ESA-Stichprobe in den sieben beteiligten Bundesländern Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt war es möglich, die Verbreitung einer

Vielzahl von Substanzen in Stichproben zu erfassen, deren Größen auch bei geringen Prävalenzwerten verlässliche Schätzungen erlauben. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde durch das komplexe Untersuchungsdesign und die Verwendung von Gewichten sichergestellt. Aufgrund verschiedener Strategien wie z. B. dem Einsatz unterschiedlicher Befragungsmodi konnte die Antwortrate bei 35,0 % stabilisiert werden. Verglichen mit der Datenerhebung für den Länderbericht 2018 sank die Antwortrate um 7 Prozentpunkte. In Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen lag die Antwortrate mit 52,6 %, 43,4 %, 42,3 % bzw. 49,1 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Auch bei einer insgesamt zufriedenstellenden Antwortrate besteht das Risiko von Verzerrungen durch eine systematische Nichtteilnahme bestimmter Gruppen von Konsumierenden. Beispielsweise konnte mit der im Rahmen der Bunderhebung von 2018 durchgeführten Nonresponse-Befragung gezeigt werden, dass Nichtteilnehmende seltener Alkohol trinken, aber die Konsumierenden unter ihnen höhere Konsummengen aufweisen (Atzendorf et al., 2019). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Konsumprävalenzwerte mit den vorliegenden Daten leicht überschätzt werden, während die Prävalenz problematischer Konsummuster eher unterschätzt wird. Ein weiteres Risiko besteht in Verzerrungen durch die Nutzung von Selbstangaben zum Konsum. Diese können sowohl Erinnerungsfehler als auch Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit beinhalten (Groves et al., 2009). Problematisch ist insbesondere, dass die Wahrscheinlichkeit für solche Verzerrungen zwischen den Erhebungsmodi variiert (Connor Gorber et al., 2009; Stockwell et al., 2016). Schließlich muss berücksichtigt werden, dass es bestimmte zum Teil marginalisierte Bevölkerungsgruppen gibt, die nicht in die Grundgesamtheit der Studie fallen und somit nicht berücksichtigt werden. Diese umfassen Wohnungslose und Gefängnisinsassen, welche eine besonders hohe Prävalenz von Substanzkonsumstörungen aufweisen (Fazel et al., 2008).

### **7.3 Schlussfolgerungen und Ausblick**

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2021 macht deutlich, dass weiterhin eine hohe Verbreitung des Konsums der legalen Substanzen Tabak und Alkohol vorliegt. Trendberechnungen zeigen jedoch, dass der Konsum traditioneller Tabakprodukte und damit der Anteil an Rauchern und Raucherinnen mit starkem Konsum allmählich zu sinken scheint. Die Frage, die sich dabei stellt, ist, ob der Grund dafür im Umstieg auf E-Zigaretten zu finden ist und ob die Gefahr für eine Abhängigkeit von einer anderen nikotinhaltigen Substanz besteht. Deshalb ist insbesondere der rückläufige Trend des traditionellen Tabakkonsums unter Jugendlichen mit Vorsicht zu genießen. Auch wenn ein Verbot der unterschiedlichen Geschmacksrichtungen von E-Zigaretten diskutiert wird, um Jugendliche vom Konsum abzuhalten, deutet die Studienlage darauf hin, dass Neugierde für Jugendliche den wichtigsten Konsumgrund darstellt und ein Verbot der Geschmacksrichtungen demnach nicht unbedingt wirksam ist (O'Leary et al., 2021). Der Konsum von Cannabis rückt wegen der hohen Prävalenz vor allem unter Jugendlichen, aber auch wegen der aktuellen Legalisierungsdebatte immer mehr in den Fokus der Gesundheitspolitik. Besorgniserregend ist, dass mit der steigenden Konsumprävalenz ein Anstieg an Konsumierenden zu beobachten ist, die einen

problematischen Cannabiskonsum aufweisen. Dies trifft vor allem auf Männer zu. Die Prävalenz anderer illegaler Drogen weist in allen Bundesländern außer Berlin ein stabiles niedriges Niveau auf. Auch die Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen lässt sich seit ihrer Erfassung 2011 als stabil und ohne steigenden Trend beschreiben. Die Situation in Berlin ist jedoch geprägt von einem Anstieg des Konsums der Drogen Metamphetamin/Amphetamin, Ecstasy, LSD und Kokain. Durch die aktuelle Debatte zur Liberalisierung von Cannabis und damit auch einer Entkriminalisierung von Konsumierenden, rücken auch soziale und emotionale Folgen durch die Strafverfolgung von Konsumierenden anderer Drogen stärker in den Fokus.

Vor allem präventive Maßnahmen sind weiterhin in den Fokus zu rücken, um die beträchtlichen Kosten, die durch Substanzmissbrauch und -abhängigkeit entstehen, zu senken. Dabei lohnt es sich, einen Blick auf Kinder und Jugendliche zu werfen, die in einem Haushalt mit einem oder mehreren suchterkrankten Elternteilen aufwachsen und somit auch selbst gefährdet sind. Auch wenn es für diese gefährdete Gruppe bereits Präventionsmaßnahmen gibt, sind die Forschungslage und das Gesamtangebot noch lückenhaft und bedürfen weiterer Forschungsansätze und aussagekräftiger Studien (Sack et al., 2019).

## 8 Förderhinweis

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2021 wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit BMG gefördert (ZMVI1-2520DSM203).

Die Stichprobenerhöhungen und Zusatzauswertungen wurden durch die Ministerien der an der Zuzusatzerhebung teilnehmenden Bundesländer gefördert:

**Bayern:** Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege des Freistaats Bayern, München

**Berlin:** Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

**Bremen:** Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen

**Hamburg:** Sozialbehörde der Freien Hansestadt Hamburg

**Nordrhein-Westfalen:** Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

**Sachsen:** Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt des Freistaats Sachsen, Dresden

**Sachsen-Anhalt:** Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Mit der Förderung sind keine Auflagen verbunden.

## 9 Literatur

- Anderson, P., Braddick, F., Conrod, P., Gual, A., Hellman, M., Matrai, S., Miller, D., Nutt, D. J., Reynolds, G., & Ysa Figueras, T. (2016). *The new governance of addictive substances and behaviours*. Oxford University Press.
- Andlin-Sobocki, P., & Rehm, J. (2005). Cost of addiction in Europe. *European Journal of Neurology*, *12 Suppl 1*, 28-33. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2005.01194.x>.
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines -- an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, *116*(35-36), 577-584. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- 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 ed.). Oxford University Press.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*. World Health Organization.
- Baumgärtner, T., & Hiller, P. (2022). *Epidemiologische Entwicklung suchtgefährdenden Verhaltens von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Deskriptiv zusammenfassende Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung 2021/22*. Sucht.Hamburg. [https://www.sucht-hamburg.de/images/kategorien/information/publikationen/Baumgaertner\\_\\_Hiller\\_2022\\_SCHULBUS-Gesamtbericht\\_HH\\_\\_HB\\_2021.pdf](https://www.sucht-hamburg.de/images/kategorien/information/publikationen/Baumgaertner__Hiller_2022_SCHULBUS-Gesamtbericht_HH__HB_2021.pdf)
- Biemer, P. P., & Wiesen, C. (2002). Measurement error evaluation of self-reported drug use: a latent class analysis of the US National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of the Royal Statistical Society*, *165*(1), 97-119.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). *Pressemitteilung - BZgA zum Weltnichtrauchertag 2022: Save (y)our Future*. 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. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.011>
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *56*, 733-739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Compton, W. M., Han, B., Jones, C. M., Blanco, C., & Hughes, A. (2016). Marijuana use and use disorders in adults in the USA, 2002-14: analysis of annual cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry*, *3*, 954-964. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30208-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30208-5)
- Connor Gorber, S., Schofield-Hurwitz, S., Hardt, J., Levasseur, G., & Tremblay, M. (2009). The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine assessed smoking status. *Nicotine and Tobacco Research*, *11*(1), 12-24. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntn010>

- DEBRA Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. (2022). *DEBRA Homepage*: Retrieved 15.03.2022 from <https://www.debra-study.info/>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2015). *Binge Drinking und Alkoholvergiftungen. DHS Factsheet*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Factsheets/Binge\\_drinking.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Binge_drinking.pdf) (Stand: 11.10.2019)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2022). *Jahrbuch Sucht 2022*. Pabst Science Publishers.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*. Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. D. Krebsforschungszentrum.
- Effertz, T. (2016). Kosten des Rauchens in Deutschland. *Public Health Forum*, 24(2), 80-83. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-0036>
- Effertz, T. (2020). Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2020* (pp. 225-234). Pabst Science Publishers.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). (2022). *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *Public Library of Science Medicine*, 5(12), e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0051225>
- Foulds, J., Veldheer, S., Yingst, J., Hrabovsky, S., Wilson, S. J., Nichols, T. T., & Eissenberg, T. (2015). Development of a questionnaire for assessing dependence on electronic cigarettes among a large sample of ex-smoking E-cigarette users. *Nicotine and Tobacco Research*, 17(2), 186-192. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu204>
- Garcia-Altes, A., Olle, J. M., Antonanzas, F., & Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97(9), 1145-1153. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00170.x>
- Gelman, A., & Carlin, J. (2002). Poststratification and weighting adjustments. In R. M. Groves, J. L. Eltinge, & R. J. A. Little (Eds.), *Survey nonresponse* (pp. 289-203). John Wiley and Sons.
- Glaeske, G. (2017). Medikamente 2015 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Ed.), *Jahrbuch Sucht 17* (pp. 85-106). Pabst Science Publishers.
- Glaeske, G. (2019). Medikamente 2017- Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Ed.), *Jahrbuch Sucht 19* (pp. 88-104). Pabst Science Publisher.

- Glaeske, G. (2021). Medikamente 2019 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2021* (pp. 91–110). Pabst Science Publishers.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>
- Groves, R. M., Fowler, F.-J. J., Couper, M. P., Lepkowski, J., Singer, E., & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2nd ed.). John Wiley and Sons.
- Hansen, R. N., Oster, G., Edelsberg, J., Woody, G. E., & Sullivan, S. D. (2011). Economic costs of nonmedical use of prescription opioids. *Clinical Journal of Pain*, 27(3), 194-202. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181ff04ca>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hoch, E., Friemel, C. M., & Schneider, M. (2019). *Cannabis. Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Springer.
- Hohmann, N., Mikus, G., & Czock, D. (2014). Effects and risks associated with novel psychoactive substances: mislabeling and sale as bath salts, spice, and research chemicals. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(9), 139-147. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0139>
- Ihle, W., Laucht, M., Schmidt, M. H., & Esser, G. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün, & M. Hausmann (Eds.), *Gehirn und Geschlecht* (pp. 211-222). Springer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77-87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- John, U., & Hanke, M. (2018). Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 80(02), 160-171. <https://doi.org/10.1055/s-0043-110854>
- Knopf, H., & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 868-877 <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1667-8>
- Köberlein-Neu, J., Mennemann, H., Hamacher, S., Waltering, I., Jaehde, U., Schaffert, C., & Rose, O. (2016). Interprofessionelles Medikationsmanagement bei multimorbiden Patienten. Eine Cluster-randomisierte Studie (WestGem-Studie). *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(44), 741-748. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0741>
- Kolip, P., & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (pp. 491-504). Huber.

- Korn, E. L., & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. Wiley and Sons.
- Kotz, D. (2022). *DEBRA Deutsche Befragung zum Rauchverhalten*. Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/>
- Kotz, D., & Kastaun, S. (2018). E-Zigaretten und Tabakerhitzer: repräsentative Daten zu Konsumverhalten und assoziierten Faktoren in der deutschen Bevölkerung (die DEBRA-Studie). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(11), 1407-1414. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2827-7>
- Kraus, L., Guttormsson, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K., Trapencieris, M., Vicente, J., Arnarsson, A. M., Balakireva, O., Bye, E. K., Chileva, A., Ciocanu, M., Clancy, L., Csemy, L., Djuricic, T., Elekes, Z., Feijao, F., Florescu, S., . . . Hibell, B. (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union.
- Kraus, L., Möckl, J., Lochbühler, K., Rauschert, C., Seitz, N.-N., & Olderbak, S. (2022). Entwicklung des Konsums von Tabak, alternativen Tabakprodukten und Tabakalternativen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119, 535-541. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0252>
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K. D., Frick, H., & Rehm, J. (2015). Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. *European Addiction Research*, 21(5), 262-272. <https://doi.org/10.1159/000381672>
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E., & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research*, 4(1-2), 28-41. <https://doi.org/10.1159/000018922>
- Lampert, T., von der Lippe, E., & Müters, S. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 802-808. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1698-1>
- Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 66-73.
- Ludwig, W., Mühlbauer, B., & Seifert, R. (2021). *Arzneiverordnungs-Report 2021*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-63825-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-63825-5_1)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.011>
- Manning, W. G., & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20(4), 461-494.
- Manthey, J., Kilian, C., Schomerus, G., Kraus, L., Rehm, J., & Schulte, B. (2020). Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht*, 66(5), 247-258. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000686>
- Mark, T. L., Woody, G. E., Juday, T., & Kleber, H. D. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(2), 195-206. [https://doi.org/S0376-8716\(00\)00162-9](https://doi.org/S0376-8716(00)00162-9)



- Marrero, J. A., Fontana, R. J., Fu, S., Conjeevaram, H. S., Su, G. L., & Lok, A. S. (2005). Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, 42(2), 218-224. <http://edoc.rki.de/oa/articles/reovSCBo8pwYQ/PDF/29w9dof7qgpOk.pdf> (Stand: 11.10.2019)
- Medina, K. L., Hanson, K. L., Schweinsburg, A. D., Cohen-Zion, M., Nagel, B. J., & Tapert, S. F. (2007). Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: subtle deficits detectable after a month of abstinence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(5), 807-820. <https://doi.org/10.1017/s1355617707071032>
- 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. *Gesundheitswesen*, 72(12), 886-894. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1243212>
- Noble, N., Paul, C., Turon, H., & Oldmeadow, C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Preventive Medicine*, 81, 16-41.
- O'Leary, R., Polosa, R., & Li Volti, G. (2021). Critical appraisal of the European Union Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER) preliminary opinion on electronic cigarettes. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00476-6>
- Orth, B., & Merkel, C. (2022). *Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends* (BZgA-Forschungsbericht). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0>
- Orth, B., Merkel, C., & Duhme, K. (2020). Das Rauchverhalten Jugendlicher in Deutschland. Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA. 18te Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, 2. Dez 2020,
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015* (Online verfügbar unter: [http://esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2015\\_Alkohol-Kurzbericht.pdf](http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2015_Alkohol-Kurzbericht.pdf)). IFT Institut für Therapieforchung.
- Prabhu, A., Obi, K. O., & Rubeinstein, J. H. (2014). The synergistic effects of alcohol and tobacco consumption on the risk of esophageal squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 109(6), 822-827. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.71>
- 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 - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 832-844. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1665-x>

- Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Wilms, N., Olderbak, S., & Kraus, L. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119, 527-534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>
- Rauschert, C., Seitz, N.-N., Olderbak, S., Pogarell, O., Dreischulte, T., & Kraus, L. (2022). Abuse of non-opioid analgesics in Germany: prevalence and associations among self-medicated users. *Frontiers in Psychiatry: Addictive Disorders*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.864389>
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C. D., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., & Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817-843. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x>
- Reimer, J., Kuhn, S., & Lehmann, K. (2016). *Konsumgewohnheiten und Motive von E-Zigaretten-Konsumenten in Deutschland – Eine Querschnittsanalyse*. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/161005\\_Anlage\\_5-Abschlussbericht\\_ZIS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/161005_Anlage_5-Abschlussbericht_ZIS.pdf)
- Sack, P. M., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2019). Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Ergebnisse eines systematischen Reviews. *Sucht Aktuell*, 3, 68-74.
- Schaller, K., & Mons, U. (2018). Tabakprävention in Deutschland und international. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 61(11), 1429-1438. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2819-7>
- 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 - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 740-748. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1689-2>
- Seitz, H. K., Bühringer, G., & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke [Limit values for the consumption of alcoholic drinks]. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2008* (pp. 205-208). Neuland.
- Seitz, N.-N., Rauschert, C., Atzendorf, J., & Kraus, L. (2020). *Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018* (IFT-Berichte Bd. 190). IFT Institut für Therapieforchung.
- StataCorp. (2017). *Stata Statistical Software: Release 15*. StataCorp LLC,.
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards. Ausgabe 2016 (Band 17)*. Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland*. Destatis.
- Stockwell, T., Zhao, J., Greenfield, T., Li, J., Livingston, M., & Meng, Y. (2016). Estimating under- and over-reporting of drinking in national surveys of alcohol consumption: Identification of consistent

- biases across four English-speaking countries. *Addiction*, 111(7), 1203-1213. <https://doi.org/10.1111/add.13373>
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide & H. Lieb (Eds.), *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (Vol. 3, pp. 123-139). Nagel.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U., & Ziegglängsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. MIT Press.
- World Health Organization. (2018). *Alcohol fact sheet, 21 September 2018*. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2021 – Addressing new and emerging products*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- World Health Organization. (2022). *Alcohol and tobacco use - European health report 2021 factsheet*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/m/item/alcohol-and-tobacco-use-european-health-report-2021-factsheet>
- Zeiger, J., Kuntz, B., & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 59–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-030>
- Zeiger, J., Starker, A., & Kuntz, B. (2018). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 40-46. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-008>

Epidemiologischer Suchtsurvey 2021.  
Substanzkonsum und Hinweise  
auf substanzbezogene Störungen in Bayern,  
Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt  
und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg

**ANHANG**

Tabelle 1:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall] .....	267
Tabelle 2:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall] .....	268
Tabelle 3:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall] .....	269
Tabelle 4:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Schmerzmittelgebrauchs und des problematischen Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall].....	270
Tabelle 5:	Trends der Frequenz des Konsums von Cannabis in den letzten 12 Monaten (Prozent) .....	271
	ESA 2021 Fragebogen „Leben und Gesundheit“ .....	273

Tabelle 1: Prävalenzen und Hochrechnungen des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
<b>30-Tage-Prävalenz des starken Konsums</b>						
Bayern	3,5 [2,1; 5,9]	147.000 [88.000; 247.000]	3,8 [2,1; 6,8]	154.000 [85.000; 275.000]	3,7 [2,4; 5,6]	305.000 [198.000; 461.000]
Berlin	5,5 [3,3; 9,1]	68.000 [41.000; 112.000]	1,6 [0,8; 3,3]	19.000 [10.000; 40.000]	3,6 [2,3; 5,4]	88.000 [56.000; 131.000]
Bremen	7,2 [4,0; 12,7]	16.000 [9.000; 29.000]	2,2 [1,0; 4,9]	5.000 [2.000; 11.000]	4,7 [2,9; 7,6]	21.000 [13.000; 34.000]
Hamburg	7,0 [4,1; 12,0]	44.000 [26.000; 75.000]	3,9 [2,0; 7,7]	24.000 [12.000; 48.000]	5,5 [3,5; 8,3]	69.000 [44.000; 104.000]
Nordrhein-Westfalen	6,2 [4,0; 9,5]	362.000 [233.000; 554.000]	3,3 [1,7; 6,3]	190.000 [98.000; 362.000]	4,7 [3,2; 7,0]	544.000 [371.000; 811.000]
Sachsen	4,1 [2,8; 5,8]	51.000 [35.000; 73.000]	1,5 [0,8; 3,1]	18.000 [9.000; 36.000]	2,8 [2,0; 4,1]	68.000 [49.000; 100.000]
Sachsen-Anhalt	8,7 [4,6; 16,0]	59.000 [31.000; 108.000]	4,7 [2,9; 7,7]	30.000 [18.000; 49.000]	6,7 [3,9; 11,4]	88.000 [51.000; 150.000]
<b>12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums nach FTND</b>						
Bayern	6,0 [4,4; 8,2]	251.000 [184.000; 344.000]	6,9 [4,5; 10,4]	279.000 [182.000; 421.000]	6,5 [4,8; 8,6]	536.000 [396.000; 709.000]
Berlin	10,1 [7,0; 14,3]	124.000 [86.000; 176.000]	4,6 [3,2; 6,7]	55.000 [39.000; 81.000]	7,3 [5,5; 9,6]	178.000 [134.000; 234.000]
Bremen	10,5 [6,7; 15,9]	24.000 [15.000; 36.000]	8,4 [5,5; 12,7]	18.000 [12.000; 27.000]	9,8 [7,2; 13,2]	43.000 [32.000; 58.000]
Hamburg	7,3 [4,7; 11,2]	46.000 [29.000; 70.000]	7,0 [4,3; 11,3]	44.000 [27.000; 71.000]	7,2 [5,2; 9,9]	90.000 [65.000; 124.000]
Nordrhein-Westfalen	10,6 [7,8; 14,1]	619.000 [455.000; 823.000]	7,6 [5,5; 10,3]	437.000 [316.000; 592.000]	9,0 [7,1; 11,4]	1.043.000 [822.000; 1.321.000]
Sachsen	7,2 [5,0; 10,4]	90.000 [63.000; 131.000]	3,4 [2,1; 5,4]	40.000 [25.000; 63.000]	5,4 [4,1; 6,9]	131.000 [100.000; 168.000]
Sachsen-Anhalt	13,7 [10,3; 17,9]	93.000 [70.000; 121.000]	7,7 [4,5; 13,0]	49.000 [29.000; 82.000]	10,7 [7,6; 14,8]	140.000 [100.000; 194.000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2020. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bzw. der 18- bis 64-Jährigen (Bayern). FTND: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit

Tabelle 2: Prävalenzen und Hochrechnungen des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
<b>30-Tage-Prävalenz des riskanten Konsums</b>						
Bayern	17,6 [14,2; 21,6]	737.000 [595.000; 905.000]	16,2 [13,5; 19,3]	656.000 [547.000; 782.000]	16,9 [14,6; 19,6]	1.393.000 [1.203.000; 1.615.000]
Berlin	14,7 [11,7; 18,3]	181.000 [144.000; 225.000]	17,8 [15,4; 20,6]	215.000 [186.000; 248.000]	16,3 [14,3; 18,5]	397.000 [348.000; 450.000]
Bremen	8,6 [5,7; 12,7]	19.000 [13.000; 29.000]	12,6 [9,7; 16,2]	21.000 [21.000; 35.000]	10,5 [8,4; 13,1]	46.000 [37.000; 58.000]
Hamburg	15,0 [10,8; 20,5]	94.000 [67.000; 128.000]	14,7 [12,1; 17,6]	92.000 [76.000; 110.000]	14,8 [12,3; 17,8]	185.000 [154.000; 222.000]
Nordrhein-Westfalen	14,8 [11,3; 19,2]	864.000 [660.000; 1.121.000]	13,1 [10,7; 16,0]	753.000 [615.000; 919.000]	14,0 [11,5; 16,8]	1.622.000 [1.332.000; 1.946.000]
Sachsen	23,2 [19,6; 27,3]	291.000 [246.000; 343.000]	13,8 [11,0; 17,2]	162.000 [129.000; 202.000]	18,7 [16,3; 21,4]	454.000 [396.000; 520.000]
Sachsen-Anhalt	23,5 [17,3; 31,2]	159.000 [117.000; 211.000]	13,5 [11,0; 16,5]	86.000 [70.000; 105.000]	18,6 [14,8; 23,1]	244.000 [194.000; 303.000]
<b>12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums nach AUDIT</b>						
Bayern	26,3 [22,1; 30,8]	1.102.000 [926.000; 1.290.000]	10,0 [8,2; 12,1]	405.000 [332.000; 490.000]	18,2 [15,9; 20,9]	1.500.000 [1.310.000; 1.722.000]
Berlin	25,4 [21,8; 29,3]	312.000 [268.000; 360.000]	12,0 [10,3; 14,1]	145.000 [124.000; 170.000]	18,7 [16,7; 21,0]	455.000 [407.000; 511.000]
Bremen	22,8 [18,2; 28,3]	51.000 [41.000; 64.000]	9,4 [7,3; 12,0]	20.000 [16.000; 26.000]	16,1 [13,5; 19,2]	71.000 [60.000; 85.000]
Hamburg	24,9 [20,6; 29,7]	156.000 [129.000; 186.000]	11,0 [8,9; 13,5]	69.000 [56.000; 84.000]	17,9 [15,5; 20,6]	224.000 [194.000; 257.000]
Nordrhein-Westfalen	30,0 [23,5; 37,4]	1.751.000 [1.372.000; 2.183.000]	11,5 [9,2; 14,4]	661.000 [529.000; 828.000]	20,8 [16,6; 25,8]	2.409.000 [1.923.000; 2.989.000]
Sachsen	26,8 [23,5; 30,4]	337.000 [295.000; 382.000]	7,8 [6,0; 10,0]	92.000 [70.000; 117.000]	17,7 [15,6; 19,9]	430.000 [379.000; 483.000]
Sachsen-Anhalt	27,9 [21,5; 35,3]	189.000 [146.000; 239.000]	9,9 [7,7; 12,6]	63.000 [49.000; 80.000]	19,0 [15,5; 23,1]	249.000 [203.000; 303.000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2020. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bzw. der 18- bis 64-Jährigen (Bayern). AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

Tabelle 3: Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
<b>12-Monats-Prävalenz des Konsums</b>						
Bayern	10,3 [8,2; 13,0]	431.000 [344.000; 545.000]	7,9 [5,6; 11,0]	320.000 [227.000; 446.000]	9,1 [7,3; 11,4]	750.000 [602.000; 939.000]
Berlin	20,0 [16,7; 23,6]	246.000 [205.000; 290.000]	13,3 [11,2; 15,7]	160.000 [135.000; 189.000]	16,7 [14,8; 18,9]	407.000 [360.000; 460.000]
Bremen	10,8 [8,1; 14,3]	24.000 [18.000; 32.000]	11,3 [8,5; 14,9]	24.000 [18.000; 32.000]	11,1 [9,0; 13,5]	49.000 [40.000; 60.000]
Hamburg	11,7 [8,9; 15,3]	73.000 [56.000; 96.000]	9,2 [7,4; 11,5]	57.000 [46.000; 72.000]	10,5 [8,8; 12,6]	131.000 [110.000; 157.000]
Nordrhein-Westfalen	11,8 [8,5; 16,2]	689.000 [496.000; 946.000]	6,5 [5,0; 8,4]	374.000 [287.000; 483.000]	9,2 [7,2; 11,6]	1.066.000 [834.000; 1.344.000]
Sachsen	8,0 [5,7; 11,1]	100.000 [72.000; 139.000]	4,3 [2,6; 7,1]	50.000 [31.000; 83.000]	6,2 [4,4; 8,8]	151.000 [107.000; 214.000]
Sachsen-Anhalt	7,8 [5,3; 11,4]	53.000 [36.000; 77.000]	5,3 [3,1; 8,8]	34.000 [20.000; 56.000]	6,6 [4,4; 9,7]	87.000 [58.000; 127.000]
<b>12-Monats-Prävalenz des problematischen Konsums nach SDS</b>						
Bayern	3,1 [2,0; 4,6]	130.000 [84.000; 193.000]	1,8 [1,1; 3,1]	73.000 [45.000; 126.000]	2,5 [1,7; 3,5]	206.000 [140.000; 288.000]
Berlin	7,5 [5,2; 10,8]	92.000 [64.000; 133.000]	2,0 [1,3; 2,9]	24.000 [16.000; 35.000]	4,7 [3,5; 6,4]	114.000 [85.000; 156.000]
Bremen	3,0 [1,7; 5,2]	7.000 [4.000; 12.000]	4,7 [2,6; 8,2]	10.000 [6.000; 18.000]	3,8 [2,5; 5,7]	17.000 [11.000; 25.000]
Hamburg	3,5 [2,1; 5,6]	22.000 [13.000; 35.000]	2,2 [1,5; 3,4]	14.000 [9.000; 21.000]	2,9 [2,1; 4,1]	36.000 [26.000; 51.000]
Nordrhein-Westfalen	3,8 [2,4; 5,8]	222.000 [140.000; 339.000]	1,3 [0,7; 2,3]	75.000 [40.000; 132.000]	2,5 [1,8; 3,6]	290.000 [209.000; 417.000]
Sachsen	2,2 [1,2; 3,9]	28.000 [15.000; 49.000]	1,0 [0,6; 1,9]	12.000 [7.000; 22.000]	1,6 [1,0; 2,8]	39.000 [24.000; 68.000]
Sachsen-Anhalt	2,5 [1,4; 4,3]	17.000 [9.000; 29.000]	0,5 [0,2; 1,2]	3.000 [1.000; 8.000]	1,6 [1,0; 2,5]	21.000 [13.000; 33.000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2020. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bzw. der 18- bis 64-Jährigen (Bayern). SDS: Severity of Dependence Scale

Tabelle 4: Prävalenzen und Hochrechnungen des Schmerzmittelgebrauchs und des problematischen Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
<b>30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs</b>						
Bayern	15,1 [12,6; 18,1]	633.000 [528.000; 758.000]	20,1 [17,2; 23,4]	814.000 [697.000; 948.000]	17,6 [15,2; 20,2]	1.450.000 [1.252.000; 1.664.000]
Berlin	11,1 [8,5; 14,5]	137.000 [105.000; 178.000]	18,2 [15,6; 21,1]	219.000 [188.000; 254.000]	14,6 [12,7; 16,8]	356.000 [309.000; 409.000]
Bremen	12,9 [9,2; 17,6]	29.000 [21.000; 40.000]	21,2 [17,1; 25,9]	46.000 [37.000; 56.000]	17,2 [14,3; 20,5]	76.000 [63.000; 90.000]
Hamburg	12,7 [9,3; 17,2]	79.000 [58.000; 107.000]	20,5 [16,6; 25,0]	128.000 [104.000; 156.000]	16,6 [13,9; 19,7]	207.000 [174.000; 246.000]
Nordrhein-Westfalen	15,2 [11,7; 19,5]	887.000 [683.000; 1.138.000]	22,0 [18,9; 25,5]	1.264.000 [1.086.000; 1.465.000]	18,6 [16,1; 21,4]	2.155.000 [1.865.000; 2.479.000]
Sachsen	14,2 [11,6; 17,4]	178.000 [146.000; 219.000]	20,4 [17,2; 23,9]	239.000 [202.000; 280.000]	17,2 [14,9; 19,8]	418.000 [362.000; 481.000]
Sachsen-Anhalt	15,2 [11,9; 19,4]	103.000 [81.000; 131.000]	27,6 [23,1; 32,5]	175.000 [147.000; 206.000]	21,2 [17,8; 25,0]	278.000 [234.000; 328.000]
<b>12-Monats-Prävalenz des problematischen Medikamentengebrauchs nach KFM</b>						
Bayern	3,3 [1,9; 5,5]	138.000 [80.000; 230.000]	6,2 [4,2; 9,3]	251.000 [170.000; 377.000]	4,7 [3,4; 6,6]	387.000 [280.000; 544.000]
Berlin	6,2 [4,3; 8,7]	76.000 [53.000; 107.000]	6,5 [4,7; 8,9]	78.000 [57.000; 107.000]	6,4 [5,1; 8,1]	156.000 [124.000; 197.000]
Bremen	4,3 [2,3; 7,9]	10.000 [5.000; 18.000]	7,0 [4,6; 10,7]	15.000 [10.000; 23.000]	5,6 [3,9; 8,0]	25.000 [17.000; 35.000]
Hamburg	3,4 [2,0; 5,6]	21.000 [12.000; 35.000]	11,4 [8,2; 15,5]	71.000 [51.000; 97.000]	7,3 [5,5; 9,5]	91.000 [69.000; 119.000]
Nordrhein-Westfalen	4,2 [2,4; 7,4]	245.000 [140.000; 432.000]	6,9 [5,0; 9,6]	397.000 [287.000; 552.000]	5,6 [4,1; 7,6]	649.000 [475.000; 880.000]
Sachsen	6,8 [4,7; 9,7]	85.000 [59.000; 122.000]	5,9 [4,3; 8,0]	69.000 [50.000; 94.000]	6,4 [5,0; 8,1]	155.000 [121.000; 197.000]
Sachsen-Anhalt	2,8 [1,1; 6,9]	19.000 [7.000; 47.000]	6,3 [4,5; 8,9]	40.000 [29.000; 56.000]	4,7 [3,1; 7,1]	62.000 [41.000; 93.000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes vom 31.12.2020. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bzw. der 18- bis 64-Jährigen (Bayern). KFM: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch



Tabelle 5: Trends der Frequenz des Konsums von Cannabis in den letzten 12 Monaten (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Bayern</b>										
Noch nie	87,9	87,6	84,2	77,5	77,9	76,1	76,8	71,0	71,0	60,1
Nicht in den letzten 12 Monaten	8,0	8,2	11,3	17,3	17,6	20,3	19,2	21,9	22,7	29,6
Gelegentlich	2,0	1,9	3,1	3,4	2,6	2,3	2,7	4,1	4,4	7,0
Regelmäßig	1,6	2,1	0,8	1,6	1,5	1,1	0,9	2,5	1,6	1,8
Intensiv	0,5	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,4	0,6	0,4	1,5
<b>NRW</b>										
Noch nie	86,8	88,7	79,9	74,1	74,4	71,8	70,3	70,2	66,3	58,8
Nicht in den letzten 12 Monaten	7,9	7,6	13,4	17,8	20,6	23,4	24,2	23,1	26,0	31,1
Gelegentlich	1,9	1,6	4,1	4,7	2,9	2,7	3,4	4,2	4,7	6,5
Regelmäßig	2,8	1,5	2,3	2,2	1,5	1,7	1,3	1,6	2,0	2,2
Intensiv	0,5	0,6	0,4	1,2	0,6	0,4	0,7	0,9	0,9	1,4
<b>Sachsen</b>										
Noch nie	96,8	96,1	92,4	87,1	82,4	81,0	79,9	78,7	74,9	64,4
Nicht in den letzten 12 Monaten	1,8	1,8	3,3	8,5	13,6	14,8	15,6	15,3	17,4	28,2
Gelegentlich	1,3	2,0	2,4	2,6	3,2	2,9	2,3	4,3	4,5	4,5
Regelmäßig	0,0	0,0	1,6	1,5	0,3	1,0	2,1	1,5	2,5	2,0
Intensiv	0,2	0,0	0,2	0,3	0,6	0,4	0,0	0,3	0,8	0,9
<b>Sachsen-Anhalt</b>										
Noch nie	94,5	99,7	92,4	88,8	86,8	85,1	80,0	83,1	75,5	65,5
Nicht in den letzten 12 Monaten	3,5	0,2	4,1	7,8	9,6	12,3	14,5	12,6	14,4	26,1
Gelegentlich	1,3	0,1	1,6	2,7	1,8	0,8	3,5	3,7	8,5	5,6
Regelmäßig	0,7	0,0	1,6	0,7	1,3	1,2	1,0	0,5	0,6	1,7
Intensiv	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,5	0,9	0,0	1,0	1,1

Anmerkungen: Gelegentlich: seltener als monatlich (ab 2018) bzw. 1-9 mal (vor 2018); Regelmäßig: wöchentlich oder mindestens einmal im Monat (ab 2018) bzw. 10-199 mal (vor 2018), Intensiv: (fast) täglich (ab 2018) bzw. öfter als 200 mal (vor 2018); Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

Tabelle 5 (Fortsetzung): Trends der Frequenz des Konsums von Cannabis in den letzten 12 Monaten (Prozent)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2021
<b>Berlin</b>										
Noch nie	84,4	80,9	66,3	57,2	62,6	66,5	54,3	52,0	46,6	39,8
Nicht in den letzten 12 Monaten	12,0	12,7	23,1	28,9	27,3	22,0	32,5	40,3	34,4	41,2
Gelegentlich	2,3	3,1	6,1	6,5	6,1	6,8	8,9	5,6	11,3	11,2
Regelmäßig	1,3	2,7	3,2	5,4	3,0	4,4	3,0	1,6	5,1	5,5
Intensiv	0,1	0,6	1,2	2,0	1,0	0,2	1,4	0,5	2,6	2,3
<b>Hamburg</b>										
Noch nie	72,9	81,2	73,4	58,0	63,3	55,0	60,9	52,1	53,5	50,5
Nicht in den letzten 12 Monaten	18,5	13,2	17,5	29,9	25,5	36,0	31,5	35,6	34,8	37,7
Gelegentlich	5,5	3,3	4,2	6,7	3,4	4,7	3,5	8,2	9,2	7,4
Regelmäßig	3,1	2,0	4,1	3,4	7,2	3,0	2,2	3,4	1,6	3,0
Intensiv	0,0	0,3	0,8	2,0	0,6	1,3	1,9	0,7	0,9	1,3
<b>Bremen</b>										
Noch nie	59,2	65,5	76,3	51,3	65,8	54,8	66,9	54,2	58,5	49,9
Nicht in den letzten 12 Monaten	26,9	24,4	13,9	32,3	26,0	36,1	25,6	35,9	27,3	37,8
Gelegentlich	9,8	7,5	2,5	7,7	4,5	4,6	5,0	4,2	7,1	8,1
Regelmäßig	2,4	0,0	7,3	6,1	3,7	4,5	0,0	5,7	5,3	3,0
Intensiv	1,7	2,6	0,0	2,6	0,0	0,0	2,5	0,0	1,8	1,2

Anmerkungen: Gelegentlich: seltener als monatlich (ab 2018) bzw. 1-9 mal (vor 2018); Regelmäßig: wöchentlich oder mindestens einmal im Monat (ab 2018) bzw. 10-199 mal (vor 2018), Intensiv: (fast) täglich (ab 2018) bzw. öfter als 200 mal (vor 2018); die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen. Trendberechnungen unterscheiden sich zu Querschnittsberechnungen, siehe Kapitel 2.12

# Leben und Gesundheit 2021

Eine bundesweite Studie im Auftrag  
des Bundesministeriums für Gesundheit

## Fragebogen

**Herzlichen Dank, dass Sie uns bei dieser wichtigen Studie unterstützen.**

Die Studie „Leben und Gesundheit 2021“ ist eine bundesweite, repräsentative Bevölkerungsbefragung, die seit 1980 regelmäßig durchgeführt wird. Sie untersucht Veränderungen der gesundheitlichen Situation und der Lebensgewohnheiten von Erwachsenen und Jugendlichen in Deutschland. Der Schwerpunkt der Studie ist der Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln.

Die vom IFT Institut für Therapieforchung in München geleitete Studie wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell gefördert. Die Befragung wird vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.

### Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die durchführenden Institute tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt.

Das bedeutet: Alle erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form, das heißt ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat.

**Mit anderen Worten: Die Vorschriften des Datenschutzes werden vollständig eingehalten.**

### Worum bitten wir Sie?

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Rückumschlag zurückzuschicken an:  
infas Institut für angewandte  
Sozialwissenschaft GmbH  
Postfach 24 01 01  
53154 Bonn

#### **Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:**

Frau Aneta Malina  
Tel.: 0800/73 84 500  
Fax: 0228/38 22 894  
E-Mail: [LebenundGesundheit2021@infas.de](mailto:LebenundGesundheit2021@infas.de)

**Sie können den Fragebogen auch im Internet ausfüllen.**

Gehen Sie dazu bitte ins Internet  
und geben folgende Adresse ein:

Anschließend geben Sie bitte Ihren  
persönlichen Zugangscode ein:

Alternativ können Sie auch direkt zum Fragebogen  
gelangen, indem Sie Ihren persönlichen QR-Code einscannen:

## Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

- Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft, in dem dazu vorgesehenen Kästchen an. Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so streichen Sie dieses Kästchen bitte deutlich durch und kreuzen die für Sie richtige Antwort an.

Beispiel: Ja  Nein

- Bitte achten Sie auf entsprechende Hinweise zum Ausfüllen von Fragen:

Beispiel:  Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

- Handelt es sich um ein Freitextfeld, befüllen Sie dieses bitte handschriftlich mit Druckbuchstaben im dafür vorgesehenen Bereich:

Beispiel:

- Manchmal werden auch Zahlenangaben erfragt. Tragen Sie auch diese bitte handschriftlich in Druckbuchstaben in den dafür vorgesehenen Bereich ein:

Beispiel: In welchem Jahr sind Sie geboren?

- Falls Sie bestimmte Fragen überspringen sollen, werden Sie speziell darauf hingewiesen.

Beispiel: →

## Fragen zu Ihrer Person

### 1 Welches Geschlecht haben Sie?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Männlich   
Weiblich   
Divers

### 2 In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:

### 3 In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland   
In einem anderen Land

→ In welchem?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



Wenn Sie in einem anderen Land geboren sind:  
Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit dem Jahr

### 4 Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

Deutsche   
Andere

→ Welche?

## 5 In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

### a) Geburtsland Mutter:

In Deutschland

In einem anderen Land



→ In welchem?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



Wenn Ihre Mutter in einem anderen Land geboren ist:  
Seit wann lebt/lebte sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit dem Jahr

Sie lebt/lebte nicht in Deutschland

### b) Geburtsland Vater:

In Deutschland

In einem anderen Land



→ In welchem?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



Wenn Ihr Vater in einem anderen Land geboren ist:  
Seit wann lebt/lebte er hauptsächlich in Deutschland?

Seit dem Jahr

Er lebt/lebte nicht in Deutschland

## 6 Welche Staatsbürgerschaft haben/hatten Ihre Eltern?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

### a) Staatsbürgerschaft Mutter:

Deutsche

Andere



→ Welche?

### b) Staatsbürgerschaft Vater:

Deutsche

Andere



→ Welche?

## 7

Wie groß sind Sie?  cm

Wie viel wiegen Sie?  kg

## 8 Welchen Familienstand haben Sie?

Ich bin ...

... verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

... ledig

... geschieden

... verwitwet

## 9 Leben Sie mit einem Partner oder einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt?

Ja

Nein

**10** Wie viele Kinder haben Sie?

Kind/er Ich habe keine Kinder

Wie viele Kinder leben zurzeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kind/er Keine Kinder im Haushalt

**11** Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Lebe allein  → **Bitte weiter mit Frage 12**

Insgesamt  Personen

Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 14 Jahre alt?

Person/en unter 14 Jahren Keine Person/en unter 14 Jahren


## Fragen zu Ihrer Gesundheit

**12** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Sehr gut	Gut	Durchschnittlich	Schlecht	Sehr schlecht
Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schätzen Sie zurzeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13** Haben Sie eine oder mehrere chronische Krankheiten?

 Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen (mehr als 4 Wochen), die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Migräne, Schmerzen im Knie- oder Nackenbereich, Bandscheibenvorfall, Krebs oder Rheuma.

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Schädigung des Nervensystems (z. B. Polyneuropathien, Postzosterneuralgie)
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen (z. B. Fibromyalgie, Restless-Legs-Syndrom)
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Neurologisch Erkrankung (z. B. Parkinson, Epilepsie, Alzheimer Demenz, Multiple Sklerose)
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beschwerden im Nackenbereich	
<input type="checkbox"/> Beschwerden im Knie	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne	
	<input type="checkbox"/> Nein, keine chronischen Krankheiten

14 Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

In den letzten 12 Monaten

Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

Ja      Nein

Litten Sie mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden oder Schmerzen, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?  Ja       Nein

Hatten Sie einen Angstanfall – manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke – bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?  Ja       Nein

Gab es eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig Sorgen gemacht haben und sich ängstlich, angespannt oder voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?  Ja       Nein

Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit Anderen zu reden, etwas in Gegenwart Anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit Anderer zu stehen?  Ja       Nein

Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten vor öffentlichen Plätzen, Verkehrsmittel zu benutzen oder in Geschäfte zu gehen?  Ja       Nein

Litten Sie unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen, wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge zu benutzen oder vor Höhen oder Unwettern?  Ja       Nein

Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit?  Ja       Nein

Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?  Ja       Nein

Waren Sie über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?  Ja       Nein

Gab es in Ihrem Leben extrem belastende schreckliche Ereignisse oder Katastrophen, die Sie in den letzten 12 Monaten noch beschäftigten?  Ja       Nein

Waren Sie in psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder hat Ihnen ein Arzt oder Therapeut mitgeteilt, eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu haben?  Ja       Nein

## Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Einnahme von Medikamenten. Damit Sie sehen können, welche Medikamente zu den Kategorien in den Fragen gehören, haben wir Ihnen Beispiele für die gebräuchlichsten Medikamente nach Kategorien zusammengestellt:

<b>Schlafmittel</b>	Baldriparan N, Betadorm D, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Eatan N, Ergocalm, Fluninoc, Flunitrazepam, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Lormetazepam, Luvased, Mogadan, Moradorm, Novanox, Oxa-CT, Oxazepam, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Schlafsterne, Schlaftabs, Staurodorm, Stilnox, Vivinox Schlafdragees, Ximovan, Zolpidem, ZOP, Zopiclodura, Zopiclon oder andere.
<b>Beruhigungsmittel</b>	Adumbran, Alprazolam, Atosil, Bikalm, Bromazanyl, Bromazep, Bromazepam, Demetrin, Diazepam, Distraneurin, Dolestan, Flunitrazepam, Gityl, Lexostad, Librium, Lorazepam, Nitrazepam, Normoc, Oxazepam, Praxiten, Radeapur, Rudotel, Sedariston, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium oder andere.
<b>Anregungsmittel</b>	AN1, Coffeinum, Concerta, Ephedrin, Equasym, HalloWach, Medikinet, Methylphenidat, Methylpheni TAD, Percoffedrinol, Ritalin, Straterra, Viagra, Vigil oder andere.
<b>Appetitzügler</b>	Alvalin, Amfepramon, Cathin, Norephedrin, Recatol, Regenon retard oder andere.
<b>Antidepressiva</b>	Amitriptylin, Amineurin, Amioxid, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralext, Citalopram, Cymbalta, Clomipramin, Doneurin, Doxepin, Elontril, Equilibrin, Fevarin, Fluctin, Fluoxetin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprotilin, Mareen, Mianserin, Mirtazapin, Noveril, Opipram, Opipramol, Paroxetin, Sertralin, Seroxat, Stangyl, Syneudon, Tianeurax, Tofranil, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Trimipramin, Venlafaxin oder andere.
<b>Neuroleptika</b>	Abilify, Amisulprid, Benperidol, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprothixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluanxol, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspi, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyrica, Melleril, Melperon, Neogama, Neurocil, Olanzapin, Orap, Pipamperon, Promethazin, Quetiapin, Risperdal, Risperidon, Seroquel, Sulpirid, Taxilan, Tiapridex, Truxal, Zeldox oder andere.
<b>Anabolika (Anabole Steroide)</b>	Andriol, Deca Durabolin, Genotropin, Humatrope, Methyltestosteron, Norditropin, Nutropinaq, Saizen oder andere.

### 15 Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen?

 Bitte kreuzen Sie **alles an**, was auf Sie zutrifft!

Trifft zu

- Schlafmittel
- Beruhigungsmittel
- Anregungsmittel
- Appetitzügler  → Bitte weiter mit Frage 16
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Anabolika

Keines dieser  
Medikamente  →

Bitte weiter mit Frage 17



**16** Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) die folgenden Medikamente genommen? Hat Ihnen diese Medikamente ein Arzt verordnet?

☞ Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Habe ich in den letzten 30 Tagen genommen					Vom Arzt verordnet	
	Nicht genommen	Seltener als ein- mal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehr- mals pro Woche	Täglich	Ja	Nein
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**!** Die folgenden Fragen beschäftigen sich ausführlicher mit der Einnahme unterschiedlicher Arten von Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

Opioidhaltige Schmerzmittel sind stark wirksame Schmerzmittel, die Wirkstoffe wie z. B. Morphin oder Codein enthalten.

Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel sind alle anderen Schmerzmittel, die Wirkstoffe wie z. B. Paracetamol, Ibuprofen oder Acetylsalicylsäure enthalten.

**17** Zunächst geht es um opioidhaltige Schmerzmittel. Haben Sie in den letzten 12 Monaten opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen? Dazu gehören zum Beispiel:

- Capros
- Codein
- Codicaps
- Dolantin
- Dolomo
- Dolviran
- Fentanyl
- Gelonida
- L-Polamidon
- Meptid
- Morphin
- MSI Mundipharma
- MSR Mundipharma  
Suppositorien
- MST Mundipharma
- Nedolon
- Nubain
- Palladon
- Sevredol
- Temgesic
- Tilidin
- Tramadol
- Tramador
- Tramadura
- Tramagit
- Tramal
- Tramundin
- Transtec
- Tussoret
- Valoron N

Ja, in den letzten 12 Monaten       Nein  → **Bitte weiter mit Frage 23, Seite 9**

**18** Wurden Ihnen opioidhaltige Schmerzmittel von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich       Teilweise       Nein

**19** Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) opioidhaltige Schmerzmittel genommen?

☞ Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Habe ich in den letzten 30 Tagen ...

- ... nicht genommen
- ... seltener als einmal pro Woche genommen
- ... einmal pro Woche genommen
- ... mehrmals pro Woche genommen
- ... täglich genommen

**20** Nun geht es um die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!


	In den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z. B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standen Sie unter dem Einfluss von opioidhaltigen Schmerzmitteln, 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d. h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Zusammenhang mit opioidhaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z. B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z. B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Einfluss von opioidhaltigen Schmerzmitteln jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21** Im Folgenden geht es weiterhin um die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie beim Absetzen von opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22** Es geht weiterhin um die Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja	Nein
Haben Sie viel Zeit benötigt, um opioidehaltige Schmerzmittel zu erhalten (z. B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen der Einnahme opioidehaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z. B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach opioidehaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach opioidehaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig mehr Medikation (also höhere Dosierungen) ein, als Sie verschrieben bekommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Ihre Medikation häufiger als verschrieben ein, d. h. verkürzen Sie die Einnahmeabstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie immer früher oder häufiger Folgepreskriptionen Ihrer Medikation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich „high“ nach der Einnahme Ihrer Medikation oder bekommen Sie ein Rausch-Gefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie oder nahmen Sie Ihre Schmerzmedikation, weil Sie verstimmt oder aufgeregt waren oder um andere Symptome als Schmerz zu beeinflussen oder zu beseitigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie oder müssen Sie mehrere Ärzte aufsuchen, die Ihnen Ihre Schmerzmittel verschreiben, um mehr Schmerzmittelrezepte zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23** Nun geht es um nicht-opioidehaltige Schmerzmittel. Haben Sie in den letzten 12 Monaten nicht-opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen? Dazu gehören zum Beispiel:


- Aktren
- Allegro
- Almogran
- Aspirin
- ASS
- Azur
- Ben-u-ron
- Berlosin
- Buscopan plus
- Copyrkal
- Diclofenac
- Dolormin
- Ibu 1A Pharma
- Ibubeta
- Ibufenac
- Ibuprofen
- Ibu-ratiopharm
- Katadolon
- Metamizol
- Migraeflux
- Neuranidal
- Novalgin
- Novaminsulfon
- Nurofen
- Paracetamol
- Relpax
- Spalt
- Thomapyrin
- Togonal
- Vivimed
- Voltaren

Ja, in den letzten 12 Monaten       Nein  → **Bitte weiter mit Frage 28, Seite 11**

**24** Wurden Ihnen nicht-opioidehaltige von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich       Teilweise       Nein

**25** Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) nicht-opioidhaltige Schmerzmittel genommen?

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Habe ich in den letzten 30 Tagen ...

- ... nicht genommen
- ... seltener als einmal pro Woche genommen
- ... einmal pro Woche genommen
- ... mehrmals pro Woche genommen
- ... täglich genommen

**26** Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten bei der Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Ja	Nein
Ohne Schmerzmittel kann ich schlechter einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Schmerzmitteln angelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Schmerzmittel nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Schmerzmitteln habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirkung meiner Schmerzmittel ist nicht mehr so wie am Anfang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Schmerzmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Schmerzmitteleinnahme habe ich weniger gegessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Schmerzmittel nicht wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Schmerzmittel ich an einem Tag eingenommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Schmerzmitteln fühle ich mich oft leistungsfähiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27** Nun geht es um Ihre persönlichen Überzeugungen zur Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln. Geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Meine Schmerzmittel schützen mich davor, dass es mir schlechter geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine derzeitige Gesundheit hängt von meinen Schmerzmitteln ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine zukünftige Gesundheit hängt von meinen Schmerzmitteln ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne meine Schmerzmittel wäre ich sehr krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Leben, so wie ich es jetzt führe, wäre ohne meine Schmerzmittel nicht möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal mache ich mir Sorgen wegen der langfristigen Auswirkungen meiner Schmerzmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schmerzmittel sind mir ein Rätsel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal mache ich mir Sorgen, von meinen Schmerzmitteln zu abhängig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir Sorgen, Schmerzmittel nehmen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schmerzmittel stören mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28** Bitte kreuzen Sie nochmals an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe in den letzten 12 Monaten ...

... Schmerzmittel genommen       ... Schmerzmittel nicht genommen  → **Bitte weiter mit Frage 30**

↓

**29** Nun geht es sowohl um Ihren Gebrauch von opioidhaltigen als auch nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln. Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie ...

Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Stark reduziert	Etwas reduziert	Unverändert	Etwas zugenommen	Stark zugenommen
... wie hat sich die Anzahl der Tage pro Woche, an denen Sie Schmerzmittel einnehmen, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie hat sich die Menge der Schmerzmittel pro Einnahme verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30** Nun geht es noch einmal um Medikamente im Allgemeinen. Bitte kreuzen Sie nochmals an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe in den letzten 12 Monaten ...

... Medikamente genommen  → **Bitte weiter mit Frage 31, Seite 12**

... Medikamente nicht genommen  → **Bitte weiter mit Frage 32, Seite 12**

### 31 Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können.

Die folgenden Aussagen beziehen sich nur auf Medikamente, die man einnimmt, ...

... um besser schlafen zu können


... um ruhiger zu werden

... um leistungsfähiger zu werden

... um sich wohler zu fühlen

... um weniger Schmerzen zu haben

... um körperliche Vorgänge zu regulieren.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Nein, trifft nicht zu	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Medikamenten angelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Medikamente ich an einem Tag eingenommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragen zum Rauchen

**!** Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Konsum von konventionellen Tabakprodukten wie z. B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen. Nicht gemeint sind hier Wasserpfeifen (Shishas), E-Zigaretten oder Tabakerhitzer.

### 32 Rauchen Sie zurzeit?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein

### 33 Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 47, Seite 14

↓

Was rauchen Sie, oder falls Sie nicht mehr rauchen, was haben Sie früher geraucht?


 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

- Zigaretten
- Zigarren
- Zigarillos
- Pfeife

34 Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)?  
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa  Jahre alt

35 Wann haben Sie zuletzt geraucht?

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

In den letzten 30 Tagen  → Bitte weiter mit Frage 36

Vor 1 bis 12 Monaten  → Bitte weiter mit Frage 38

Vor mehr als 1 Jahr  → Bitte weiter mit Frage 47, Seite 14

36 Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (4 Wochen):  
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An etwa  Tagen  An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa  Zigaretten

37 Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (4 Wochen):  
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?

An etwa  Tagen  An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa  Zigarren/Zigarillos/Pfeifen (Zutreffendes bitte unterstreichen)

38 Haben Sie in den letzten 12 Monaten täglich im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten geraucht  
(oder 10 oder mehr Zigarillos, oder 7 oder mehr Pfeifen, oder 5 oder mehr Zigarren)?

Ja  Nein

39 Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife?

Innerhalb von 5 Minuten

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten

Später als nach 60 Minuten

40 Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z. B. Kirche, Bücherei, Kino usw.)?

Ja  Nein

41 Bei welcher Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen,  
diese aufzugeben?

Die erste am Morgen

Andere

**42** Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja  Nein

**43** Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Ja  Nein

**44** Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich rauche nicht mehr.

**45** Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben?

Ja  Nein  → Bitte weiter mit Frage 47



War dieser Versuch erfolgreich?

Ja  Nein

Haben Sie diesen Versuch aufgrund der Corona-Pandemie unternommen?

Ja  Nein

**46** Welche Hilfsmittel haben Sie bei Ihrem letzten Versuch in den letzten 12 Monaten verwendet?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

Entwöhnungskurs oder -seminar  App oder Internetseite (PC, Smartphone)

Nikotinhaltige Präparate (Pflaster, Kaugummi, Lutschtabletten, Sublingualtabletten, Nikotin-Inhaler)  Elektronische Zigarette

Verschreibungspflichtige Medikamente (Bupropion, Vareniclin)  Ärztliche Beratung (inkl. Beratung in der Apotheke)

Bücher, Broschüren, CDs, Videos, DVDs  Rauchertelefon

Hypnose  Unterstützung durch Partner/Freunde/Familie

Akupunktur, Akupressur  Andere Hilfsmittel

Keine Hilfsmittel oder Hilfen

**!** Die folgenden Fragen beziehen sich auf E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen.

**47** Haben Sie jemals eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha/E-Pfeife benutzt?  
Wenn ja, wann haben Sie diese zum letzten Mal genutzt?

In den letzten 30 Tagen  In den letzten 12 Monaten  Länger her  Nein, noch nie genutzt

→ Bitte weiter mit Frage 61, Seite 16



**48** Wie schätzen Sie die Gesundheitsgefahren durch E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen im Vergleich zu konventionellen Tabakprodukten ein?

E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen sind ...

- ... viel schädlicher
- ... etwas schädlicher
- ... genauso schädlich
- ... etwas weniger schädlich
- ... viel weniger schädlich

**49** Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha/E-Pfeife genutzt haben (auch wenn Sie sie heute nicht mehr nutzen)?

Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa  Jahre alt

**50** Nutzen bzw. nutzten Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen mit oder ohne Nikotin?

- Ausschließlich ohne Nikotin
- Hauptsächlich ohne Nikotin
- Hauptsächlich mit Nikotin
- Ausschließlich mit Nikotin
- Sowohl als auch

**51** Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):

An wie vielen dieser Tage haben Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeifen genutzt?

An etwa  Tagen      An keinem Tag  → Bitte weiter mit Frage 61, Seite 16

**52** Wie oft pro Tag nutzen Sie normalerweise Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre? (Angenommen, eine Nutzung besteht aus ungefähr 15 Zügen oder dauert ungefähr 10 Minuten.)

mal pro Tag

**53** An Tagen, an denen Sie Ihre E-Zigarette /E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre frei nutzen können, wie schnell nach dem Aufwachen nutzen Sie diese zum ersten Mal?

Nach  Minuten

**54** Wachen Sie manchmal nachts auf, um Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre zu nutzen?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 56

**55** Wenn ja, an wie vielen Nächten pro Woche wachen Sie normalerweise auf, um Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre zu nutzen?

Nächte pro Woche

**56** Verwenden Sie momentan eine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre, weil es Ihnen schwerfällt, damit aufzuhören?

Ja       Nein



**57** Hatten Sie schon einmal ein starkes Verlangen nach einer E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre?  
 Ja                       Nein

**58** Wie stark war in der letzten Woche Ihr Verlangen, eine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre zu nutzen?  
 Kein Verlangen   
 Schwach   
 Mäßig   
 Stark   
 Sehr stark   
 Extrem stark

**59** Fällt es Ihnen schwer, auf Ihre E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre an Orten zu verzichten, wo Sie deren Nutzung unterlassen sollten?  
 Ja                       Nein

**60** Wenn Sie eine Zeit lang keine E-Zigarette/E-Shisha/E-Pfeife/E-Zigarre mehr genutzt haben oder wenn Sie versucht haben, aufzuhören ...

	Ja	Nein
...waren Sie gereizter, weil Sie sie nicht nutzen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...waren Sie nervös, unruhig oder ängstlich, weil Sie sie nicht nutzen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**!** Die folgenden Fragen beziehen sich auf Heat-Not-Burn-Produkte, also Tabakerhitzer wie zum Beispiel IQOS, Glo oder Ploom Tech.

**61** Haben Sie jemals Heat-Not-Burn-Produkte bzw. Tabakerhitzer benutzt?  
 Wenn ja, wann haben Sie diese zum letzten Mal genutzt?

In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Länger her	Nein, noch nie genutzt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 70

**62** Wie schätzen Sie die Gesundheitsgefahren durch Tabakerhitzer im Vergleich zu konventionellen Tabakprodukten ein?

Tabakerhitzer sind ...

... viel schädlicher	<input type="checkbox"/>
... etwas schädlicher	<input type="checkbox"/>
... genauso schädlich	<input type="checkbox"/>
... etwas weniger schädlich	<input type="checkbox"/>
... viel weniger schädlich	<input type="checkbox"/>

**63** Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal einen Tabakerhitzer genutzt haben (auch wenn Sie heute keinen mehr nutzen)?

Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa  Jahre alt



- 64** Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):  
An wie vielen dieser Tage haben Sie einen Tabakerhitzer genutzt?

An etwa  Tagen  
↓

An keinem Tag

→ Bitte weiter mit Frage 70

An so einem Tag, an dem Sie einen Tabakerhitzer nutzen, wie viele Stäbchen bzw. Heatsticks nutzen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa  Stäbchen bzw. Heatsticks

- 65** Wann nach dem Aufwachen nutzen Sie einen Tabakerhitzer?

Innerhalb von 5 Minuten

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten

Später als nach 60 Minuten

- 66** Finden Sie es schwierig, an Orten, wo es verboten ist (z. B. Kirche, Bücherei, Kino etc.), einen Tabakerhitzer nicht zu nutzen?

Ja

Nein

- 67** Bei welcher Nutzung eines Tabakerhitzers im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?

Die erste am Morgen

Andere

- 68** Nutzen Sie einen Tabakerhitzer am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja

Nein

- 69** Nutzen Sie einen Tabakerhitzer, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Ja

Nein

**!** Nun geht es um Wasserpfeifen (Shishas).

- 70** Haben Sie jemals eine Wasserpfeife (Shisha) benutzt?  
Wenn ja, wann haben Sie diese zum letzten Mal genutzt?

In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Länger her	Nein, noch nie genutzt
-------------------------------	---------------------------------	---------------	------------------------------





## Fragen zu Alkohol

- 71** Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal mindestens 1 Glas Alkohol getrunken haben?  
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa  Jahre alt

Habe noch nie mindestens  
1 Glas Alkohol getrunken

**72** Trinken Sie mindestens einmal im Monat Alkohol oder haben Sie früher mindestens einmal im Monat Alkohol getrunken?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 73

Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken?  
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa  Jahre alt

**73** Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 74

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?

Etwa  mal      Überhaupt nicht

Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?  
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa  Jahre alt

**74** Haben Sie schon einmal so viel getrunken, dass Sie danach Erinnerungslücken hatten?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 75

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten so viel getrunken, dass Sie danach Erinnerungslücken hatten?

Etwa  mal      Überhaupt nicht

**75** Wie lange ist es her, dass Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt, Spirituosen (z. B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) oder alkoholhaltige Mixgetränke (z. B. Alkopops, Cocktails) getrunken haben?

Nicht länger als 30 Tage  → Bitte weiter mit Frage 76

Zwischen 1 und 12 Monate  → Bitte weiter mit Frage 90, Seite 21

Länger her als 1 Jahr  → Bitte weiter mit Frage 99, Seite 24

Habe noch nie Alkohol getrunken

### Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken

**76** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa  Tagen

77 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa  Tagen  
↓  
An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)   
Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

78 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa  Tagen  
↓  
An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

79 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Spirituosen (z. B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa  Tagen  
↓  
An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)   
Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter)

80 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z. B. Alkopops, Longdrinks (z. B. Wodka-Lemon), Cocktails (z. B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa  Tagen  
↓  
An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter)

81 Haben Sie in den letzten 30 Tagen selbst gebrauten Alkohol, nichtversteuerten Alkohol aus anderen Ländern oder nicht zum Trinken bestimmten Alkohol (z. B. medizinischer Alkohol) getrunken?

Ja  → Bitte weiter mit Frage 82, Seite 20

Nein  → Bitte weiter mit Frage 89, Seite 21

**82** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie selbst gebräutes Bier getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie selbst gebräutes Bier trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

**83** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie selbst gemachten Wein/Sekt getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie selbst gemachten Wein/Sekt trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,25 Liter)

**84** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie selbst gebrannte Spirituosen (z. B. Schnaps) getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie selbst gebrannte Spirituosen (z. B. Schnaps) trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfache“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelte“ = 0,04 Liter)

**85** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht versteuertes Bier aus anderen Ländern getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie nicht versteuertes Bier aus anderen Ländern trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

**86** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht versteuerten Wein/Sekt aus anderen Länder getrunken?

An etwa  Tagen      An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht versteuerten Wein/Sekt aus anderen Länder trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,25 Liter)

**87** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht versteuerte Spirituosen (z. B. Schnaps) aus anderen Ländern getrunken?

An etwa  Tagen      An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht versteuerte Spirituosen (z. B. Schnaps) aus anderen Ländern trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfache“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelte“ = 0,04 Liter)

**88** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie nicht zum Trinken bestimmten Alkohol (z. B. medizinischer Alkohol) getrunken?

An etwa  Tagen      An keinem Tag

An so einem Tag, an dem Sie nicht zum Trinken bestimmten Alkohol (z. B. medizinischer Alkohol) trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfache“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelte“ = 0,04 Liter)

**89** An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa  Tagen      An keinem Tag

→ **Bitte weiter mit Frage 96, Seite 23**

**Sie haben nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken.**

**90** An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa  Tagen

**91** An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Bier getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

**92** An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

**93** An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Spirituosen (z. B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter)

**94** An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z. B. Alkopops, Longdrinks (z. B. Wodka-Lemon), Cocktails (z. B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa  Tagen An keinem Tag

↓

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter)

**95** An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa  Tagen An keinem Tag



**96** Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...

☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Nie	Seltener als 1mal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche	Jeden Tag oder fast jeden Tag
... Sie nicht mehr aufhören konnten zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen konnten, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht haben, um in die Gänge zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen hatten, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie nicht in der Lage waren, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**97** Ist es schon einmal vorgekommen, dass ..

☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Nein	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
... sich ein Verwandter, Freund oder Arzt Sorgen gemacht hat, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten hat, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie sich verletzt haben, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jemand anderes verletzt wurde, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**98** Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, ...

☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Stark reduziert	Etwas reduziert	Unverändert	Etwas zugenommen	Stark zugenommen
... wie hat sich die Anzahl der Tage pro Woche, an denen Sie Alkohol trinken, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie hat sich die Menge des Alkohols, die Sie pro typischem Trinktag konsumieren, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragen zu Drogen

### 99 Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Cannabis (Haschisch, Marihuana)                         | <input type="checkbox"/> |
| Aufputschmittel, Amphetamine (Speed)                    | <input type="checkbox"/> |
| Methamphetamin (Crystal Meth)                           | <input type="checkbox"/> |
| Ecstasy (MDMA)  | <input type="checkbox"/> |
| LSD   | <input type="checkbox"/> |
| Heroin  | <input type="checkbox"/> |
| Andere Opiate (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphium) | <input type="checkbox"/> |
| Kokain  | <input type="checkbox"/> |
| Crack   | <input type="checkbox"/> |
| Pilze (Halluzinogen)                                    | <input type="checkbox"/> |
| Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers)                    | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe bisher <u>keine</u> dieser Drogen probiert     | <input type="checkbox"/> |

**!** Heutzutage können hin und wieder neue Substanzen erhältlich sein, die die Wirkung illegaler Drogen, wie z. B. Cannabis, Ecstasy, Kokain etc., imitieren. Diese werden manchmal auch „Legal Highs“, „Research Chemicals“, „Badesalze“, „Kräutermischungen“ oder „neue psychoaktive Substanzen (NPS)“ genannt und können in unterschiedlicher Form erhältlich sein, z. B. als Kräutermischungen oder Pulver.

### 100 Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?

- |    |                          |            |                          |                              |
|----|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | Nein       | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 102 |
|    | ↓                        | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |                              |

### 101 Haben Sie solche Substanzen in den letzten 12 Monaten konsumiert?

- |    |                          |            |                          |                              |
|----|--------------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | Nein       | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 102 |
|    | ↓                        | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |                              |

Welche Form hatten die Substanzen, die Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert haben?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Kräutermischungen zum Rauchen    | <input type="checkbox"/> |
| Pulver, Kristalle oder Tabletten | <input type="checkbox"/> |
| Flüssigkeiten                    | <input type="checkbox"/> |

### 102 Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen ...

- |                                   |                          |                                       |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| ... schon irgendwann mal probiert | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage 103          |
| ... noch nie probiert             | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S1, Seite 29 |

Wie alt waren Sie, als Sie die folgenden Drogen das erste Mal genommen haben?  
Vom ersten Mal bis heute, wie oft haben Sie folgende Drogen genommen?


Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!	Das erste Mal genommen	Habe ich vom ersten Mal bis heute insgesamt genommen			
	Im Alter von ... Jahren	Gar nicht	Einmal	2 bis 5 mal	Mehr als 5 mal
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine (Speed)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze (Halluzinogene)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**104** Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:Haben Sie in den letzten 12 Monaten mindestens eine der in Frage 103 genannten Drogen genommen?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage S1, Seite 29


↓

**105** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Drogen genommen?

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen				
	Gar nicht	Seltener als einmal im Monat	Mindestens einmal im Monat	Mindestens einmal pro Woche	(Fast) täglich
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze (Halluzinogene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**106** Haben Sie folgende Drogen in den letzten 30 Tagen konsumiert?

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Ja	Nein
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe (Klebstoff, Poppers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilze (Halluzinogene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. Ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107

Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch/Marihuana) konsumiert?

Ja

  
↓

Nein

→ Bitte weiter mit Frage 112, Seite 28

108

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis in Form von Öl oder Liquid mit E-Zigaretten/ E-Zigarren/E-Shishas/E-Pfeife konsumiert? Hier ist ein Öl/Liquid gemeint, das „high“ machen kann, d. h. mindestens 0,2% THC (Tetrahydrocannabinol) enthält und nicht ausschließlich CBD (Cannabidiol).

☞ Bitte machen Sie **nur ein** Kreuz!

Gar nicht

Seltener als einmal im Monat

Mindestens einmal im Monat

Mindestens einmal pro Woche

(Fast) täglich

109

Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, ...

☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Stark reduziert	Etwas reduziert	Unverändert	Etwas zugenommen	Stark zugenommen
... wie hat sich die Anzahl der Tage pro Monat, an denen Sie Cannabis konsumieren, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie hat sich die Menge von Cannabis, die Sie pro typischem Konsumtag konsumieren, verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110

Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten			
	Nie oder beinahe nie	Manchmal	Oft	Immer oder fast immer
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111

Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Cannabis zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig    Ein bisschen schwierig    Ziemlich schwierig    Sehr schwierig

**112** Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:  
 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 115

↓

**113** Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten			
	Nie oder beinahe nie	Manchmal	Oft	Immer oder fast immer
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Kokain nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Kokain zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Kokain Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**114** Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Kokain zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig    Ein bisschen schwierig    Ziemlich schwierig    Sehr schwierig

**115** Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:  
 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Amphetamin/Methamphetamin konsumiert?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage 118

↓

**116** Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten			
	Nie oder beinahe nie	Manchmal	Oft	Immer oder fast immer
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Amphetamin/Methamphetamin nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Amphetamin/Methamphetamin zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Amphetamin/Methamphetamin Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Amphetamin/Methamphetamin aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**117** Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Amphetamin/Methamphetamin zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig    Ein bisschen schwierig    Ziemlich schwierig    Sehr schwierig

**118** Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, hatten Sie das Gefühl, dass der Konsum von illegalen Drogen eine schädliche Wirkung auf Ihre Gesundheit oder Ihr Leben hatte?

Ja       Nein  → Bitte weiter mit Frage S1



Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres eigenen Konsums von illegalen Drogen Hilfe in Anspruch genommen?

☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Freunde/Partner/Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zum Schluss noch einige statistische Fragen, die für die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind.

**S 1** Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Aktuell Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage S 2
Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Abschluss der Mittelschule, Volksschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	
Hauptschulabschluss (Abschluss der Mittelschule, Volksschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	
Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse.	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage S 3, Seite 30
Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse	<input type="checkbox"/>	
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	<input type="checkbox"/>	
Einen anderen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	

**S 2** Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss streben Sie an?

☞ Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Hauptschulabschluss bzw. Abschluss der Mittelschule	<input type="checkbox"/>	
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife	<input type="checkbox"/>	
Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage S 4, Seite 30
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/>	
einen anderen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	

### S 3 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Noch in beruflicher Ausbildung, d. h. Auszubildende/r  | <input type="checkbox"/> |
| Noch in beruflicher Ausbildung, d. h. Student/in   | <input type="checkbox"/> |
| Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbauschule, Fachschule o. Ä                           | <input type="checkbox"/> |
| Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung                               | <input type="checkbox"/> |
| Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen                                      | <input type="checkbox"/> |
| Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen                    | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Bachelor, Master)  | <input type="checkbox"/> |
| Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Bachelor, Master, Staatsexamen)                     | <input type="checkbox"/> |
| Einen anderen beruflichen Abschluss  | <input type="checkbox"/> |

### S 4 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- |   |                          |                              |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Voll erwerbstätig   | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 7 |
| Teilzeitbeschäftigt   | <input type="checkbox"/> |                              |
| Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich)  | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 6 |
| Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Mini-Job  | <input type="checkbox"/> |                              |
| „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2)   | <input type="checkbox"/> |                              |
| Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt  | <input type="checkbox"/> |                              |
| Berufliche Ausbildung/Lehre   | <input type="checkbox"/> |                              |
| Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst/Militärdienst  | <input type="checkbox"/> |                              |
| Freiwilliges Soziales Jahr  | <input type="checkbox"/> |                              |
| Umschulung  | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 5 |
| Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung  | <input type="checkbox"/> |                              |
| Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst) | <input type="checkbox"/> |                              |

### S 5 Geben Sie bitte an, zu welcher der nachfolgenden Gruppen Sie gehören.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- |  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Schüler/in an einer allgemein bildenden Schule | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 8, Seite 32 |
| Student/in                                     | <input type="checkbox"/> |  |
| Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand       | <input type="checkbox"/> | → Bitte weiter mit Frage S 6           |
| Arbeitslos                                     | <input type="checkbox"/> |  |
| Dauerhaft erwerbsunfähig                       | <input type="checkbox"/> |  |
| Hausfrau/Hausmann                              | <input type="checkbox"/> |  |
| Sonstiges                                      | <input type="checkbox"/> |  |



**S 6** Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

Ja

Nein

→ Bitte weiter mit Frage S8, Seite 32


**S 7** In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?

Wenn Sie nicht mehr oder derzeit nicht berufstätig sind, geben Sie bitte die berufliche Stellung an, die Sie zuletzt innehatten.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- |          |   |                          |
|----------|---|--------------------------|
| <b>A</b> | Ungelernte/r Arbeiter/in  | <input type="checkbox"/> |
| <b>B</b> | Angelernte/r Arbeiter/in  | <input type="checkbox"/> |
| <b>C</b> | Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in  | <input type="checkbox"/> |
| <b>D</b> | Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in   | <input type="checkbox"/> |
| <b>E</b> | Meister/in, Polier/in, Brigadier/in   | <input type="checkbox"/> |
| <b>F</b> | Angestellte/r mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im einfachen Dienst (z. B. Verkäufer/in, Datentypist/in, Sekretariatsassistent/in, Pflegehelfer/in, Beamter/in bis einschl. Oberamtsmeister/in)   | <input type="checkbox"/> |
| <b>G</b> | Angestellte/r mit einer qualifizierten Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im mittleren Dienst (z. B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in, Beamter/in von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in)   | <input type="checkbox"/> |
| <b>H</b> | Angestellte/r mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal oder Beamter/in im gehobenen Dienst (z. B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis, Beamter/in von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin) | <input type="checkbox"/> |
| <b>K</b> | Angestellte/r mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen oder Beamter/in im höheren Dienst (z. B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes, Richter/in, Beamter/in von Rat/Rätin aufwärts)   | <input type="checkbox"/> |
| <b>L</b> | Akademiker/in in freiem Beruf (z. B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in)   | <input type="checkbox"/> |
| <b>M</b> | Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin   | <input type="checkbox"/> |
| <b>N</b> | Selbständige/r im Handel, im Gastgewerbe, im Handwerk, in der Industrie, in der Dienstleistung, auch Ich-AG oder PGH-Mitglied mit ...   |                          |
| .        | ... keinen Beschäftigten außer mir selbst   | <input type="checkbox"/> |
|          | ... 1 bis 4 Beschäftigten   | <input type="checkbox"/> |
|          | ... 5 bis 50 Beschäftigten  | <input type="checkbox"/> |
|          | ... mehr als 50 Beschäftigten   | <input type="checkbox"/> |
| <b>O</b> | Mithelfende/r Familienangehörige/r  | <input type="checkbox"/> |
| <b>P</b> | Berufliche Ausbildung/Lehre   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Q</b> | Sonstige (z. B. Praktikant/in)  | <input type="checkbox"/> |

**S 8** Sind Sie der/die Hauptverdiener/in in Ihrem Haushalt, d. h. tragen Sie mit Ihrem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?

Ja



Bitte weiter mit Frage S 10

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in



Bitte weiter mit Frage S 9

Nein

**S 9** In welcher beruflichen Stellung ist bzw. war der/die Hauptverdiener/in Ihres Haushalts zuletzt beschäftigt? Verwenden Sie dazu bitte die Vorgaben aus der Frage S 7 und tragen Sie den zutreffenden Kennbuchstaben ein!

Buchstabe

**S 10** Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.

Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

bis unter 500 Euro

500 bis unter 750 Euro

750 bis unter 1.000 Euro

1.000 bis unter 1.250 Euro

1.250 bis unter 1.500 Euro

1.500 bis unter 1.750 Euro

1.750 bis unter 2.000 Euro

2.000 bis unter 2.250 Euro

2.250 bis unter 2.500 Euro

2.500 bis unter 3.000 Euro

3.000 bis unter 4.000 Euro

4.000 bis unter 5.000 Euro

5.000 Euro und mehr

**S 11** Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier noch das Datum ein:

2021

Tag

Monat

### Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Zum Abschluss noch eine Bitte: Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Falls Sie Fragen vergessen haben, versuchen Sie bitte, diese noch zu vervollständigen.

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte im beiliegenden portofreien Rückumschlag an:

**infas Institut für angewandte  
Sozialwissenschaft GmbH**

**Postfach 24 01 01  
53154 Bonn**

Alle Rechte für die Formulierung des Fragebogens liegen beim IFT Institut für Therapieforchung, München.  
Die formale Gestaltung des Fragebogens erfolgte durch das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn.

