

ISSN 0939-5911

C 5732 F

# SUCHT

Zeitschrift für  
Wissenschaft und Praxis

47. Jahrgang · Sonderheft 1 · September 2001

**Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver  
Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000**

**Population Survey on the Consumption of Psychoactive  
Substances in the German Adult Population 2000**

Ludwig Kraus  
Rita Augustin

Deutsche Hauptstelle gegen  
die Suchtgefahren (DHS)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung  
und Suchttherapie (DG-SUCHT)

**NEULAND**

Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg, Renchen;  
 Prof. Dr. med. Jobst Böning, Würzburg;  
 Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer, Tübingen;  
 Prof. Dr. med. Helmut Busch, Bernkastel-Andel;  
 Prof. Dr. med. Horst Coper, Berlin;  
 Prof. Dr. Horst Dilling, Lübeck;  
 Prof. Dr. Rudolf Egg, Wiesbaden;  
 Prof. Dr. Roman Ferstl, Kiel;  
 Prof. Dr. phil. Herbert Feser, Aachen;  
 Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein, München;  
 Prof. Dr. Alexa Franke, Dortmund;  
 Prof. Dr. med. Joachim Gerchow, Frankfurt/Main;  
 Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Bremen;  
 PD Dr. rer. nat. Ursula Havemann-Reinecke, Göttingen;  
 Dipl.-Päd. Dipl.-Soz. Arb. Irene Helas, Kassel;  
 Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld;  
 Prof. Dr. phil. Ulrich John, Greifswald;  
 Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Helmut Kampe, Darmstadt;  
 Dr. med. Volker Kielstein, Magdeburg;  
 Prof. Dr. Dieter Kleiber, Berlin;  
 Prof. Dr. phil. Joachim Körkel, Nürnberg;  
 Prof. Dr. jur. Otto Ernst Krasney, Kassel;  
 Prof. Dr. jur. Arthur Kreuzer, Gießen;  
 Prof. Dr. Hans-Peter Krüger, Würzburg;  
 Dr. Dipl.-Psych. Heinrich Küfner, München;  
 Prof. Dr. Klaus Kuschinsky, Marburg;  
 Prof. Dr. med. D. Ladewig, Basel;  
 Prof. Dr. Otto Michael Lesch, Wien;  
 Prof. Dr. med. Karl Mann, Mannheim;  
 Prof. Ph. Dr. G. Alan Marlatt, Seattle, Washington;  
 Prof. Dr. Hans H. Maurer, Homburg/Saar;  
 Dr. Richard Müller, Lausanne;  
 Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg;  
 Prof. Dr. Dr. Robert Olbrich, Mannheim;  
 Dr. Wolfgang Pittrich, Münster;  
 Dr. Ph. D. Jerome J. Platt, Camden, New Jersey;  
 Dr. med. Niels Pörksen, Bielefeld;  
 Prof. Dr. Wolfgang Poser, Göttingen;  
 Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Hamburg;  
 Prof. Dr. rer. pol. Heinz Renn, Hamburg;  
 Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband, Dresden;  
 Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher, Berlin;  
 Dipl.-Theol. Dipl.-Soz. Arb. Wolfgang Scheiblich, Köln;  
 Dipl.-Psych. Ralf Schneider, Friedrichsdorf;  
 Prof. Dr. Helmut K. Seitz, Heidelberg;  
 Prof. Dr. med. Michael Soyka, München;  
 Prof. Dr. Alfred Springer, Wien;  
 Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart;  
 M. B. A. Dr. med. Jan Auke Walburg, Amsterdam;  
 Karl-Rudolf Winkler, Koblenz;  
 Dr. med. Erik Winter, Berlin.

## SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

ehemals »Suchtgefahren« (Jahrgänge 1–36)

### Herausgeber:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V. Westring 2, Postfach 1369, 59003 Hamm

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Postfach 1453, 59004 Hamm

### Redaktion:

Dr. Gerhard Bühringer, Leiter des IFT Institut für Therapiefor- schung, München; E-Mail: buehringer@ift.de

Rolf Hüllinghorst, Geschäftsführer der DHS, Hamm;

E-Mail: huellinghorst@dhs.de

Prof. Dr. med. Lutz, G. Schmidt, Psychiatrische Klinik der Univer- sität Mainz; E-Mail: schmidt@psychiatrie.klinik.uni-mainz.de

Dr. Hans Watzl, Forschungsgruppe der Universität Konstanz im Zentrum für Psychiatrie Reichenau.

E-Mail: hans.watzl@uni-konstanz.de

### Redaktionsanschrift:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)

Redaktion SUCHT, Postfach 1369, 59003 Hamm

Telefon: 0 23 81 90 15 19, Telefax: 0 23 81 90 15 30

E-Mail: kaldewei@dhs.de

### Verlag:

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.

Postfach 1422, 21496 Geesthacht

Telefon: 0 41 528 13 42, Telefax: 0 41 528 13 43

E-Mail: vertrieb@neuland.com

Internet: <http://www.zeitschrift-sucht.de>

Bestellungen und Vertriebsfragen: Frank Lindemann

**Erscheinungsweise:** Sechs Hefte pro Jahrgang, jeweils Ende Febru- ar, April, Juni, August, Oktober, Dezember

**Bezugsbedingungen:** Bestellungen sind nur an den Verlag oder den Buchhandel zu richten.

**Bezugspreise:** Inland: € 86,-, Ausland € 120,- jährlich. Einzelheft € 22,-. Die Preise beinhalten Versandkosten und 7 % Umsatzsteuer. Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht einen Monat vor Auslieferung des ersten Heftes gekündigt wird. Im Falle von Liefer- hindernissen durch höhere Gewalt (auch durch Streiks) entstehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

### Herstellung:

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg

Druck: Nieswand, Kiel

### Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen (mit Ausnahme der genannten Datenbanken).

Die Zeitschrift SUCHT wird ausgewertet für die Datenbanken: EMBASE/JURIS/PSYINDEX/SOLIS/SoLit

Außerdem werden Aufsätze in folgenden gedruckten Diensten (Referatezeitschriften) nachgewiesen:

EMBASE/Excerpta Medica: Section 40 Drug Dependence (Auszüge aus EMBASE); Referatedienst Kriminologie; Addiction Abstracts

**Haftungsausschluss:** Der Inhalt dieses Heftes wurde sorgfältig erar- beitet; jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus die- sem Grund übernehmen Autoren, Herausgeber und Verlag keine Haf- tung für die Richtigkeit von Angaben, Hinweisen und Ratschlägen.

### Anzeigenverwaltung:

me:di:se GmbH, Gneisenaustr. 7, 51377 Leverkusen,

Telefon: 0214/206 76 23, Telefax: 0214/206 76 48

## Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000

### Population Survey on the Consumption of Psychoactive Substances in the German Adult Population 2000

Ludwig Kraus, Rita Augustin

Unter Mitarbeit von Petra Kümmler, Sabine Tschernich, Thiemo Müller-Kalthoff

<b>Editorial</b>	
<i>Fred Rist</i> .....	5
<b>Kurzfassung</b> .....	7
<b>Summary</b> .....	9
<b>1 Einleitung</b> .....	11
<b>2 Bundesstudie 1980 bis 2000</b> .....	12
2.1 Fortlaufende Studien .....	12
2.2 Methodische Studien .....	12
<b>3 Methode</b> .....	14
3.1 Stichprobe .....	14
3.2 Gewichtung .....	14
3.3 Instrumente .....	15
3.4 Auswertung .....	17
<b>4 Illegale Drogen</b> .....	19
4.1 Lebenszeitprävalenz .....	19
4.2 12-Monats-Prävalenz .....	20
4.3 30-Tage-Prävalenz .....	21
4.4 Prävalenz nach Alter und Geschlecht .....	22
4.4.1 Cannabis .....	23
4.4.2 Ecstasy .....	25
4.4.3 Pilze .....	25
4.5 Frequenz des Drogenkonsums .....	25
4.6 Einschätzung von Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft .....	25
4.7 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV .....	28
4.8 Tabellen zu illegalen Drogen .....	30
<b>5 Alkohol</b> .....	35
5.1 Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht .....	35
5.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten .....	37
5.3 Trinksituationen .....	39
5.4 Einstellungen zum Thema Alkohol .....	39
5.5 Folgen des Alkoholkonsums .....	41
5.6 Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV .....	41
5.7 Tabellen zu Alkohol .....	42

<b>6</b>	<b>Medikamente</b> .....	44
6.1	Prävalenz der Einnahme von Medikamenten .....	44
6.1.1	Einnahme in den letzten 12 Monaten .....	44
6.1.2	Einnahme in den letzten 30 Tagen .....	45
6.2	Screening zur problematischen Einnahme von Medikamenten .....	46
6.3	Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV .....	47
6.4	Tabellen zu Medikamenten .....	48
<b>7</b>	<b>Tabak</b> .....	51
7.1	Tabakwaren .....	51
7.2	Tabakkonsum .....	52
7.3	Umfang des Zigarettenkonsums .....	52
7.4	Nikotinabhängigkeit nach Fagerström .....	52
7.5	Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV .....	54
7.6	Rauchstadium und Änderungsbereitschaft .....	55
7.7	Beendigung des Tabakkonsums .....	56
7.8	Passivrauchen .....	56
7.9	Tabellen zu Tabak .....	58
<b>8</b>	<b>Trends 1980–2000</b> .....	59
8.1	Methode .....	60
8.2	Illegale Drogen .....	61
8.3	Alkohol .....	65
8.4	Tabak .....	73
<b>9</b>	<b>Diskussion</b> .....	75
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	83

---

## Editorial

Fred Rist

---

Mittlerweile verschaffen sich alle europäischen Länder in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen einen Überblick über den Gebrauch psychoaktiver Substanzen in der Bevölkerung. Obwohl dies immer noch mit erheblichen Unterschieden in Methoden, Aufwand, angezielten Substanzen und nationalen Schwerpunkten der Befragungen geschieht, haben solche Erhebungen in den letzten Jahren rationale Grundlagen für die Abschätzung gesundheitlicher Risiken, für drogenpolitische Entscheidungen und Vergleiche zwischen Ländern geliefert. Dabei kann es auch vorkommen, dass epidemiologische Befunde das Interesse einer breiten Öffentlichkeit finden, wie die Debatte um die kardioprotektive Wirkung »moderater« Alkoholmengen gezeigt hat.

Die maßgebliche Studie für Deutschland ist die »Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen«. Sie wurde seit 1980 bisher mehrmals, jeweils im Abstand von zwei bis 5 Jahren, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Der Abschlussbericht der Erhebung 2000 wurde im April dem Ministerium übergeben und wird nun als Sonderheft der SUCHT veröffentlicht. Den Autoren Ludwig Kraus und Rita Augustin und ihren Mitarbeitern gebührt unser Dank für die sorgfältige Aufbereitung der Daten für diese Publikation.

Die Intention einer Repräsentativerhebung ist der Rückschluss auf die Bevölkerung. Wie viele Bundesbürger konsumieren welche psychoaktiven Substanzen, welche Mengen konsumieren sie, wie häufig ist dies der Fall und welche Folgen hat dies? Der Bericht bietet Detailinformationen zum Gebrauch von Alkohol, Nikotin, Cannabis und anderen illegalen Drogen, schließlich auch psychotropen Medikamenten: Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, Geschlecht und Ost- und Westzugehörigkeit werden die Anteile von Konsumierenden und für Alkohol, Nikotin und Cannabis auch die erfragten Konsummengen dargestellt. Die Mengenangaben für Alkohol und Tabak beruhen auf einem Frequenz-Menge-Index, für den die Anzahl der Konsumtage und die an einem typischen Konsumtag konsumierte Menge ermittelt werden. Unter dem »Public-health«-Aspekt sind die Angaben dazu interessant, wie viele Bundesbürger (18 bis 59

Jahre) Substanzen mit Risiko bzw. mit Folgen konsumieren: Für Alkohol wurden 11,7% mit riskantem und 3,9% mit gefährlichem Alkoholkonsum ermittelt, ca. 35% rauchen, 11,3% der aktuellen Konsumenten (12 Monate) in Westdeutschland konsumierten Cannabis an mehr als 20 Tagen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung, 0,6% der Westdeutschen konsumierten in den letzten 30 Tagen andere illegale Drogen als Cannabis. Angaben zum Gebrauch illegaler Drogen werden überwiegend durch Cannabis bestimmt, die restlichen illegalen Substanzen machen verschwindend geringe Prozentzahlen aus. Hochrechnungen auf die Bevölkerung für einzelne Substanzen wie Kokain oder Opiate dürften deshalb mit erheblicher Unsicherheit behaftet sein.

Unter dem Aspekt spezifischer präventiver Maßnahmen für bestimmte Risikogruppen ist die Kreuztabulation der Konsumangaben gegen Alter und Geschlecht informativ: Riskanter Alkoholkonsum ist durch alle Altersgruppen durchgehend ca. zweimal häufiger bei Männern als bei Frauen, gefährlicher Konsum ca. dreimal häufiger. Der Anteil von Rauchern ist in jüngeren Altersgruppen höher als in den älteren, allerdings ist dort der Anteil von Rauchern mit einem Tageskonsum von über 20 Zigaretten höher. Am deutlichsten ist der Einfluss des Alters beim Cannabisgebrauch, mit einer Lebenszeitprävalenz von 40,4% bei den 18- bis 29-jährigen Männern, verglichen mit 8,4% bei den 50- bis 59-jährigen Männern.

Sobald man aus solchen Angaben Überlegungen für Interventionen ableiten will, stellt sich die Frage nach der Repräsentativität der Erhebung. Es ist keine Frage, dass in der Bundesstudie die Repräsentativität bezüglich soziodemographischer Merkmale so gut erreicht wird, wie dies in Surveys möglich ist. Aber ist auch gewährleistet, dass die Stichprobe repräsentativ ist bezüglich des hier untersuchten Merkmals Substanzgebrauch? Die Ausschöpfungsquote wird diesmal mit 46% angegeben (nach 65% in den Jahren 1997 und 1995), demnach hat nur jeder Zweite, der darum gebeten wurde, diese Aufgabe auch auf sich genommen. Das ist in Anbetracht der damit verbundenen Mühe erstaunlich, denn die Rücklaufquoten auch für erheblich weniger aufwändige Befragungen liegen nicht

wesentlich höher. Dennoch wäre es wichtig, etwas über den Unterschied zwischen Respondern und Nonrespondern zu erfahren. Wer nimmt die Mühe auf sich, einen solchen Fragebogen mit 120 Fragen unentgeltlich auszufüllen? In einer Verlaufsuntersuchung von Adoleszenten war der Substanzkonsum jener Probanden, die bei späteren Befragungen nicht mehr antworteten, höher als der Konsum der zuverlässigen Responder (Snow, Kraemer & Arthur, 1992). Die Annahme liegt daher nahe, dass sich bei solchen Repräsentativerhebungen unter den Nonrespondern erheblich mehr Probanden mit problematischem Substanzkonsum befinden als unter den Respondern und dass damit sowohl der Durchschnittskonsum wie auch die Häufigkeit der Personen mit ungewöhnlichem oder problematischem Konsum unterschätzt wird. So zeigt die vorliegende Untersuchung eine eklatante Differenz zwischen dem aus der Befragung hochgerechneten durchschnittlichen Alkoholverbrauch pro Kopf der Bevölkerung (6,6 Liter) und dem aus Produktions- und Verkaufszahlen errechneten Wert, der u. a. im »Jahrbuch Sucht« veröffentlicht wird (10,6 Liter). Nach der Repräsentativerhebung läge Deutschland im internationalen Vergleich bezüglich des Alkoholkonsums etwa an Platz 25, nach den Produktions- und Importzahlen aber an Platz 5. Nach verschiedenen epidemiologischen Erhebungen konsumiert jeweils ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung (ca. 5%) mehr als die Hälfte des insgesamt getrunkenen Alkohols, sodass eine höherer Anteil an »Vieltrinkern« unter den Nonrespondern zu erheblichen Unterschätzungen des durchschnittlichen Konsumverhaltens führen muss. Diese Problematik besteht natürlich nicht nur bei Alkohol, sondern vermutlich in ähnlicher Weise bei allen erfragten Substanzen.

Eine wesentliche Neuerung gegenüber den vorausgegangenen Erhebungen war die durchgängige Bestimmung der DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit für alle erhobenen Substanzgruppen im Jahr vor der Befragung. Demnach waren 4,8% der befragten Männer und 1,3% der Frauen als alkoholabhängig einzustufen. Andererseits wurde »Hochkonsum« (mehr als 120 g pro Tag bei Männern; mehr als 80 g pro Tag bei Frauen) nur bei 0,9% der Männer und 0,6% der Frauen gefunden. Einerseits ist sehr zu begrüßen, dass mit den DSM-IV Kriterien eine gängige Operationalisierung von Abhängigkeit in der Bundesstudie umgesetzt wird, andererseits lässt diese Diskrepanz Zweifel daran aufkommen, dass diese Selbstangaben den Ergebnissen eines strukturierten Interviews entsprechen. Eine methodische Studie hierzu ist wünschenswert.

Der Vergleich mit den vorangegangenen Studien

ermöglicht die Abschätzung von Trends im Konsumverhalten: Bei 18- bis 29-Jährigen stieg der Cannabisgebrauch kontinuierlich von 1990 bis 2000 an (12-Monats-Prävalenz in Westdeutschland: 22%), für Alkohol sind die Anteile von Trinkern über den Grenzen für moderates Trinken seit 1995 konstant geblieben. Solche Verläufe reizen zu Prognosen für die nächsten Jahre, aber die hier erkennbaren Trends anderer Substanzen zeigen auch Begrenzungen, die zuvor niemand vorhergesagt hätte: Beim Rauchen sehen wir eine kontinuierliche Abnahme der Prävalenz täglichen Rauchens nur von 1980 bis 1995, danach sind keine systematischen Änderungen mehr festzustellen.

Den Planern der Studie ist es zu verdanken, dass eine Reihe von Zusatzfragen aufgenommen wurden, die weit über das Erfragen von Konsummengen hinausgehen. So finden wir Angaben zur Änderungsbereitschaft der Raucher, die Aufspaltung des Alkoholkonsums nach Getränkesorten, Einstellungen zum Alkoholkonsum, die Erfassung typischer Trinksituationen. Der Bericht musste sich auf die univariate Darstellung beschränken, sieht man von der Kreuztabelle einzelner Antworten mit Alter, Geschlecht und Ost/West ab. Viele der erhobenen Informationen bieten aber die Chance zu Aussagen über Gesetzmäßigkeiten des Substanzkonsums, die in der univariaten Darstellung nicht erkennbar sind. Wie sind die verschiedenen Substanzkonsumarten vergesellschaftet? In welcher Wechselbeziehung stehen Trinksituationen, Trinkmengen und Folgen? Welche Moderatorvariablen beeinflussen solche Zusammenhänge? Ich wünsche den Autoren, dass ihnen nach der Pflicht der univariaten Berichterstattung auch die Kür solcher multivariater Auswertungen ermöglicht wird. Zu hoffen ist, dass sich daran auch andere Arbeitsgruppen mit Sekundäranalysen zu spezifischen Fragestellungen beteiligen.

Prof. Dr. Fred Rist  
Psychologisches Institut I  
Universität Münster  
Fliednerstr. 21, 48194 Münster  
e-mail: rist@psy.uni-muenster.de

#### Literatur

Snow, D.L., Kraemer, T. & Arthur, M.W. (1992). Panel attrition and external validity in adolescent substance use research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 804–807.

## Kurzfassung

Die Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit seit 1980 alle zwei bis fünf Jahre durchgeführt. Die Erhebung von 2000 ist nach 1995 und 1997 die dritte Befragung in Folge, die ausschließlich den Gebrauch psychotroper Substanzen bei 18- bis 59-jährigen Erwachsenen erfasst. An dieser schriftlichen Befragung nahmen 8139 Personen teil. Die Ausschöpfungsquote lag bundesweit bei 45,5%. Alle Hochrechnungen beziehen sich – wenn nicht anders angegeben – auf das Altersspektrum 18 bis 59 Jahre in Deutschland.

### Aktuelle Ergebnisse

#### *Illegale Drogen*

In den alten Bundesländern haben 21,8%, in den neuen Bundesländern 11% der befragten 18- bis 59-Jährigen zumindest einmal im Leben illegale Drogen genommen (Lebenszeitprävalenz). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) sind dies in Westdeutschland 8,5 Mio. und in Ostdeutschland 1,0 Mio. Personen. In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung (aktuelle Prävalenz) haben in Westdeutschland 6,5% der Befragten (WB: 2,5 Mio.) Drogen genommen, in Ostdeutschland liegt der Anteil bei 5,2% (WB: 500.000).

Der größte Teil der Drogenerfahrung in Deutschland bezieht sich auf den Konsum von Cannabis mit einer Lebenszeitprävalenz von 10,8% im Osten Deutschlands und 21,4% im Westen. Das in den letzten Jahren gewachsene Interesse an Ecstasy spiegelt sich auch in den Daten der Bundesstudie wider, auch wenn die Prävalenzwerte – anders als in Großstadtreregionen – im Durchschnitt geringer ausfallen und bei weitem noch nicht das Ausmaß des Cannabiskonsums aufweisen. Bei Ecstasy hat der Osten Deutschlands das Konsumniveau Westdeutschlands erreicht bzw. übertroffen. Die Lebenszeitprävalenz der 18- bis 29-Jährigen in Westdeutschland beträgt 4,4%, die der 18- bis 29-Jährigen Ostdeutschen 6,5%. In den letzten 12 Monaten konsumierten 1,1% der befragten 18- bis 39-Jährigen in Westdeutschland und 1,5% in Ostdeutschland Ecstasy. Hochgerechnet nahmen in Deutschland in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung 1,2 Mio. 18- bis 59-Jährige Ecstasy. Erfahrung mit den zum ersten Mal erhobenen halluzinogenen Pilzen wurden von 4,1% der westdeutschen und 4,3% der ostdeutschen 18- bis 29-Jährigen angegeben.

#### *Alkohol*

Aus den Angaben zum Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurde der Durchschnittskonsum in Gramm Reinalkohol pro Tag berechnet. Einen risikanten Alkoholkonsum mit durchschnittlich mehr als 30 g bis 60 g Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. mehr als 20 g bis 40 g für Frauen wiesen 11,7% (WB: 5,6 Mio.) der Befragten auf, gefährlichen Konsum (>60–120 g; >40–80 g) hatten 3,9% (WB: 1,9 Mio.) und Hochkonsum (>120 g; >80 g) 0,7% (WB: 350.000) der Befragten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch von 6,6 Litern Reinalkohol im Jahr. Die Differenz zu dem aus den Verbrauchszahlen errechneten Pro-Kopf-Konsum von 10,6 Litern erklärt sich aus sozial erwünschten Angaben der Respondenten, dem Fehlen besonderer Trinkanlässe wie Jahreswechsel im Erhebungszeitraum sowie der Tatsache, dass die »Verbrauchszahlen« nicht den tatsächlichen Verbrauch, sondern die produzierte Menge an Reinalkohol schätzen.

#### *Medikamente*

Insgesamt haben etwa 12,2% der Männer und 17,4% der Frauen im letzten Monat zumindest einmal pro Woche Medikamente mit psychoaktiver Wirkung eingenommen (WB: 3,0 Mio. Männer; 4,1 Mio. Frauen). Erfasst wurde der Konsum von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Antidepressiva, Neuroleptika sowie Appetitzüglern. Erwartungsgemäß weisen bei beiden Geschlechtern die 50- bis 59-Jährigen die höchsten Prävalenzwerte auf (Männer 19,4%; Frauen 26,5%). Insgesamt wurde die Einnahme von Schmerzmitteln am häufigsten genannt (Männer 9,0%; Frauen 12,5%).

#### *Tabak*

Der Anteil der Raucher beträgt bei den Männern 39%, bei den Frauen 31%. Hochgerechnet auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung sind dies 16,7 Mio. Raucher, von denen 5,8 Mio. (35%) starke Raucher sind, d. h. im Mittel 20 oder mehr Zigaretten pro Tag konsumieren. Am höchsten sind die Anteile der Raucher bei den 18- bis 20-Jährigen (45%), danach sinken die Anteile kontinuierlich ab und liegen bei den 50- bis 59-Jährigen bei 24%.

## Negative Folgen des Konsums

### *Illegale Drogen*

Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen wurden nach DSM-IV erfasst. Da in den neuen Bundesländern nur sehr wenige Fälle von Missbrauch und Abhängigkeit auftraten, wurde auf eine getrennte Auswertung für die beiden Bundesgebiete verzichtet. Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung erhielten insgesamt 0,6% der 18- bis 59-Jährigen eine Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV (WB: 290.000), 0,3% (WB: 145.000) erhielten die Diagnose Missbrauch.

### *Alkohol*

Ein Alkoholkonsum von mehr als 30/20g Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. Frauen liegt bei 17,8% der Befragten vor (WB: 8,5 Mio.). Die Ergebnisse des Klassifikationssystems für psychische Krankheiten DSM-IV zeigen, wie bereits 1997, eine 12-Monats-Prävalenz von 3,1% (WB: 1,5 Mio.; Männer 1,2 Mio., Frauen 300.000) für Alkoholabhängigkeit. Nahezu 9% der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal trotz zu hohem Alkoholkonsum Auto gefahren zu sein.

### *Medikamente*

Erstmals wurde Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten nach den Kriterien des DSM-IV erfasst. Eine Abhängigkeitsdiagnose, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, erhielten ca. 2,9% (WB: 1,4 Mio.; Männer 610.000, Frauen 750.000) der Befragten. Dieser Anteil deckt sich mit den Ergebnissen aus einem zusätzlich eingesetzten Instrument zur Erfassung problematischer Medikamenteneinnahme, dem KFM.

### *Tabak*

Für die Untersuchung der Abhängigkeit von Tabak wurde ebenfalls erstmalig das Klassifikationssystem DSM-IV eingesetzt. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV, bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, war bei 8,2% der Befragten (WB: 3,9 Mio.) zu diagnostizieren. Die Ergebnisse des FTND deuten auf eine ausgeprägte Abhängigkeit bei ca. 35% der befragten Raucher hin.

## Änderungen seit 1980

### *Illegale Drogen*

Nach einer Phase der Zunahme des Drogengebrauchs von Ende der 80er bis Anfang der 90er Jahre und einem Plateau zwischen 1995 und 1997 ist bei der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen wiederum eine starke Steigerung zu beobachten. Die Anteile der Lebenszeitprävalenten in Ost und West unterscheiden sich zwar nach wie vor, der Abstand zwischen den beiden Regionen hat sich jedoch in den letzten Jahren verringert. Die Steigerungen sind vor allem auf die starke Verbreitung des Cannabiskonsums in den letzten Jahren gerade bei den jüngeren Befragten zurückzuführen. Der Anteil der Ecstasykonsumenten ist in Westdeutschland in den letzten drei Jahren in etwa stabil geblieben, in Ostdeutschland steigt er dagegen weiterhin kontinuierlich an.

### *Alkohol*

Die Indikatoren des Alkoholkonsums (Prävalenz des Konsums und Konsumhäufigkeit) weisen im Zehn-Jahresvergleich für Gesamtdeutschland bei den über 25-Jährigen keine wesentlichen Veränderungen auf. Die Prävalenzen der jungen Erwachsenen nahmen nach einem leichten Rückgang bis Mitte der 90er Jahre wieder zu. Auch hinsichtlich der Konsumfrequenzen mehrmals pro Monat und mehrmals pro Woche sind nach den leicht rückläufigen Tendenzen bis 1997 insbesondere in jüngeren Altersgruppen wieder zunehmende Prävalenzwerte zu beobachten.

### *Tabak*

Seit 1980 lässt sich ein erheblicher Rückgang der Raucherprävalenz erkennen. Parallel dazu hat sich auch der Anteil täglicher Raucher und Raucherinnen sowie der Anteil starker Raucher (tägliche Raucher mit einem Konsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag) seit 1980 deutlich reduziert. Auffällig sind die Geschlechtsunterschiede. Seit 1995 nahmen die Prävalenzen der Raucherinnen wieder zu, während die Anteile der Raucher weiter abnahmen.

## Summary

The National Survey on the Use of Psychoactive Substances (»Bundesstudie«), commissioned by the German Federal Ministry of Health, has been conducted every two to five years since 1980. As in 1995 and 1997, the target group of the 2000 survey is the 18–59 year old adult population. Reported estimates for the population total refer to the age group 18–59. The overall response rate was 45.5%, resulting in 8139 persons who participated in the study.

### Latest Findings

#### *Illicit Drugs*

Lifetime prevalence of illicit drug use (at least once in lifetime) was reported by 21.8% of 18–59 year old Western Germans and by 11% of 18–59 year old Eastern Germans. This yields an estimated population total of 8.5 million lifetime drug users in Western Germany and 1.0 million in Eastern Germany. During the past 12 months a total of 6.5% of 18–59 year olds in Western Germany (estimated population total: 2.5 million) as well as a total of 5.2% of 18–59 year olds in Eastern Germany (estimated population total: 500,000) had used illicit drugs. The drug most often consumed was cannabis. Lifetime prevalence for cannabis use amounts to 10.8% in Eastern Germany and 21.4% in Western Germany.

In the »Bundesstudie« the proportion of ecstasy users is rather high. This reflects the growing popularity of the drug. Although ecstasy prevalence rates, in general, are much lower than cannabis prevalence rates, surveys conducted in large German cities report ecstasy prevalence for some age groups to be equal to or higher than those of cannabis. Prevalence rates of Eastern German ecstasy use have reached or even exceeded Western German rates. The lifetime prevalence rate for 18–29 year old West Germans amounts to 4.4% and for 18–29 East Germans to 6.5%. During the past 12 months a total of 1.1% (Western Germany) and 1.5% (Eastern Germany) of 18–39 year olds had taken ecstasy. An estimated population total of 1.2 million 18–59 year olds had taken ecstasy in the past year. The prevalence of hallucinogenic mushrooms was estimated for the first time; lifetime experience was reported by 4.1% (Western Germany) and 4.3% (Eastern Germany) of 18–29 year olds.

#### *Alcohol*

A quantity-frequency index was used to determine mean alcohol consumption in the past year. On a national basis and within the age range of 18–59 years, 11.7% (estimated population total: 5.6 million) of alcohol use was estimated to be hazardous (more than 20 g up to 40 g per day for females and more than 30 g up to 60g per day for males), 3.9% (estimated population total: 1.9 million) to be harmful (>40–80 g; >60–120 g), and 0.7% (estimated population total: 350,000) to be excessive (>80 g; >120 g). Per capita consumption amounts to 6.6 litres ethanol per year which is much smaller than the estimate based on the amount of alcohol beverages produced and imported (10.6 litres). Socially desirable reporting of alcohol consumption probably contributes to this observed difference between the survey results and the estimate based on the amount of alcoholic beverages produced and imported (minus the exported beverages). In addition, alcohol consumption rises during certain periods of the year; e. g. Christmas and New Year's holidays. At the time of the survey, no such popular drinking occasion took place. Moreover, production figures may exceed the actual consumed quantity.

#### *Pharmaceuticals*

An intake of psychoactive pharmaceuticals (at least once per week during the past month) was reported by 17.4% of female (estimated population total: 4.1 million) and 12.2% (estimated population total: 3.0 million) of male respondents. Surveyed were pain-killers, sleeping tablets, tranquillisers, stimulants, antidepressants, neuroleptics, and appetite suppressants. The prevalence rates achieve their maximum in the age group 50–59 years (females 26.5%, males 19.4%). Overall intake of pain-killers was reported most frequently (females 12.5%, males 9%).

#### *Tobacco*

About 31% of female and 39% of male respondents are current smokers. This yields an estimated population total of 16.7 million current smokers in the age group 18–59 years, of which 5.8 million (35%) smoke at least 20 cigarettes a day. The 18–20 year olds provide the highest rate of current smoking (45%). These rates decrease steadily with increasing age, with the lowest prevalence found for the group of 50–59 year olds (24%).

## Negative consequences

### *Illicit drugs*

Drug dependence and drug abuse were estimated through DSM-IV criteria. Since only a few respondents in Eastern Germany reported symptoms of drug dependence or abuse, the data for both regions were merged. Among 18–59 year olds a total of 0.6% (estimated population total: 290,000) exhibited drug dependence and a total of 0.3% (estimated population total: 145,000) exhibited drug abuse in the past year.

### *Alcohol*

According to the reported data on alcohol intake, 17.8% of 18–59 year olds (estimated population total: 8.5 million) consume alcohol at least at a hazardous level; i.e., more than 30g ethanol for males and more than 20g ethanol for women. According to DSM-IV criteria, 3.1% of the respondents (estimated population total: 1.5 million, men 1.2 million, women 300,000) reported symptoms of alcohol dependence in the past year. This indicates no change in rates compared to 1997. Nearly 9% reported having driven a car while under the influence of too much alcohol at least once during the past year.

### *Pharmaceuticals*

For the first time dependence to pharmaceuticals was estimated through DSM-IV criteria. In the last year, 2.9% (estimated population total: 1.4 million; men 610,000, women 750,000) of the respondents were classified dependent. This rate is supported by the findings of an additional screening instrument which was employed to investigate problematic intake of pharmaceuticals, the KFM.

### *Tobacco*

In order to estimate tobacco dependence, DSM-IV criteria were used for the first time. A total of 8.2% (estimated population total: 3.9 million) of the respondents exhibited tobacco dependence in the last year. According to the FTND, an instrument which measures the degree of nicotine dependence, 35% of current smokers exhibit a high likelihood of being dependent.

## Changes since 1980

### *Illicit Drugs*

After a period of increase from the end of the 1980s to the beginning of the 1990s and a period of stable prevalence in the mid 1990s, lifetime and 12-month-prevalence of illicit drugs have again increased considerably. The lifetime prevalence rates in Eastern and Western Germany still differ, though the difference between the two regions has grown smaller over the past years. Increases in prevalence rates are mainly due to cannabis use, especially among younger respondents. Ecstasy prevalence has remained stable in Western Germany in the past three years; in Eastern Germany it has increased continuously.

### *Alcohol*

Prevalence as well as frequency of alcohol consumption in the last ten years indicate no significant changes among the population over 25 years of age. Nevertheless, for the group of 18–24 year olds the prevalence rates are again increasing after a slight decrease in alcohol consumption that continued until the end of the 1990s. Also, the frequency of alcohol consumption (several times per month or week) for younger respondents has risen over the past three years after a long period of decrease that lasted until 1997.

### *Tobacco*

Since 1980, a considerable decrease in prevalence rates for smokers can be observed. The rates for daily smoking as well as for heavy smoking (at least 20 cigarettes per day) have also decreased steadily since 1980. However, gender differences can be observed: since 1995 prevalence rates for female smokers have risen again, while prevalence rates of male smokers continue to decrease.

## 1 Einleitung

Die Bundesstudie »Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen« wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit seit 1980 in unregelmäßigen Abständen von zwei bis fünf Jahren durchgeführt. Die Erhebung von 2000 ist nach 1997 und 1995 die dritte Befragung in Folge, die ausschließlich die Erfassung des Gebrauchs psychotroper Substanzen bei Erwachsenen (18 bis 59 Jahre) verfolgt. Mit dieser Untersuchung stehen zum einen aktuelle Daten zur Beurteilung des Status quo zur Verfügung, zum anderen stellt sie in der Folge der Querschnittsuntersuchungen seit 1980 (1980, 1986, 1990, 1992, 1995 und 1997) einen weiteren Zeitpunkt dar, der Trendbeobachtungen über einen längeren Zeitraum für gemeinsam erfasste Altersgruppen ermöglicht.

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

Nach Überarbeitung der Konzeptionen der Bundesstudie und der Jugendstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfasst erstere seit 1994 die Erwachsenenbevölkerung in einem gegenüber früher erweiterten Spektrum von 18 bis 59 Jahren und letztere Jugendliche und junge Erwachsene der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre. Thematisch wurden die beiden Studien stärker getrennt, sodass sich die Bundesstudie in erster Linie auf Prävalenzschätzungen des Konsums und im verstärkten Maße auf Folgen des Substanzmissbrauchs (substanzinduzierte Störungen) konzentriert, während die Studie der BZgA unter dem Stichwort »Drogenaffinität« wie bisher nach präventiven Gesichtspunkten Entwicklungen des Drogenkonsums und Einstiegsprozesse untersucht.

Die Bundesstudie wurde seit 1990 grundlegend überarbeitet. So wurde z. B. bei der Erhebung des Alkoholkonsums der heute international übliche Frequenz-Menge-Index eingeführt, der aus Trinkhäufigkeit pro Monat und durchschnittlicher Menge des jeweiligen Getränks pro Trinkgelegenheit berechnet wird (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998). Neben verschiedenen diagnostischen Screening-Verfahren zur Erfassung der Konsumfolgen wird seit 1997 das internationale Diagnostikinstrument für die Klassifikation von psychischen Störungen (DSM-IV) zur Erfassung von Missbrauch und Abhängigkeit (Saß et al., 1998) in einem selbst auszufüllenden Fragebogen eingesetzt.

Der vorliegende Bericht zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 gibt nach einem Überblick über die Studien seit 1980 in Kapitel 2 eine Darstellung von Instrument und Erhebungsmethode in Kapitel 3. Im Anschluss daran folgen aktuelle Ergebnisse zum Konsum von illegalen Drogen (Kapitel 4), Alkohol (Kapitel 5), Medikamenten (Kapitel 6) und Tabak (Kapitel 7) aus der Erhebung 2000. Schließlich werden in Kapitel 8 Veränderungen des Konsums von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak im Vergleich zu früheren Erhebungen untersucht.

## 2 Bundesstudien 1980 bis 2000

### 2.1 Fortlaufende Studien

Die Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen wird seit 1980 bundesweit durchgeführt. 1980 und 1986 bezogen sich die Erhebungen auf die damalige Bundesrepublik Deutschland (Infratest, 1983; 1987). 1990 umfasste die Erhebung erstmalig auch die neuen Länder (Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1991). Zur Beobachtung der Entwicklung des Konsums insbesondere von illegalen Drogen in den neuen Bundesländern wurde 1992 ein Survey ausschließlich in Ostdeutschland durchgeführt (Herbst, Schumann & Wiblishauser, 1993). Parallel dazu wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 1973 im Abstand von ca. drei Jahren Konsummuster und Einstellungen zu Alkohol, Tabak und illegalen Drogen bei 12- bis 25-Jährigen erhoben (BZgA, 1994; 1998; 2001).

Mit Ausnahme der Untersuchung von 1980, die nur in sieben von elf Ländern der alten Bundesrepublik durchgeführt wurde, sind alle Untersuchungen der Bundesstudie repräsentativ für die Bundesrepublik. In allen Erhebungen wurde der Fragebogen von den Befragten selbstständig ausgefüllt, nur in Bayern kamen 1980 Interviewer zum Einsatz. In der Jugendstudie der BZgA wurden im Gegensatz zur Bundes-

studie bis 1997 Interviewer eingesetzt, in der Befragung 2000 wurden erstmalig telefonische Interviews durchgeführt. Abbildung 1 zeigt im Überblick die zeitliche Folge der Erhebungen der Bundes- und der Jugendstudie und die jeweils befragten Altersgruppen der Erhebungen seit 1973.

### 2.2 Methodische Studien

Im Zuge der Repräsentativerhebung in den neuen Bundesländern erfolgte 1992 bei 500 Personen eine mündliche Nachbefragung. Die Nachuntersuchung diente der Abschätzung der Zuverlässigkeit, der Güte sowie der Stabilität des Befragungsinstruments und fand im Rahmen eines Forschungsprojekts statt (Herbst, Schumann & Kraus, 1994). Im gleichen Rahmen folgte 1993 eine telefonische Befragung bei 800 Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren im Raum Dortmund. Gegenstand dieser Pilotstudie war die Abschätzung der Eignung des Mediums Telefon für Bevölkerungsbefragungen zum Substanzgebrauch (Schumann & Kraus, 1995).

Nach der Pilotstudie fanden jährlich zwischen 1994 und 1996 telefonische Interviews auf der Grundlage des Fragebogeninstruments der Bundesstudie statt. Der Stichprobenumfang der drei Surveys betrug jeweils 2500 Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren (Herbst et al., 1995). Die Befragung erfolgte mithilfe eines »Computer-Assisted-Telephone-Interviews« (CATI). Die telefonischen Surveys

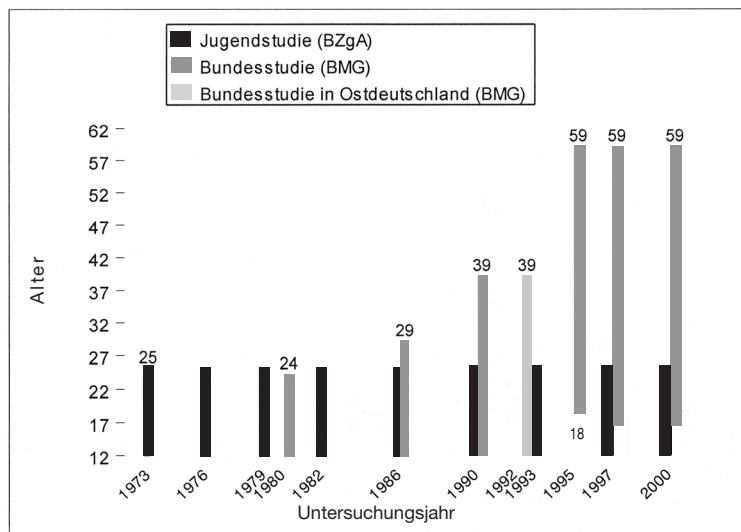


Abbildung 1:  
Übersicht über die Bundesstudien und die Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Tabelle 1: Übersicht über die Bundesstudien und die Methodenstudien: 1980–2000

Jahr	Methode	Region	Alter	Stichproben- größe	Ausschöpfung
Bundesstudie					
1980	Postalisch <sup>1</sup>	Westdeutschland	12–24	10240	67.4
1986	Postalisch <sup>2</sup>	Westdeutschland	12–29	5501	63.7
1990	Postalisch <sup>2</sup>	Westdeutschland	12–39	19208	63.8
		Ostdeutschland	12–39	2424	65.4
1992	Postalisch <sup>2</sup>	Ostdeutschland	12–39	4455	54.3
1995	Schriftlich <sup>3</sup>	Gesamtdeutschland	18–59	7833	65.0
1997	Schriftlich <sup>3</sup>	Gesamtdeutschland	18–59	8020	64.9
2000	Postalisch <sup>2</sup>	Gesamtdeutschland	18–59	8139	45.5
Methodische Studien					
1992/93	Interview	Ostdeutschland	12–39	500	—
1993	Telefon	Dortmund	18–59	800	—
1994	Telefon	Gesamtdeutschland	18–59	2500	75.7
1995	Telefon	Gesamtdeutschland	18–59	2501	72.6
1996	Telefon	Gesamtdeutschland	18–59	2500	68.6

1 Einwohnermelderegister; alte Bundesländer ohne Berlin (West), Bremen, Baden-Württemberg und Hessen

2 Einwohnermelderegister

3 Random-Route; ADM Design

dienten in erster Linie der Abschätzung möglicher Verzerrungen der Ergebnisse zu Prävalenzschätzungen des Konsums verschiedener Substanzen im Vergleich zu den Ergebnissen der in etwa zeitgleich durchgeführten schriftlichen Erhebung der Bundesstudie von 1995. Mit diesen Vergleichen sollte untersucht werden, ob die schriftlichen Erhebungen durch kostengünstigere Telefonbefragungen ergänzt werden können, und inwieweit sich die Ergebnisse unter Verwendung verschiedener Methoden unterscheiden (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998; Kraus &

Augustin, 2001). Während die Schätzungen für verschiedene Parameter des Alkohol- und Drogenkonsums im schriftlichen Erhebungsverfahren im Vergleich zu den Werten aus telefonischen Interviews höher ausfallen, zeigen sich bezüglich des Tabakkonsums keine gravierenden Unterschiede in den Schätzverfahren zwischen den beiden Surveymethoden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Bundesstudien sowie die Methodenstudien nach Jahr, Methode, Region, befragter Altersgruppe, Stichprobengröße und Responserate seit 1980.

### 3 Methode

#### 3.1 Stichprobe

Die Grundgesamtheit dieser Studie sind alle in Privathaushalten lebenden Personen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren. Sie umfasst ca. 47,9 Mio. Personen (Stand 31.12.1998, Statistisches Bundesamt).

Die Respondenten wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. Um eine größtmögliche geographische und siedlungsstrukturelle Proportionalität zur Grundgesamtheit zu gewährleisten, wurden Schichtungszellen aus der Kombination von Kreisen, Regierungsbezirken und Bundesländern mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen, einer Einteilung der Gemeinden und Stadtteile nach Einwohnerzahl und Kernstadt bzw. Randregion (Behrens, 1994), gebildet. In einer ersten Stufe wurden 153 Sample Points, d. h. Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten, innerhalb dieser Schichtungszellen zufalls-gesteuert ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt direkt aus den Einwohnermelderegistern. Dabei wurden die Personenadressen in diesen Gemeinden in einer systematischen Zufallsauswahl (Intervallziehung) gezogen. Ausgehend von einer zufälligen Startadresse wurden über eine feste Schrittweite die Adressen aus dem

Gesamtbestand der Personen mit Hauptwohnsitz in der jeweiligen Gemeinde ausgewählt.

Mit den Feldarbeiten wurde nach einer Ausschreibung die Firma INFAS beauftragt. Die Datenerhebung begann im Mai 2000 und wurde im Oktober 2000 abgeschlossen. Die Fragebogen wurden postalisch versandt und von den angeschriebenen Personen schriftlich beantwortet. Telefonische Nachfragen bei Unklarheiten und Inkonsistenzen sowie die Aufbereitung der Daten erfolgten parallel nach Rücklauf der Fragebogen. Auswertbare Daten liegen von 8139 Personen vor (Westdeutschland: 6632; Ostdeutschland: 1430; bei 77 Personen ist die Region unbekannt).

#### 3.2 Gewichtung

Die Stichprobe wurde so gewichtet, dass die gemeinsame Verteilung von Alter und Geschlecht sowohl in West- als auch in Ostdeutschland mit der demographischen Struktur der Grundgesamtheit übereinstimmt. Auf die sonst übliche zusätzliche Gewichtung nach Bundesland und BIK-Gemeindegrößenklasse, einer Klassifikation nach Einwohnerzahl und Kernstädten bzw. Randregionen, wurde verzichtet, da die Stichprobenverteilungen dieser Variablen nur geringfügig von der Verteilung in der Grundgesamtheit abweichen. In Tabelle 2 werden die gewichtete und die ungewichtete Stichprobenverteilung von Alter und Geschlecht in Ost- und Westdeutschland

Tabelle 2: Verteilungen von gewichteter und ungewichteter Stichprobe und Grundgesamtheit (Angaben in %)

Männer	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	Ungewichtet	Gewichtet	Bevölkerung	Ungewichtet	Gewichtet	Bevölkerung
18–59 Jahre	45,63	50,84	50,85	42,73	51,65	51,65
18–24 Jahre	4,76	6,49	6,51	6,64	7,65	7,71
25–29 Jahre	4,01	6,08	6,07	3,29	5,63	5,64
30–39 Jahre	12,59	15,34	15,34	9,65	14,61	14,58
40–49 Jahre	11,22	12,15	12,14	12,73	13,23	13,20
50–59 Jahre	13,04	10,77	10,78	10,42	10,52	10,52
<b>Frauen</b>						
18–59 Jahre	54,37	49,16	49,15	57,27	48,35	48,35
18–24 Jahre	6,41	6,35	6,36	8,88	6,75	6,78
25–29 Jahre	5,61	5,85	5,85	5,17	4,84	4,85
30–39 Jahre	16,36	14,48	14,47	13,85	13,44	13,42
40–49 Jahre	13,65	11,84	11,84	13,71	12,54	12,53
50–59 Jahre	12,35	10,64	10,63	15,66	10,79	10,77

der Verteilung der Grundgesamtheit am 31.12.1998 (Statistisches Bundesamt) gegenübergestellt.

Beim Vergleich der ungewichteten Stichprobe mit der Grundgesamtheit zeigt sich, dass in beiden Regionen Männer unter- und Frauen überrepräsentiert sind. Deutlich unterrepräsentiert sind insbesondere die 30-39-jährigen Männer. Ein gegenüber der Grundgesamtheit höherer Anteil findet sich in den alten Bundesländern bei den 50- bis 59-jährigen Männern und in den drei höchsten Altersgruppen bei den Frauen, in den neuen Bundesländern nur bei den Frauen, wobei hier die 50- bis 59-jährigen Frauen überrepräsentiert sind. Nach der Gewichtung sind die Verteilungen der Stichprobe und der Grundgesamtheit nahezu identisch. Wegen fehlender Regionszuordnung bei 0,4% der Stichprobe stimmen die beiden Verteilungen nicht völlig überein.

Die Ausschöpfungsquote beträgt 45,5% und liegt unter den Ausschöpfungsquoten früherer Bundesstudien (Tabelle 1), kann jedoch gemessen an den aktuellen Ausschöpfungsquoten von Erhebungen mit persönlichen Interviews als gut bewertet werden. Die Ausschöpfungsquote errechnet sich als Anteil der ausgefüllten Fragebögen an der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe. Da bei der Definition der qualitätsneutralen Ausfälle bei Random-Route-Erhebungen erheblicher Ermessensspielraum auf Seiten der Interviewer besteht (Schnell, 1997), ist anzunehmen, dass bei diesem Sample Design die Ausschöpfungsquoten eher überschätzt werden und mit Ausschöpfungsquoten von Einwohnermeldeamts-Stichproben nicht verglichen werden können. Darüber hinaus ist die Ausschöpfungsquote allein kein gutes Kriterium zur Beurteilung der Güte einer Stichprobe. Problematisch wäre es, wenn bestimmte Gruppen deutlich unterrepräsentiert wären, bei der Bundesstudie 2000 weichen jedoch die Stichprobenverteilungen der Variablen Bundesland, BIK-Größenklasse, Alter und Geschlecht nur unwesentlich von den entsprechenden Verteilungen der Grundgesamtheit ab.

### 3.3 Instrumente

Der Fragebogen ist eine vollständig überarbeitete und aktualisierte Version des 1997 in der Bundesstudie (Kraus & Bauernfeind, 1998a) verwendeten Instruments. Er ist nach den vier Themenbereichen illegale Drogen, Alkohol, Medikamente und Tabak gegliedert. Einleitend waren Fragen zur Soziodemographie, zum Freizeitverhalten und zur allgemeinen Gesundheit zu beantworten. Den Abschluss bildeten Fragen

zur Bestimmung pathologischen Spielverhaltens sowie zu ökonomischen Verhältnissen. Alles in allem umfasst das Erhebungsinstrument ca. 120 Fragen.

Der erste große Themenkomplex Drogen enthielt Fragen zur Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie zur Einnahmefrequenz und zum Einstiegsalter verschiedener illegaler Substanzen. Neben der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft lag der Schwerpunkt auf den DSM-IV-Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit.

Der zweite Themenbereich Alkohol erfasste Mengen und Häufigkeiten des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke. Neben unterschiedlichen Trinksituationen wurden Einstellungen zum Alkoholkonsum abgefragt. Auch hier wurden die DSM-IV-Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit erfasst.

Der dritte Themenkomplex behandelte die Einnahme von Medikamenten, geordnet nach den Substanzgruppen Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva und Neuroleptika. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen der Medikamenteneinnahme wurden erhoben sowie die Häufigkeit der Einnahme in den letzten 30 Tagen. Des Weiteren wurden die Kriterien zur Abhängigkeit nach DSM-IV abgefragt und anhand eines Kurzfragebogens (Watzl et al., 1991) bestimmte problematische Aussagen zum Medikamentengebrauch erfasst.

Der vierte Themenbereich Nikotin erfasste die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Rauchens sowie die Konsummenge der 30-Tage-Prävalenzen. Neben den DSM-IV Kriterien der Nikotinabhängigkeit wurde der Fagerström-Test (Heather et al., 1991) zur Bestimmung der Stärke der Nikotinabhängigkeit eingesetzt. Eine Einschätzung der Veränderungsmotivation wurde nach Prochaska und DiClemente (1992) vorgenommen, einschließlich der Aufhörversuche und der dabei verwendeten Hilfsmittel. Eine weitere Sektion beschäftigte sich mit dem Passivrauchen.

#### *Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV*

Die größte Veränderung der aktuellen Fragebogenversion besteht in der durchgängigen Bestimmung der DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit für alle Sektionen sowie für Missbrauch für die Sektionen Alkohol und illegale Drogen. Es ist deshalb möglich, klinische Diagnosen zu vergeben, die zwar nicht die Validität und Reliabilität einer fundierten psychiatrischen Befunderstellung haben, die aber dennoch über Gefährdungsaussagen beruhend auf Mengenangaben

(z. B. im Alkoholbereich) deutlich hinausgehen. Auf eine Operationalisierung des Missbrauchs bei Medikamenten wurde wegen der nicht gesicherten Reliabilität dieser Diagnose (Pfeiffer & Simon, 2000) verzichtet. Beim Nikotinkonsum existiert keine Missbrauchsdefinition.

Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz liegt nach DSM-IV dann vor, wenn mindestens drei der in Tabelle 3 aufgeführten sieben Kriterien zu irgendeinem Zeitpunkt in demselben 12-Monats-Zeitraum aufgetreten sind. Bei Substanzmissbrauch muss mindestens eines der vier genannten Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein, ohne dass jemals Abhängigkeit von der jeweiligen Substanzklasse vorliegt (Saß et al., 1998). Die Itemformulierung für die Erfassung dieser Symptome erfolgte in Anlehnung an die erweiterte Version des Münchener Diagnostic Interview Schedule (M-CIDI; Wittchen et al., 1995). Alle Items entsprechen inhaltlich den DSM-IV Kriterien.

Um die Filterführung durch retrospektive Zeitangaben nicht weiter zu komplizieren, wurde die Abfrage des zeitlichen Auftretens der Störungen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Erhebung beschränkt. Dies geschah zum einen aus pragmatischen Gründen und zum anderen aus dem Mangel an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zur Validität und Reliabilität retrospektiver Zeitangaben für zum Teil weit zurückliegende Ereignisse (vgl. Kandel & Yamaguchi, 1985; Engels, Knibbe & Drop, 1997).

### *Frequenz-Menge-Index zum Alkoholkonsum*

Zur Erfassung des Gebrauchs alkoholischer Getränke wird ein Frequenz-Menge-Index verwendet, der für den Zeitraum über die letzten 30 Tage aus acht Fragen und über den Zeitraum der letzten 12 Monate aus elf Fragen besteht. Zunächst wird gefragt, wie häufig, d. h. an wie vielen der letzten 30 Tage jemand ein bestimmtes Getränk (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) genommen hat. Anschließend soll die an einem Trinktag durchschnittlich konsumierte Menge pro Getränk angegeben werden. Daraus lässt sich für die letzten 30 Tage die Gesamtmenge an reinem Alkohol in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Personen, die zwar nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert haben, werden ebenfalls mit einem Frequenz-Menge-Index erfasst. Für einen Liter Bier, Wein/Sekt und Spirituosen werden jeweils 4,8 Vol.-%, 11,0 Vol.-% und 33,0 Vol.-% angesetzt (Bühringer et al., 2000), was einer Alkoholmenge von 38,1 g, 87,3 g und 262,0 g Reinalkohol pro Liter entspricht. Die Konsumentengruppen wurden über die Menge des täglich konsumierten Alkohols definiert. Entsprechend der Klassifikation von Bühringer et al. (2000) wurde Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten eingeteilt in Abstinenz, risikoarmer Konsum (Männer: >0–30 g, Frauen: >0–20 g), riskanter Konsum (Männer: >30–60 g, Frauen: >20–40 g), gefährlicher Konsum (Männer: >60–120 g, Frauen: >40–80 g) sowie Hochkonsum (Männer: >120 g, Frauen: >80 g).

*Tabelle 3: Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen*

DSM-IV Missbrauch	DSM-IV Abhängigkeit
(1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule wegen Substanzgebrauch	(1) Toleranzentwicklung
(2) Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen	(2) Entzugssymptome oder Substanzgebrauch zur Abschwächung oder Vermeidung der Symptome
(3) Probleme mit dem Gesetz wegen Substanzgebrauch	(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt
(4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Substanzgebrauch	(4) Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, Substanzgebrauch zu kontrollieren
	(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung
	(6) Aufgabe/Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
	(7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

### *Frequenz-Menge-Index zum Zigarettenkonsum*

Analog zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde auch der Zigarettenkonsum mit einem Frequenz-Menge-Index erhoben. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag berechnet sich dabei aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten. Die Mengen aufgenommenen Kondensats und Nikotins können nicht spezifisch berechnet werden, da sie nicht nur vom Nikotin- und Kondensatgehalt der Zigaretten, sondern auch von individuellen Rauchgewohnheiten (Zugvolumen und -frequenz) abhängen (Junge, 1997).

### *Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)*

Der KFM (Watzl et al., 1991) besteht aus insgesamt 12 Items, die sich sowohl auf das Verhalten als auch auf das Erleben im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten beziehen. Als Screening-Verfahren dient der Test dabei lediglich einer Vororientierung in Bezug auf eine mögliche Abhängigkeit bzw. einen Missbrauch, um auch geringergradige Auffälligkeiten zu entdecken und frühzeitig Interventionen einleiten zu können. Personen, die zwar nicht die Kriterien nach DSM-IV erfüllen, dennoch aber bestimmte abhängige Muster zeigen (d. h. vier oder mehr positive Antworten erzielen), werden so rechtzeitig erkannt. Die im vorliegenden Fragebogen verwendete Fassung mit elf Items ist eine geringfügige Modifikation der ursprünglichen Version, die aus verschiedenen Items v. a. zur Erfassung der Alkoholabhängigkeit mit dem Ziel abgeleitet wurde, möglichst gut zwischen ausschließlich Alkoholabhängigen und Patienten mit zusätzlichem Medikamentenmissbrauch zu trennen.

### *Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND)*

Entscheidend für die Therapie der Nikotinabhängigkeit ist es, je nach Grad der Abhängigkeit spezifische Entwöhnungsprogramme anbieten zu können. Um den Grad der individuellen Nikotinabhängigkeit quantifizieren zu können, wurde mit dem Fagerström Test zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit (FTND; Heatherton et al., 1991) eine Revision des Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) von Fagerström (1978) in den Fragebogen aufgenommen. Kernstück des FTND sind zwei Items, die die Anzahl der kon-

sumierten Zigaretten pro Tag und die Zeitspanne bis zum Konsum der ersten Zigarette am Morgen erheben. Diese Items weisen den größten inhaltlichen und empirischen Bezug zur Stärke der physischen Abhängigkeit auf, die ursprünglich mit dem FTQ gemessen werden sollte. Auch die weiteren vier Items des FTND befassen sich indirekt mit der Vermeidung von Entzugserscheinungen (z. B. »Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?«). Insgesamt zeigt sich, dass die physische Abhängigkeit umso höher ist (Rustin, 2000) und es umso schwieriger wird, das Rauchen aufzugeben (Breslau & Johnson, 2000; Oxley, 1997), je höher der erreichte Summenscore im FTND liegt.

### *Änderungsbereitschaft (Stages of Change)*

Das Stages-of-Change-Modell von Prochaska und DiClemente (1992) beschreibt die Verhaltensmodifikation bei Abhängigkeit in fünf Stufen. Der ersten Stufe, der Absichtslosigkeit (precontemplation), werden Personen zugerechnet, die keine Änderung ihres Suchtverhaltens planen. Die Stufe der Absichtsbildung (contemplation) beschreibt die erstmalige Auseinandersetzung mit negativen Konsequenzen der Sucht. Für die nähere Zukunft (d. h. etwa sechs Monate) wird eine Veränderungsabsicht geäußert. Auf der nächsten Stufe, der Vorbereitung (preparation), finden sich parallel konkrete Handlungsintentionen in einem Zeitraum von etwa 30 Tagen und erste Schritte in Richtung Verhaltensänderung (z. B. Dosisreduktion). Es schließt sich die Stufe der Handlung (action) mit tatsächlichen Veränderungen (Abstinenz) an. In der Stufe der Aufrechterhaltung (maintenance) geht es schließlich um Rückfallprävention und Stabilisierung des neu erworbenen Verhaltens. Um der im Suchtbereich beobachteten hohen Rückfallquote Rechnung zu tragen, postulieren Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) die Möglichkeit des mehrmaligen Durchlaufens der fünf Stufen, bevor ein stabiles Zielverhalten erreicht wird. Aus den Charakteristika dieser Stufen können therapeutische Interventionen abgeleitet werden, die auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten in der jeweiligen Phase zugeschnitten sind. Darüber hinaus möchte man die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensänderungen prognostizieren und den Entwicklungsfortschritt im Sinne eines Übergangs in die nächsthöhere Stufe quantifizieren. Das Modell der Änderungsbereitschaft wurde im vorliegenden Fragebogen im Tabakbereich eingesetzt. Dabei kam ein von Etter und Perneger (1999) überarbeiteter Fragebogen zur Anwendung.

### 3.4 Auswertung

Bei selbst auszufüllenden Fragebögen sind fehlende Angaben zu einzelnen Fragen (item nonresponse) sowie inkonsistente Antworten unvermeidbar. Bei Unklarheiten fragten Mitarbeiter des Feldinstituts telefonisch nach, sofern die Telefonnummer des betreffenden Respondenten ermittelt werden konnte. Bei den noch verbleibenden Unklarheiten wurde – so weit es ging – aus den restlichen Angaben des betreffenden Respondenten auf die richtige Antwort geschlossen. So wurde z. B. jemand mit fehlenden Angaben bei der Frage nach dem Zeitpunkt des letzten Alkoholkonsums in die Kategorie »letzte 30 Tage« eingeordnet, falls er die Fragen zur Frequenz des Bier-, Wein- und Spirituosenkonsums in den letzten 30 Tagen ausgefüllt hatte.

Prinzipiell gibt es bei der Datenanalyse drei Möglichkeiten der Behandlung fehlender Angaben: (1) Auswertung nur der Personen, die alle Fragen vollständig beantwortet haben; (2) Auswertung der Personen, die die jeweilige Frage beantwortet haben; (3) Ersetzen der fehlenden Angaben durch Schätzwerte (Little, 1992). Bei der Auswertung der Bundesstudie 2000 wurde außer bei der Prävalenz des Drogenkonsums die zweite Methode verwendet: Personen mit fehlenden oder inkonsistenten Angaben bei der auszuwertenden Frage wurden nicht berücksichtigt. Bei der Prävalenz des Drogenkonsums kam die dritte Methode zur Anwendung. Dabei wurden die Schätzwerte für die fehlenden Angaben allerdings nicht durch ein statistisches Modell ermittelt, sondern angenommen, dass Personen, die Fragen zu illegalen

Drogen nicht beantworten, über keine Erfahrung mit diesen Substanzen verfügen und sich daher nicht angesprochen fühlten. Unterstützt wird diese Hypothese dadurch, dass in früheren Erhebungen Personen mit vergleichsweise geringem Alkoholkonsum Fragen zu Folgen des Alkoholkonsums unbeantwortet ließen (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998; Herbst, Schumann & Kraus, 1994), und durch die demographische Struktur der »Verweigerer«: Vergleichsweise hohe Anteile fehlender Angaben finden sich im Drogenbereich bei den über 50-Jährigen, mit der höchsten Prävalenz bei den über 50-jährigen ost-deutschen Frauen, d. h. bei dem Personenkreis mit der geringsten Drogenerfahrung. Auch in anderen Ländern wurde beobachtet, dass gerade ältere Respondenten die Fragen zu illegalen Drogen unbeantwortet ließen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1999). Der Unterschied zwischen den beiden Berechnungsweisen ist im Drogenbereich vergleichsweise gering. So erhält man bei Berücksichtigung aller Fälle beispielsweise für Cannabis im Westen einen Lebenszeit-Prävalenzwert von 21,4% und im Osten von 10,8%. Beschränkt man sich auf die gültigen Angaben (valid cases), so ergeben sich im Westen 21,5%, im Osten 10,6%.

In den Tabellen bezeichnen ganzzahlige Werte ungewichtete Fallzahlen und Zahlen mit Dezimal-komma gewichtete Prozentwerte. Wurden die Ergebnisse verschiedener Fragen mit unterschiedlicher Anzahl fehlender oder inkonsistenter Angaben in einer Tabelle zusammengefasst, so wurde aus Platzgründen auf die Angabe der ungewichteten Fallzahlen der einzelnen Fragen verzichtet.

## 4 Illegale Drogen

Im Drogenbereich wurde wie schon bei den beiden letzten Befragungen in den Jahren 1995 und 1997 der Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, und anderen Opiaten wie Codein, Opium, Morphin und Methadon sowie Kokain und Crack erhoben. Als weitere Substanz wurden Pilze, und zwar sowohl Fliegenpilze als auch psilocibinhaltige Pilze, aufgenommen. Khat, das ebenso wie die psilocibinhaltigen Pilze seit dem 1.2.1998 unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, wurde wegen seiner noch geringen Bedeutung nicht berücksichtigt. Das Bundeskriminalamt (BKA) verzeichnete im Jahr 1999 lediglich 98 Sicherstellungsfälle von Khat (Bundeskriminalamt, 2000). Darüber hinaus wurde wie in den früheren Bundesstudien nach dem Schnüffeln an Klebstoffen, Lösungsmitteln und Treibgasen gefragt.

Neben den Prävalenzwerten der einzelnen Substanzen wird der Umfang des Konsums illegaler Drogen gesamt sowie illegaler Drogen ohne Cannabis berichtet. In der Kategorie illegale Drogen wurden Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain und Crack zusammengefasst. Schnüffelstoffe wurden weggelassen, da es sich bei ihnen nicht um illegale Drogen handelt. Um die Vergleichbarkeit mit den Erhebungen von 1995 und 1997 zu gewährleisten, wurden auch Pilze nicht berücksichtigt.

Die Auswertung der Angaben zu illegalen Drogen wurde nach wie vor getrennt nach Ost- und Westdeutschland vorgenommen. Damit wird der unterschiedlichen historischen Situation in den alten und neuen Bundesländern Rechnung getragen: Während in Westdeutschland seit etwa Ende der 60er Jahre illegale Drogen langsam an Bedeutung zunahmen, waren illegale Drogen in Ostdeutschland vor der Grenzöffnung kaum erhältlich. Dies schlug sich in den Erhebungen der 90er Jahre in deutlich niedrigeren Prävalenzzahlen in den neuen Bundesländern nieder.

In den Abbildungen 2 bis 11 sind neben den Lebenszeitprävalenzen jeweils die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenzen abgebildet. Die Grafiken sind in zweierlei Hinsicht zu interpretieren: Die Höhe der unterschiedlich dunklen, sich überlagernden Balken zeigt die jeweiligen Prävalenzwerte an. Der helle Balken entspricht der Lebenszeitprävalenz, der etwas dunklere Balken der 12-Monats-Prävalenz und der schwarze Balken der 30-Tage-Prävalenz. Die unterschiedlich dunklen Flächen können aber auch als Anteile eines einzigen Balkens betrachtet werden. Dann entspricht die obere helle Fläche dem Prozent-

satz der Bevölkerung mit Konsumerfahrung, aber ohne Konsum in den letzten 12 Monaten. Entsprechend gibt die etwas dunkler schraffierte Fläche den Anteil von Personen wider, die zwar in den letzten 12 Monaten, nicht aber in den letzten 30 Tagen die entsprechende Droge konsumiert haben.

Als Indikator der Verfügbarkeit illegaler Drogen gilt die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der eine bestimmte Substanz innerhalb von 24 Stunden beschafft werden kann. Die Attraktivität verschiedener Substanzen wurde mit der Bereitschaft, eine bestimmte Substanz probieren zu wollen, erfasst. Schließlich werden die substanzbezogenen Störungen Missbrauch und Abhängigkeit mit den diagnostischen Kriterien des DSM-IV ermittelt.

### 4.1 Lebenszeitprävalenz

Von den befragten 18- bis 59-jährigen Westdeutschen haben 21,8% zumindest einmal im Leben eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack) genommen. Bei den Männern ist der Anteil mit 25,4% deutlich höher als bei den Frauen (18,1%) (Tabelle 5, Abbildung 2). Bezogen auf die westdeutsche Wohnbevölkerung (WB) zwischen 18 und 59 Jahren haben ca. 8,5 Mio. Personen (5,0 Mio. Männer und 3,5 Mio. Frauen) Erfahrung mit illegalen Drogen. Mit 11% berichteten weniger Ostdeutsche als Westdeutsche von Erfahrung mit illegalen Drogen. Ebenso wie in Westdeutschland haben mehr Männer (14,6%) als Frauen (7,1%) in Ostdeutschland Erfahrung mit illegalen Drogen (Tabelle 6, Abbildung 2). Bezogen auf die ostdeutsche Wohnbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren sind dies ca. 1,0 Mio. Personen (700.000 Männer, 300.000 Frauen). Auffällig sind die Steigerungsraten seit der letzten Erhebung im Jahr 1997. Im Westen stieg der Anteil der Drogenerfahrenen etwa um das 1,5fache von 14,2% auf 21,8%, im Osten hat sich der entsprechende Anteil von 4,8% im Jahr 1997 auf 11,0% im Jahr 2000 mehr als verdoppelt. Dieser enorme Zuwachs ist in erster Linie auf vermehrten Cannabiskonsum zurückzuführen.

In beiden Landesteilen und bei beiden Geschlechtern haben fast alle Drogenerfahrenen mindestens einmal Cannabis konsumiert. Im Vergleich zu Cannabis spielen Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain sowie Crack eine untergeordnete Rolle. Im Osten hat etwa jeder dritte Drogenerfahrene mindestens eine dieser Substanzen schon einmal eingenommen, im Westen etwa jeder vierte Drogenerfahrene.

Die höchste Prävalenz findet sich in Westdeutsch-

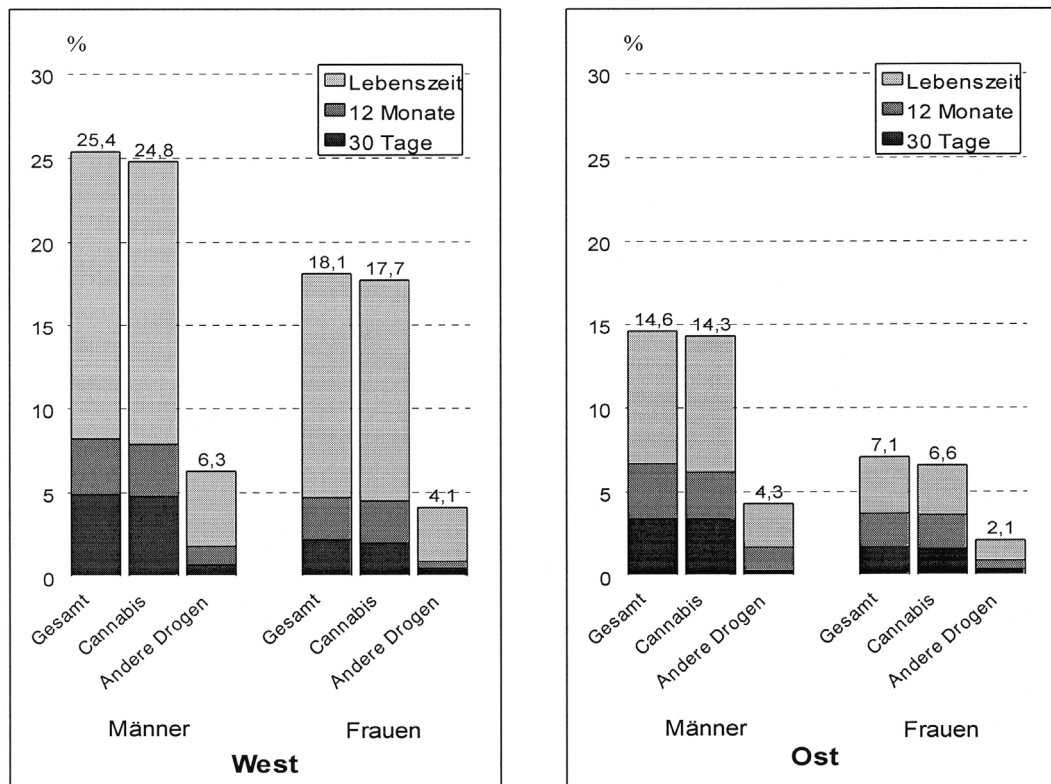


Abbildung 2: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz 18- bis 59-Jähriger für illegale Drogen insgesamt, Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (andere Drogen)

land bei den 18- bis 59-Jährigen mit 21,4% bei Cannabis, gefolgt von Amphetaminen und Kokain (2,4%), LSD (2,0%) und Ecstasy (1,5%). Die Werte für Opiate (Heroin, Methadon und andere Opiate wie Codein, Opium und Morphin) und Crack liegen unter 1% (Tabelle 5 und Abbildung 3). Die Lebenszeitprävalenzen sind in Ostdeutschland niedriger. Hier folgen nach Cannabis (10,8%) Ecstasy (2,0%), Amphetamine (1,7%), Kokain (1,6%) und LSD (1,1%). Wie im Westen überschreiten auch im Osten die Werte für Opiate und Crack nicht die 1%-Marke (Tabelle 6 und Abbildung 4).

Die Prävalenzwerte für halluzinogen wirkende Pilze bewegen sich mit 2,0% im Westen und 1,2% im Osten in etwa auf dem Niveau von LSD. Erfahrung mit Schnüffelfstoffen ist dagegen vergleichsweise selten: Nur 0,8% der 18- bis 59-jährigen Westdeutschen sowie 0,6% der gleichaltrigen Ostdeutschen gaben an, Klebstoffe, Lösungsmittel oder Treibgase als Rauschmittel verwendet zu haben.

#### 4.2 12-Monats-Prävalenz

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 6,5% der Westdeutschen und 5,2% der Ostdeutschen illegale Drogen konsumiert. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung ergeben sich in Westdeutschland 2,5 Mio. und in Ostdeutschland 500.000 aktuelle Konsumenten. In beiden Landesteilen ist die Prävalenz bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Die dominierende Droge war mit 6,2% im Westen und 4,9% im Osten Cannabis. Jeweils 1,3% der Befragten in Ost- und Westdeutschland hatten in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack) genommen. Damit hat der Osten Deutschlands zehn Jahre nach der Wiedervereinigung das Prävalenzniveau Westdeutschlands erreicht. In beiden Landesteilen wurden aufputschende Substanzen wie Amphetamine, Ecstasy oder Kokain von deutlich mehr Personen konsumiert als

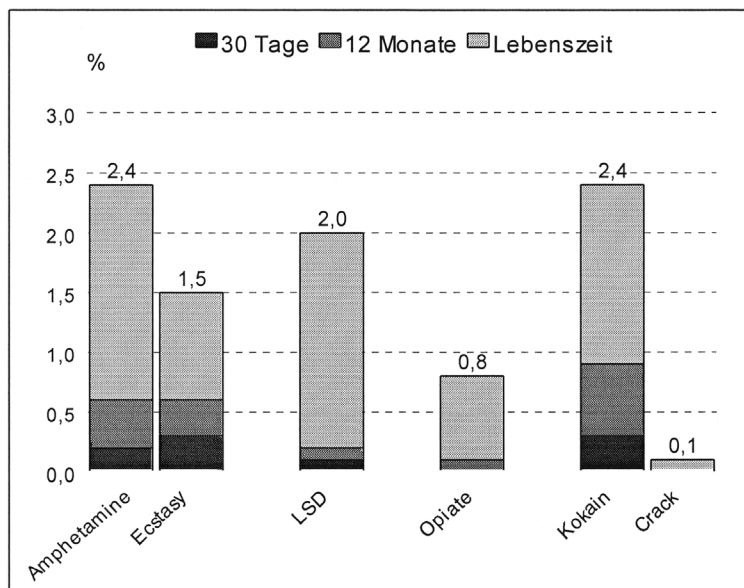


Abbildung 3:  
Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz 18- bis 59-Jähriger von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain und Crack in Westdeutschland

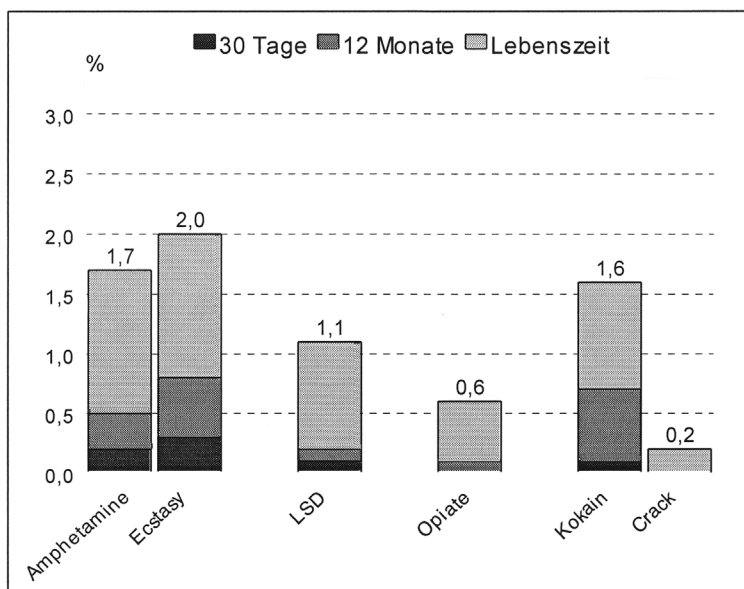


Abbildung 4:  
Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz 18- bis 59-Jähriger von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain und Crack in Ostdeutschland

LSD, Opiate oder Crack (Tabellen 5 und 6, Abbildungen 3 und 4). Mit 0,5% in Ost- und Westdeutschland bewegt sich der Prävalenzwert der Pilze in etwa auf dem Niveau der Amphetamine. Schnüffelstoffe spielen dagegen eine untergeordnete Rolle.

### 4.3 30-Tage-Prävalenz

Jeweils etwa die Hälfte der Konsumenten in West- und Ostdeutschland mit Drogengebrauch in den letzten 12 Monaten gab auch in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Drogengebrauch an. Auch in dieser Personengruppe wurde in erster Linie Cannabis kon-

sumiert, aufputschende Substanzen wie z. B. Ecstasy wurden Opiaten vorgezogen, wobei die Ecstasy-Prävalenzwerte deutlich unter denen von Cannabis liegen.

#### 4.4 Prävalenz nach Alter und Geschlecht

Bis auf zwei Ausnahmen – die 30-Tage-Prävalenz für Ecstasy und für illegale Drogen ohne Cannabis in Ostdeutschland – sind alle Prävalenzwerte der Männer mindestens so hoch wie die der Frauen. Dabei betragen die Prävalenzwerte der Männer für Cannabis, illegale Drogen insgesamt sowie andere Drogen als Cannabis in beiden Landesteilen das 1,4- bis 2,4fache der entsprechenden Werte der Frauen (Tabellen 5 und 6).

Den größten Anteil Drogenerfahrener weisen in Westdeutschland mit 38% die jungen Erwachsenen unter 24 Jahre auf. Je älter die Respondenten zum Zeitpunkt der Erhebung waren, umso geringer ist die Drogenerfahrung. Jeder dritte 25- bis 29-Jährige,

jeder vierte 30- bis 39-Jährige, jeder sechste 40- bis 49-Jährige, aber nur jeder vierzehnte 50- bis 59-Jährige in Westdeutschland hat irgendwann illegale Drogen genommen. Um die 30% der 18- bis 29-jährigen Ostdeutschen verfügen über Erfahrung mit illegalen Drogen, also etwas weniger als die gleichaltrigen Westdeutschen. Beschränkt man sich allerdings auf die illegalen Drogen ohne Cannabis, so ist der Ost-West-Unterschied bei der Lebenszeitprävalenz nur noch marginal. Die höhere Prävalenz im Westen bei den 21- bis 24-Jährigen wird durch die höhere Prävalenz bei den 25- bis 29-Jährigen im Osten ausgeglichen (Tabellen 5 und 6).

Aktuelle Drogenkonsumenten, d. h. 12-Monats-Prävalente, finden sich überwiegend unter den 18- bis 29-Jährigen. Dabei dominiert in beiden Landesteilen und in allen Altersgruppen eindeutig Cannabis. Bei den anderen illegalen Drogen ist eine Präferenz für stimulierende Substanzen (Amphetamine, Ecstasy, Kokain) gegenüber Opiaten festzustellen. In den jün-

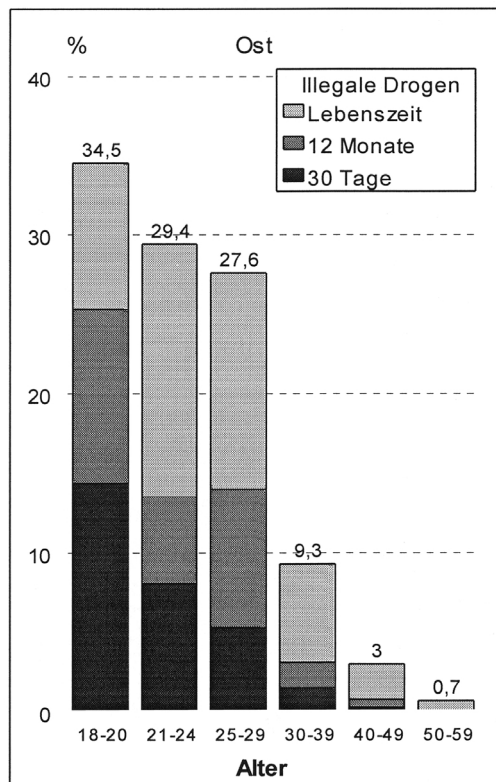
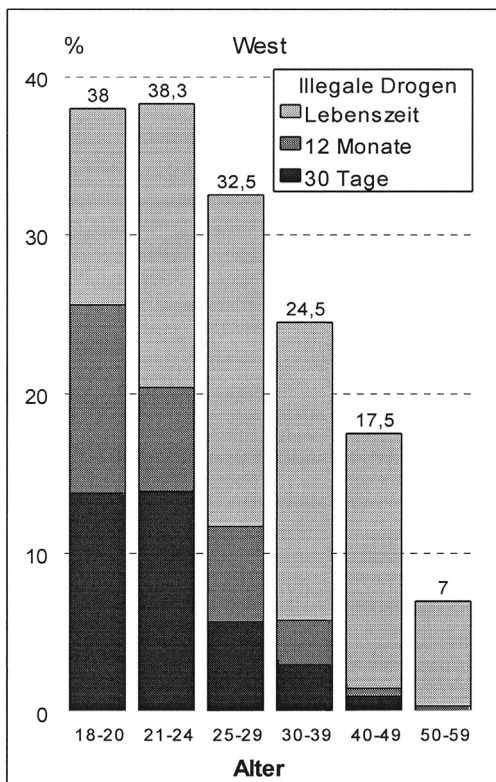


Abbildung 5: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

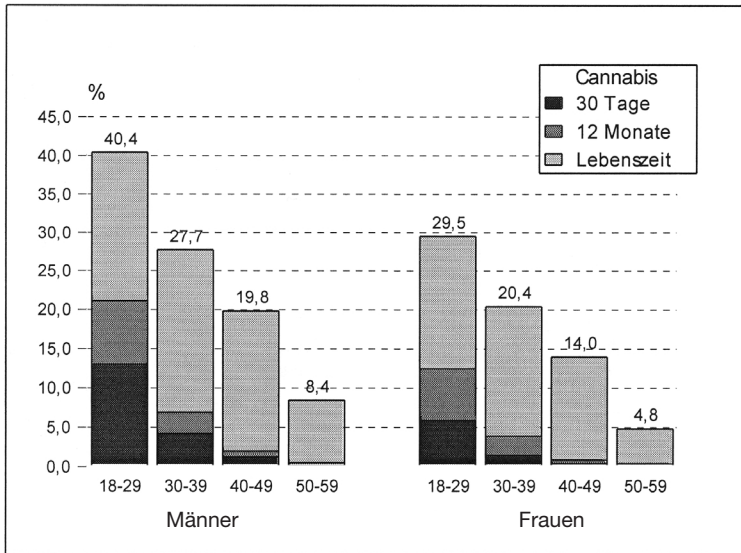


Abbildung 6:  
Lebenszeit-, 12-Monats-  
und 30-Tage-Prävalenz des  
Konsums von Cannabis in  
Westdeutschland

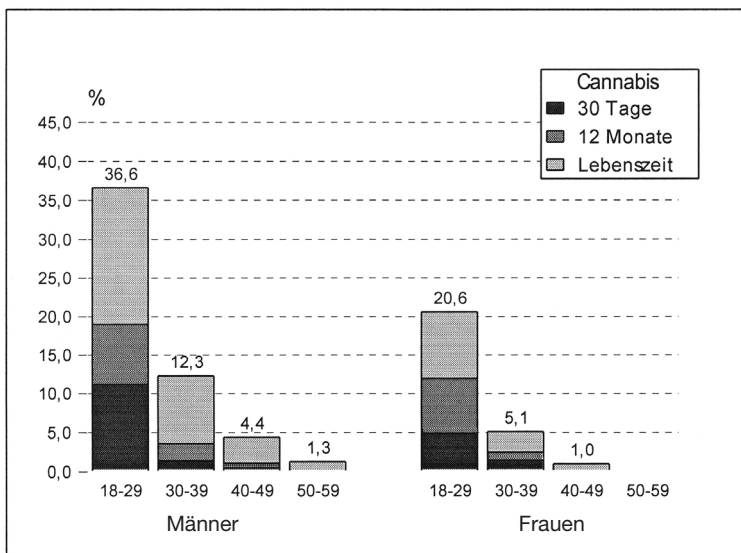


Abbildung 7:  
Lebenszeit-, 12-Monats-  
und 30-Tage-Prävalenz des  
Konsums von Cannabis in  
Ostdeutschland

geren Altersgruppen scheinen Pilze eine nicht zu vernachlässigende Rolle zu spielen, bei den 18- bis 20-Jährigen sind sie mit 2,5% im Westen und 3,9% im Osten die am zweithäufigsten konsumierte Droge. Systematische Ost-West-Unterschiede sind insbesondere bei den unter 30-Jährigen nicht mehr erkennbar (Abbildung 5). Wegen der vergleichsweise großen Bedeutung von Cannabis, Ecstasy und Pilzen werden die Prävalenzwerte dieser Substanzen im Folgenden genauer analysiert.

#### 4.4.1 Cannabis

Ein geschlechtsspezifischer Vergleich der Prävalenz des Cannabiskonsums in West- und Ostdeutschland lässt sich anhand der Abbildungen 6 und 7 vornehmen. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 40,4%, einer 12-Monats-Prävalenz von 21,1% und einer 30-Tage-Prävalenz von 13% weisen in Westdeutschland die 18- bis 29-jährigen Männer die höchsten Prävalenzwerte auf. Am niedrigsten sind sie bei den 50- bis 59-jährigen Frauen. Generell lassen sich zwei Tendenzen

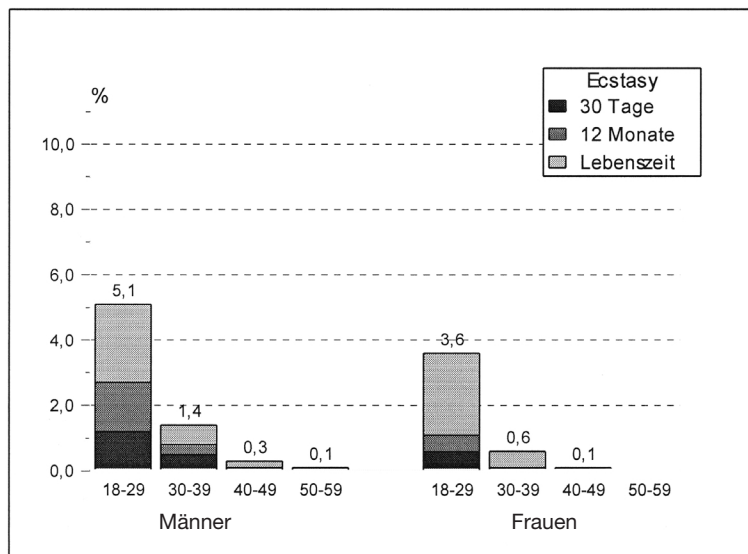


Abbildung 8:  
Lebenszeit-, 12-Monats-  
und 30-Tage-Prävalenz des  
Konsums von Ecstasy in  
Westdeutschland

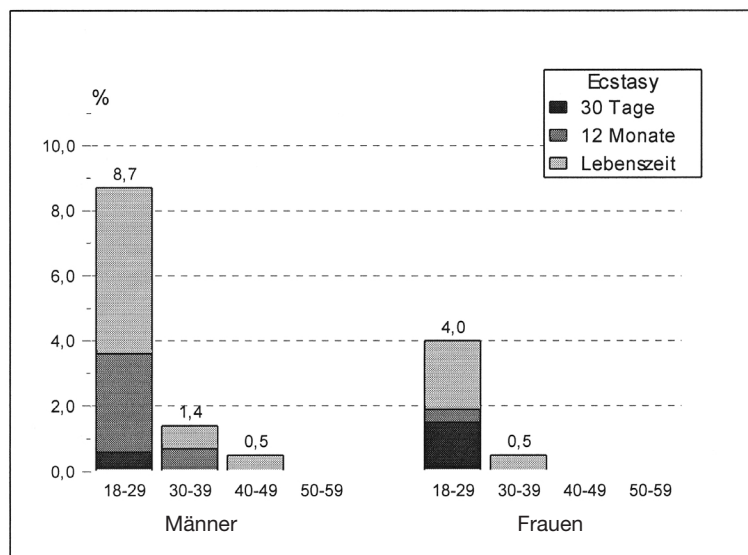


Abbildung 9:  
Lebenszeit-, 12-Monats-  
und 30-Tage-Prävalenz des  
Konsums von Ecstasy in  
Ostdeutschland

festhalten: Die Prävalenzwerte der Männer überragen die der Frauen, und bei beiden Geschlechtern nehmen die Prävalenzwerte von einer Altersgruppe zur nächstälteren ab. Diese groben Tendenzen zeigen sich auch in Ostdeutschland. Die Differenz zwischen den 18- bis 29-Jährigen und den restlichen Altersgruppen ist im Osten Deutschlands allerdings deutlich größer als im Westen. Während sich die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenzwerte der 18- bis 29-jährigen Ostdeutschen auf Westniveau bewegen, liegen sie bei

den anderen Altersgruppen – mit Ausnahme der 30-Tage-Prävalenz der 30- bis 39-jährigen Frauen – deutlich unter den westdeutschen Vergleichswerten. Der 30-Tage-Prävalenzwert der 30- bis 39-jährigen ostdeutschen Frauen bildet übrigens auch in anderer Hinsicht eine Ausnahme: Er ist geringfügig höher als der der 30- bis 39-jährigen ostdeutschen Männer.

#### 4.4.2 Ecstasy

Ecstasy ist die einzige Droge, deren Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzwerte im Osten höher sind als im Westen. Die Lebenszeitprävalenz der 18- bis 29-Jährigen in Westdeutschland beträgt 4,4%, die der 18- bis 29-Jährigen Ostdeutschen 6,5%. In den letzten 12 Monaten konsumierten 1,1% der befragten 18- bis 39-Jährigen in Westdeutschland und 1,5% in Ostdeutschland Ecstasy. Bei den anderen Altersgruppen sind bei beiden Geschlechtern so gut wie keine Ost-West-Unterschiede zu erkennen. Eine Ausnahme bildet hier nur die 30-Tage-Prävalenz der 30- bis 39-jährigen Männer. Während im Osten kein 30- bis 39-jähriger Mann den Gebrauch von Ecstasy in den letzten 30 Tagen berichtete, waren es im Westen 0,5%. Übereinstimmend zeigen sich in beiden Landesteilen höhere Prävalenzwerte bei den Männern als bei den Frauen und Desinteresse an dieser Droge bei den Älteren (Abbildungen 8 und 9). Hochgerechnet nahmen in Deutschland in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung 1,2 Mio. 18- bis 59-Jährige Ecstasy.

#### 4.4.3 Pilze

Erst seit dem 1. Februar 1998 fallen psilocibinhaltige Pilze unter das Betäubungsmittelgesetz. Die höchste Lebenszeitprävalenz von psilocibinhaltigen Pilzen und Fliegenpilzen findet sich in der Bundesstudie 2000 mit 7,2% bei den 18- bis 29-jährigen ostdeutschen Männern, gefolgt von den gleichaltrigen westdeutschen Männern mit 5,0% und den 18- bis 29-jährigen westdeutschen Frauen mit 3,3%. Der Anteil 18- bis 29-jähriger ostdeutscher Frauen mit Konsumerfahrung mit Pilzen wird von den 30- bis 39-jährigen Westdeutschen sowie den 40- bis 49-jährigen Männern übertroffen. Konsumiert wurden dabei hauptsächlich psilocibinhaltige Pilze.

Konsum in den letzten 12 Monaten berichten fast nur unter 30-Jährige. Auch hier ist mit 3,3% der entsprechende Anteil bei den 18- bis 29-jährigen ostdeutschen Männern am höchsten, dann folgen wieder die westdeutschen Männer mit 2,5%, die westdeutschen Frauen mit 1,2% und schließlich die ostdeutschen Frauen mit 0,5%. In den letzten 30 Tagen haben immerhin 0,9% der 18- bis 29-jährigen ostdeutschen und 0,5% der gleichaltrigen westdeutschen Männer halluzinogene Pilze verwendet. Bei den anderen Gruppen liegen die 30-Tage-Prävalenzwerte bei maximal 0,3% (Abbildungen 10 und 11).

#### 4.5 Frequenz des Drogenkonsums

In den Tabellen 7 und 8 sind die 12-Monats- und 30-Tages-Frequenzen illegaler Drogen dargestellt. Aufgrund der geringen Fallzahlen in Ostdeutschland und bei anderen illegalen Drogen außer Cannabis in Westdeutschland werden nur die Konsumfrequenzen von Cannabis in Westdeutschland beschrieben. Etwa jeder zehnte aktuelle westdeutsche Cannabiskonsument konsumierte Cannabis mindestens 200-mal in den letzten zwölf Monaten, etwa jeder dritte mindestens 20-mal (Abbildung 12). Etwas über die Hälfte der aktuellen westdeutschen Cannabiskonsumenten gab an, Cannabis auch in den letzten 30 Tagen genommen zu haben. Von diesen nahmen wiederum ca. 20% Cannabis fast täglich, das heißt an 20 bis 30 Tagen innerhalb der letzten 30 Tage (Abbildung 13).

#### 4.6 Einschätzung von Beschaffbarkeit und Probierebereitschaft

Die überwiegende Mehrheit der Befragten ohne Drogenerfahrung sieht sich nicht in der Lage, innerhalb von 24 Stunden Drogen zu beschaffen (Tabelle 9). Dabei treten deutliche Unterschiede zwischen den Substanzen auf. Aufgrund der vorliegenden Angaben scheinen in beiden Landesteilen Amphetamine, Ecstasy und Cannabis am leichtesten verfügbar zu sein. Zwischen 9,6% und 15,7% der Westdeutschen sowie zwischen 8,0% und 9,2% der Ostdeutschen ohne Drogenerfahrung glauben, diese Drogen leicht besorgen zu können. Bei den anderen Substanzen liegen die Werte zwischen 4,5% (Methadon) und 6,3% (andere Opiate) in Westdeutschland sowie zwischen 2,9% (Methadon) und 5,0% (andere Opiate, LSD) in Ostdeutschland. Drogenerfahrenen fällt es generell leichter, Drogen zu besorgen (Abbildungen 14 und 15).

In beiden Landesteilen würden etwa 6% der Drogenerfahrenen Cannabis probieren (Tabelle 10 und Abbildung 16). Am zweithäufigsten werden mit 2,2% im Westen und 3,1% im Osten Amphetamine genannt. Die anderen Substanzen sind deutlich weniger attraktiv. Zwischen den Geschlechtern treten keine nennenswerten Unterschiede auf. Bei den Drogenerfahrenen dominieren Cannabis mit 46% in Westdeutschland und 57% in Ostdeutschland sowie Pilze mit 11% in Westdeutschland und 16% in Ostdeutschland. Amphetamine, Ecstasy und Kokain werden Opiaten oder Crack vorgezogen, diese Tendenz ist bei den Drogenerfahrenen nicht zu erkennen. Die

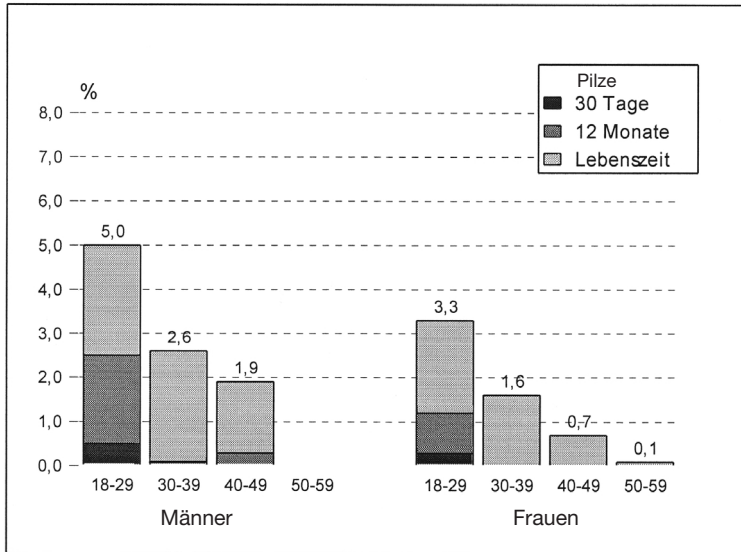


Abbildung 10:  
Lebenszeit-, 12-Monats-  
und 30-Tage-Prävalenz des  
Konsums von Pilzen in  
Westdeutschland

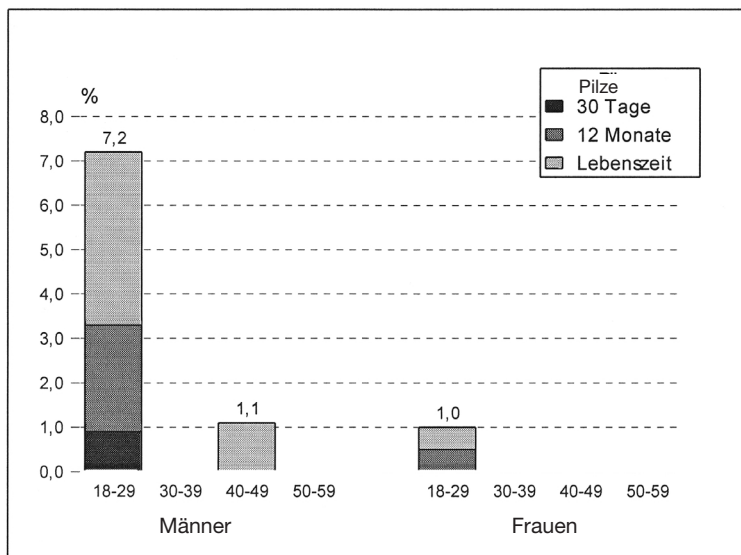


Abbildung 11:  
Lebenszeit-, 12-Monats-  
und 30-Tage-Prävalenz des  
Konsums von Pilzen in  
Ostdeutschland

Abbildung 12:  
12-Monats-Frequenz 18-  
bis 59-Jähriger für Cannab-  
bis (nur Konsumenten  
von Cannabis) in West-  
deutschland

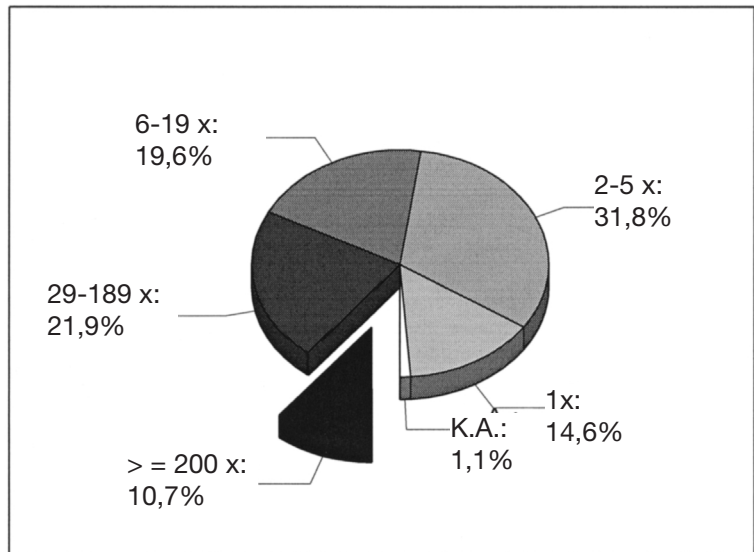
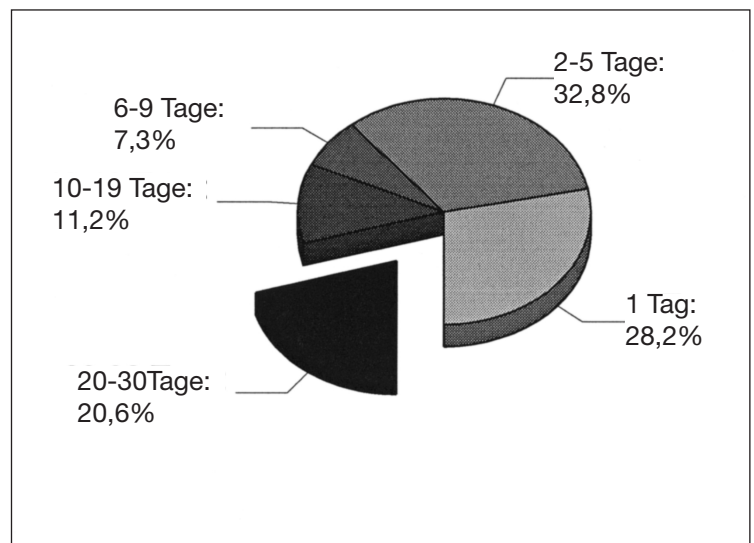


Abbildung 13:  
30-Tage-Frequenz (Kon-  
sumtage) 18- bis 59-Jähri-  
ger für Cannabis (nur Kon-  
sumenten von Cannabis) in  
Westdeutschland



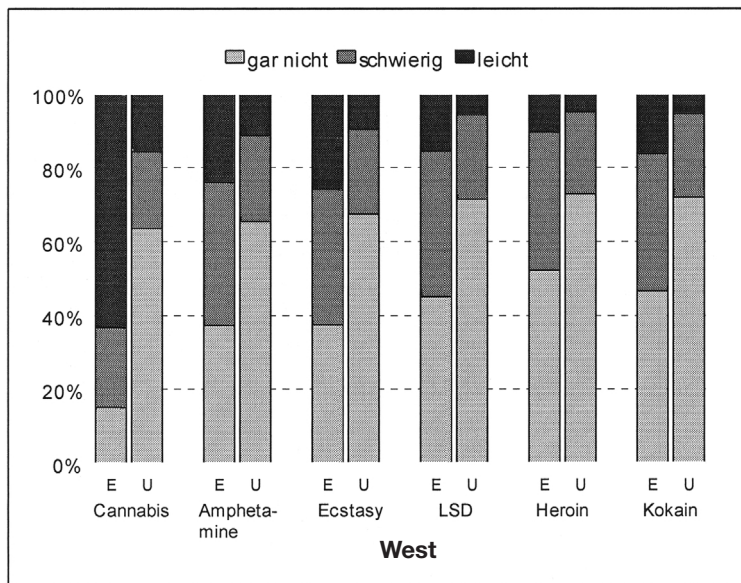


Abbildung 14:  
Einschätzung der Beschaffbarkeit verschiedener illegaler Drogen von 18- bis 59-jährigen Drogenerfahrenen (E) und Drogenunerfahrenen (U) in Westdeutschland

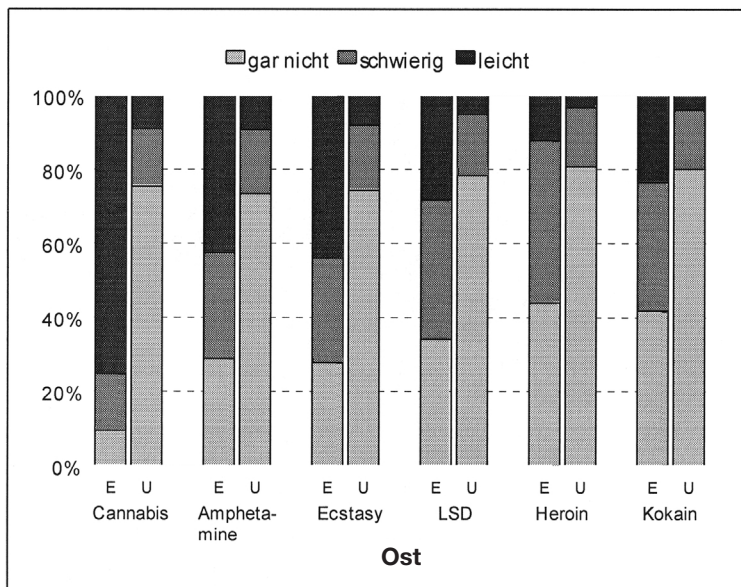


Abbildung 15: Einschätzung der Beschaffbarkeit verschiedener illegaler Drogen von 18- bis 59-jährigen Drogenerfahrenen (E) und Drogenunerfahrenen (U) in Ostdeutschland

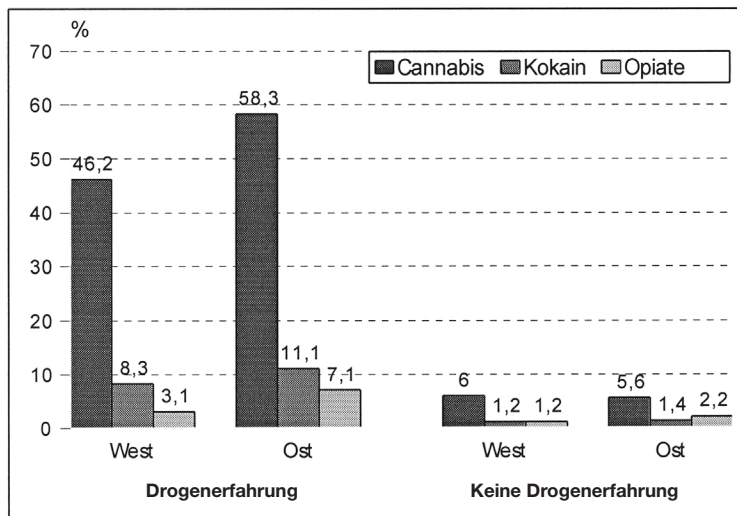


Abbildung 16: Probierbereitschaft für Cannabis, Kokain und Opiate 18- bis 59-Jähriger mit und ohne Drogenerfahrung

großen Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Drogenerfahrenen sind hier vermutlich auf die geringe Anzahl drogenerfahrener Ostdeutscher zurückzuführen und sollten nicht überinterpretiert werden.

#### 4.7 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen

Da in den neuen Bundesländern nur sehr wenige Fälle von Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV auftreten, wurde auf eine nach Regionen getrennte Darstellung verzichtet. Tabelle 4 gibt die Prävalenz von mindestens einer Diagnose bei den Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate oder Kokain an. Insgesamt erhalten 0,9% der 18- bis 59-Jährigen eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose. Mit 5,3% ist der Anteil bei den 18- bis 20-Jährigen am höchsten, gefolgt von den 21- bis 24-Jährigen mit einer Prävalenz von 4,2%. Bei den über 25-Jährigen erhalten nur noch sehr wenige eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose. Bezogen

auf die Einzelsubstanzen sind Abhängigkeits- und Missbrauchsdiagnosen überwiegend bei Cannabis und hier insbesondere in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen zu beobachten. Eine Hochrechnung auf die Wohnbevölkerung ergibt 290.000 Personen mit Abhängigkeits- und 145.000 Personen mit Missbrauchsdiagnose.

Vergleicht man die Einzelkriterien, finden sich die höchsten Werte bei den Abhängigkeitssymptomen »Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt« sowie »Entzugssymptome« (Tabelle 11). Bei den Symptomen für Missbrauch überwiegen »Soziale und zwischenmenschliche Probleme« im Zusammenhang mit dem Gebrauch illegaler Drogen. Die Prävalenzwerte nehmen mit dem Alter deutlich ab, wobei die meisten Symptome von jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren angegeben werden.

Tabelle 4: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
DSM-IV Missbrauch	0,3	0,5	0,1	1,6	1,2	0,3	0,4	–	–
DSM-IV Abhängigkeit	0,6	0,9	0,4	3,7	3,0	0,9	0,2	0,1	–

## 4.8 Tabellen zu illegalen Drogen

Tabelle 5: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Westdeutschland

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Lebenszeit</b>	<b>6632</b>	<b>3026</b>	<b>3606</b>	<b>303</b>	<b>438</b>	<b>638</b>	<b>1920</b>	<b>1649</b>	<b>1684</b>
Cannabis	21,4 (1310)	24,8	17,7	38,0	38,1	31,8	24,1	16,9	6,6
Amphetamine	2,4 (148)	2,8	2,0	2,4	3,4	2,5	2,5	2,0	1,1
Ecstasy	1,5 (82)	1,8	1,1	5,2	5,7	3,2	1,1	0,2	0,1
LSD	2,0 (125)	2,6	1,4	2,4	3,6	2,3	2,1	2,2	0,9
Heroin	0,4 (20)	0,5	0,2	0,4	0,5	0,7	0,5	0,3	–
Methadon	0,2 (10)	0,3	0,1	–	0,5	0,5	0,1	0,1	0,1
Andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphinum)	0,8 (47)	1,1	0,5	1,1	1,0	1,0	1,1	0,8	0,1
Kokain	2,4 (144)	3,0	1,9	2,6	4,8	4,7	3,5	1,2	0,2
Crack	0,1 (6)	0,2	–	–	0,5	–	0,2	0,1	–
Andere Drogen als Cannabis	5,2 (319)	6,3	4,1	7,2	11,5	7,6	5,6	4,2	1,9
Illegale Drogen insges.	21,8 (1339)	25,4	18,1	38,0	38,3	32,5	24,5	17,5	7,0
Schnüffelfstoffe	0,8 (50)	1,0	0,7	1,1	1,8	0,9	1,4	0,4	0,1
Pilze	2,0 (116)	2,5	1,5	3,4	7,1	2,6	2,1	1,3	0,1
<b>12 Monate</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>18–20</b>	<b>21–24</b>	<b>25–29</b>	<b>30–39</b>	<b>40–49</b>	<b>50–59</b>
Cannabis	6,2 (355)	7,9	4,5	25,3	19,7	11,3	5,5	1,5	0,4
Amphetamine	0,6 (33)	0,8	0,4	2,1	3,3	0,7	0,5	0,1	–
Ecstasy	0,6 (34)	1,0	0,3	1,8	3,7	0,8	0,5	0,1	–
LSD	0,2 (9)	0,2	0,1	1,5	0,5	0,1	0,1	0,1	–
Heroin	0,1 (6)	0,2	–	0,4	0,3	0,5	–	0,1	–
Methadon	0,1 (4)	0,1	–	–	0,3	0,3	–	0,1	–
Andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphinum)	0,1 (8)	0,2	0,1	–	0,5	0,3	0,2	0,1	–
Kokain	0,9 (48)	1,2	0,5	2,0	2,7	1,7	1,0	0,2	–
Crack	– (3)	0,1	–	–	0,2	–	0,1	0,1	–
Andere Drogen als Cannabis	1,3 (76)	1,8	0,9	3,2	6,5	1,7	1,4	0,2	–
Illegale Drogen insges.	6,5 (367)	8,2	4,7	25,6	20,4	11,7	5,8	1,5	0,4
Schnüffelfstoffe	0,1 (3)	0,1	–	0,4	0,3	0,2	–	–	–
Pilze	0,5 (28)	0,7	0,3	2,5	3,2	0,8	0,1	0,1	–
<b>30 Tage</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>18–20</b>	<b>21–24</b>	<b>25–29</b>	<b>30–39</b>	<b>40–49</b>	<b>50–59</b>
Cannabis	3,4 (191)	4,8	2,0	13,8	12,8	5,5	2,9	0,9	0,1
Amphetamine	0,2 (14)	0,2	0,3	1,1	1,5	–	0,2	0,1	–
Ecstasy	0,3 (17)	0,4	0,2	1,6	1,5	0,2	0,3	–	–
LSD	0,1 (4)	0,1	–	1,2	–	0,1	–	–	–
Heroin	0,1 (5)	0,2	–	–	0,3	0,5	–	0,1	–
Methadon	0,1 (4)	0,1	–	–	0,3	0,3	–	0,1	–
Andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphinum)	0,0 (1)	–	–	–	–	0,1	–	–	–
Kokain	0,3 (15)	0,3	0,2	1,2	0,2	0,5	0,3	0,1	–
Crack	– (1)	–	–	–	0,2	–	–	–	–
Andere Drogen als Cannabis	– (35)	0,7	0,5	1,8	2,4	0,9	0,6	0,2	–
Illegale Drogen insges.	3,6 (201)	4,9	2,2	13,8	13,9	5,7	3,0	1,0	0,1
Schnüffelfstoffe	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Pilze	0,1 (6)	0,2	0,1	1,2	0,2	0,1	0,1	–	–

Tabelle 6: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Ostdeutschland

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Lebenszeit</b>	<b>1430</b>	<b>611</b>	<b>819</b>	<b>93</b>	<b>129</b>	<b>121</b>	<b>336</b>	<b>378</b>	<b>373</b>
Cannabis	10,8 (133)	14,3	6,6	33,7	27,8	27,6	8,8	2,8	0,7
Amphetamine	1,7 (20)	2,4	0,9	2,2	5,2	5,8	1,2	0,6	–
Ecstasy	2,0 (23)	2,8	1,1	3,1	4,8	9,9	1,0	0,3	–
LSD	1,1 (12)	1,8	0,2	3,5	1,9	4,1	0,4	0,6	–
Heroin	0,4 (4)	0,6	0,1	0,9	1,0	2,3	–	–	–
Methadon	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphin)	0,6 (7)	0,7	0,4	–	1,9	1,1	0,7	0,3	–
Kokain	1,6 (18)	2,4	0,7	3,9	1,9	8,1	1,0	0,3	–
Crack	0,2 (2)	0,2	0,1	0,9	–	1,1	–	–	–
Andere Drogen als Cannabis	3,2 (40)	4,3	2,1	7,4	7,4	10,5	2,7	1,1	–
Illegale Drogen insges.	11,0 (139)	14,6	7,1	34,5	29,4	27,6	9,3	3,0	0,7
Schnüffelfstoffe	0,6 (6)	1,0	0,1	0,9	1,9	2,3	0,4	–	–
Pilze	1,2 (14)	2,1	0,2	3,9	3,6	5,2	–	0,6	–
<b>12 Monate</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>18–20</b>	<b>21–24</b>	<b>25–29</b>	<b>30–39</b>	<b>40–49</b>	<b>50–59</b>
Cannabis	4,9 (64)	6,2	3,6	25,3	11,6	13,4	3,1	0,6	–
Amphetamine	0,5 (7)	0,6	0,4	2,2	1,9	0,6	0,2	0,3	–
Ecstasy	0,8 (10)	1,1	0,5	3,1	2,6	2,9	0,4	–	–
LSD	0,2 (3)	0,3	0,1	2,2	1,0	–	–	–	–
Heroin	0,1 (2)	0,2	0,1	0,9	1,0	–	–	–	–
Methadon	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphin)	0,1 (1)	0,2	–	–	1,0	–	–	–	–
Kokain	0,7 (9)	1,0	0,5	3,1	1,0	3,5	0,4	–	–
Crack	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Andere Drogen als Cannabis	1,3 (17)	1,7	0,9	4,4	4,5	4,2	0,6	0,3	–
Illegale Drogen insges.	5,2 (68)	6,7	3,7	25,3	13,6	14,0	3,1	0,8	–
Schnüffelfstoffe	0,2 (3)	0,4	0,1	0,9	1,0	–	0,4	–	–
Pilze	0,5 (6)	0,9	0,1	3,9	1,6	1,1	–	–	–
<b>30 Tage</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>18–20</b>	<b>21–24</b>	<b>25–29</b>	<b>30–39</b>	<b>40–49</b>	<b>50–59</b>
Cannabis	2,5 (33)	3,4	1,6	14,4	7,4	5,3	1,5	0,3	–
Amphetamine	0,2 (3)	0,3	0,1	1,3	1,0	0,6	–	–	–
Ecstasy	0,3 (4)	0,2	0,4	0,9	1,6	0,6	–	–	–
LSD	0,1 (1)	–	0,1	0,9	–	–	–	–	–
Heroin	0,1 (1)	–	0,1	0,9	–	–	–	–	–
Methadon	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphin)	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Kokain	0,1 (2)	0,2	0,1	2,2	–	–	–	–	–
Crack	– (0)	–	–	–	–	–	–	–	–
Andere Drogen als Cannabis	0,3 (5)	0,3	0,4	2,2	1,6	0,6	–	–	–
Illegale Drogen insges.	2,6 (34)	3,4	1,7	14,4	8,1	5,3	1,5	0,3	–
Schnüffelfstoffe	0,1 (1)	0,2	–	–	1,0	–	–	–	–
Pilze	0,1 (1)	0,2	–	–	–	1,1	–	–	–

Tabelle 7: 12-Monats-Frequenz illegaler Drogen

Westdeutschland	Gesamt		Frequenz							
	N	k. A.	1x	2–5x	6–9x	10–19x	20–59x	60–99x	100–199x	≥ 200x
Cannabis	355	1,1	14,6	32,1	8,0	11,6	12,5	4,0	5,3	10,7
Amphetamine	33	–	19,8	37,2	12,9	12,0	12,1	–	2,5	3,5
Ecstasy	34	3,3	24,0	28,6	11,3	8,9	18,3	–	–	5,6
LSD	9	12,6	24,0	21,8	9,2	–	10,0	–	–	12,6
Heroin	6	19,2	17,3	–	–	–	–	13,2	–	50,3
Methadon	4	–	–	–	–	–	–	27,2	–	72,8
Andere Opiate	8	16,3	34,8	13,1	–	–	13,1	11,2	11,6	–
Kokain	48	3,7	20,7	39,1	11,7	13,0	1,9	4,2	4,3	1,6
Crack	3	–	37,0	30,1	32,9	–	–	–	–	–
Schnüffelfstoffe	3	–	32,1	67,9	–	–	–	–	–	–
Pilze	28	10,6	35,2	32,2	10,9	4,0	4,0	3,2	–	–
Ostdeutschland	N	k. A.	1x	2–5x	6–9x	10–19x	20–59x	60–99x	100–199x	≥ 200x
Cannabis	64	–	26,1	19,8	7,9	12,7	13,3	9,8	6,2	4,2
Amphetamine	7	–	13,1	14,5	29,6	–	26,7	16,1	–	–
Ecstasy	10	–	55,7	14,8	6,5	–	23,0	–	–	–
LSD	3	–	37,6	37,6	–	–	24,8	–	–	–
Heroin	2	–	60,3	–	–	39,7	–	–	–	–
Methadon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andere Opiate	1	–	100,0	–	–	–	–	–	–	–
Kokain	9	–	31,8	50,2	10,8	7,1	–	–	–	–
Crack	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schnüffelfstoffe	3	–	–	–	22,2	77,8	–	–	–	–
Pilze	6	–	43,3	24,2	16,3	16,3	–	–	–	–

Tabelle 8: 30-Tage-Frequenz illegaler Drogen

Westdeutschland	Gesamt		Konsumtage				
	N	k. A.	1	2–5	6–9	10–19	20–30
Cannabis	191	–	28,2	32,8	7,3	11,2	20,6
Amphetamine	14	6,5	32,6	45,5	6,5	9,0	–
Ecstasy	17	7,4	22,8	40,8	22,4	6,7	–
LSD	4	20,3	26,6	26,6	26,6	–	–
Heroin	5	–	23,2	76,8	–	–	–
Methadon	4	–	–	–	–	–	100,0
Andere Opiate	1	–	–	100,0	–	–	–
Kokain	15	15,8	39,4	38,8	–	–	6,0
Crack	1	–	–	100,0	–	–	–
Schnüffelfstoffe	0	–	–	–	–	–	–
Pilze	6	–	32,1	37,1	30,8	–	–
Ostdeutschland	N	k. A.	1	2–5	6–9	10–19	20–30
Cannabis	33	–	26,8	33,2	2,6	19,9	17,6
Amphetamine	3	–	28,9	–	–	71,1	–
Ecstasy	4	–	57,9	21,1	21,1	–	–
LSD	1	–	–	–	100,0	–	–
Heroin	1	–	–	100,0	–	–	–
Methadon	0	–	–	–	–	–	–
Andere Opiate	0	–	–	–	–	–	–
Kokain	2	–	60,3	–	39,7	–	–
Crack	0	–	–	–	–	–	–
Schnüffelfstoffe	1	–	–	100,0	–	–	–
Pilze	1	–	100,0	–	–	–	–

Tabelle 9: Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden

Westdeutschland	leicht		schwierig		gar nicht	
	drogenunerfahren	drogenerfahren	drogenunerfahren	drogenerfahren	drogenunerfahren	drogenerfahren
Cannabis	15,7	63,2	20,7	21,6	63,6	15,2
Amphetamine	11,3	23,9	23,2	38,6	65,5	37,5
Ecstasy	9,6	25,8	22,9	36,6	67,5	37,7
LSD	5,6	15,5	22,9	39,3	71,5	45,2
Heroin	4,9	10,3	22,3	37,4	72,9	52,2
Methadon	4,5	8,4	23,1	36,1	72,4	55,5
Andere Opiate	6,3	11,3	23,4	37,9	70,3	50,7
Kokain	5,2	16,1	22,8	37,1	72,0	46,8
Crack	4,6	9,3	23,1	37,0	72,4	53,7
<b>Ostdeutschland</b>						
Cannabis	9,0	75,3	15,6	15,2	75,4	9,5
Amphetamine	9,2	42,5	17,4	28,6	73,4	28,9
Ecstasy	8,0	44,0	17,7	28,3	74,3	27,8
LSD	5,0	28,3	16,6	37,6	78,4	34,2
Heroin	3,2	12,1	16,0	44,0	80,8	43,9
Methadon	2,9	7,9	16,1	37,7	81,0	54,4
Andere Opiate	5,0	16,1	17,1	36,4	77,9	47,5
Kokain	3,9	23,6	16,0	34,5	80,1	41,9
Crack	3,7	12,1	16,3	33,5	80,0	54,3

Kategorien der Skala: leicht – schwierig – gar nicht

Tabelle 10: Probierbereitschaft illegaler Drogen

Drogenunerfahrene	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Cannabis	6,0	7,0	5,0	5,6	6,8	4,5
Amphetamine	2,2	2,2	2,3	3,1	2,1	4,2
Ecstasy	1,3	1,1	1,6	1,9	1,8	1,9
LSD	0,8	0,6	1,0	1,0	1,1	1,0
Heroin	0,8	0,5	1,0	0,9	0,9	1,0
Methadon	0,8	0,5	1,1	1,1	1,0	1,2
Andere Opiate	1,2	1,0	1,4	1,8	1,7	1,9
Kokain	1,2	1,1	1,2	1,4	1,6	1,2
Crack	0,8	0,5	1,1	0,9	0,9	1,0
Pilze	1,2	1,0	1,3	1,3	1,5	1,1
<b>Drogenerfahrene</b>						
Cannabis	46,2	46,9	45,2	58,3	60,0	54,6
Amphetamine	7,8	7,8	7,8	9,7	7,9	13,6
Ecstasy	5,9	6,1	5,8	9,7	9,4	10,4
LSD	4,1	4,1	4,0	7,0	8,0	5,0
Heroin	0,8	1,0	0,5	1,2	1,1	1,5
Methadon	0,9	1,1	0,7	2,8	2,7	3,1
Andere Opiate	2,9	3,4	2,0	5,5	6,4	3,5
Kokain	8,3	8,5	8,0	11,1	10,4	12,7
Crack	1,1	0,8	1,5	0,7	1,1	–
Pilze	10,9	10,9	10,8	15,7	16,0	15,0

Kategorien Ja oder Vielleicht der Skala: Ja – Vielleicht – Nein

*Tabelle 11:* 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen

Missbrauch	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
(1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule	0,2	0,4	0,1	1,4	1,2	0,3	0,1	–	–
(2) Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen	0,3	0,5	0,1	1,4	1,4	0,5	0,1	–	–
(3) Probleme mit dem Gesetz wg. Substanzgebrauch	0,2	0,2	0,1	1,1	1,0	0,2	0,1	–	–
(4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme	0,4	0,6	0,2	1,7	2,0	0,5	0,4	–	–
<b>Abhängigkeit</b>									
(1) Toleranzentwicklung	0,6	0,8	0,5	2,6	3,0	1,2	0,3	–	–
(2) Entzugssymptome	0,9	1,3	0,5	3,1	4,2	1,4	0,6	0,4	–
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	1,0	1,5	0,5	4,9	4,7	1,4	0,8	0,1	–
(4) Kontrollminderung	0,6	0,9	0,3	2,9	2,6	1,3	0,2	0,1	–
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	0,5	0,9	0,2	2,6	2,9	0,9	0,3	0,0	–
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	0,2	0,3	0,1	0,9	1,3	0,6	–	–	–
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	0,4	0,6	0,3	2,4	1,7	0,8	0,2	0,1	–

## 5 Alkohol

Zur Erfassung der konsumierten Menge in Reinalkohol wurde ein Frequenz-Menge-Index verwendet. Die getränkespezifischen Angaben zu Anzahl der Trinktage und Menge pro Trinktag lassen sich in Gramm Reinalkohol pro Tag transformieren oder in der Menge des jeweiligen Getränks angeben. Aus den Reinalkoholmengen pro Tag werden die Prävalenzen bestimmter Konsumklassen (Abstinenz, risikoarmer, riskanter, gefährlicher Konsum und Hochkonsum) bestimmt.

Analysen des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und verschiedenen negativen Folgen weisen übereinstimmend auf eine Zunahme des Risikos negativer Konsequenzen mit der Trinkmenge sowie der Häufigkeit exzessiven Konsums bzw. der Häufigkeit von Intoxikationen hin. In diesem Zusammenhang haben Trinkstile und Trinksituationen eine intermittierende Funktion. Die regelmäßige Aufnahme bestimmter Alkoholmengen ist mit anderen Risiken verbunden als ein seltener Konsum großer Alkoholmengen. Das Trinkverhalten wie Alkohol zum Essen oder Trinken im Zusammenhang mit häufigem Ausgehen spielt dabei eine wesentliche Rolle. Einstellungen über den Umgang mit Alkohol spiegeln auf der anderen Seite bestimmte Erwartungen wider und sind daher ebenso prädiktiv für bestimmte Folgen des Alkoholkonsums. Neben Trinkstilen und Einstellungen wird schließlich Alkoholabhängigkeit mit Hilfe der DSM-IV Kriterien erfasst.

### 5.1 Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht

#### *Abstinenzraten*

Insgesamt gaben 2,3% der Befragten an, noch nie Alkohol getrunken zu haben, mit 2,9% waren es bei den Frauen etwas mehr als bei den Männern mit 1,8%. Erwartungsgemäß fällt die Lebenszeit-Abstinenzrate mit dem Alter der Respondenten von 5,4% bei den 18- bis 20-Jährigen auf 1,5% bei den 50- bis 59-Jährigen.

In den letzten 12 Monaten verzichteten 5,5% der Befragten auf Alkohol, dabei übersteigt die 12-Monats-Abstinenzrate der Frauen mit 6,2% nur unwesentlich die der Männer mit 4,8% (Tabelle 12). Auch die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind eher gering. Die höchste Abstinenzrate weisen mit 8,2% die 18- bis 20-Jährigen auf, gefolgt von den 50- bis 59-Jährigen mit 7,1%. Die geringste Abstinenz-

quote findet sich bei den 30- bis 39-Jährigen mit 4,5%. Auffallend ist die mit 10,5% fast doppelt so hohe Abstinenzquote bei den 18- bis 20-jährigen Männern im Vergleich zu den gleichaltrigen Frauen (Tabelle 18). Bei den anderen Altersgruppen übersteigen die Abstinenzquoten der Frauen die der Männer, wobei die Unterschiede bei den 21 bis 24-Jährigen sowie bei den 40- bis 49-Jährigen minimal sind. Ein Geschlechtsunterschied ist im Osten kaum festzustellen, etwa jeder zwanzigste Befragte in Ostdeutschland hat nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol getrunken. Im Westen stehen 6,5% alkoholabstinente Frauen 4,7% alkoholabstinenten Männern gegenüber.

#### *Konsumintensität*

Zur Analyse der in Gramm Reinalkohol pro Tag umgerechneten Angaben zum Alkohol wurde die Klassifikation von Bühringer et al. (2000) übernommen, die den Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten einteilen in Abstinenz, risikoarmen Konsum (Männer: >0–30 g, Frauen: >0–20 g), riskanten Konsum (Männer: >30–60 g, Frauen: >20–40 g), gefährlichen Konsum (Männer: >60–120 g, Frauen: >40–80 g) sowie Hochkonsum (Männer: >120 g, Frauen: >80 g).

Insgesamt waren 5,5% der Befragten in den letzten 12 Monaten abstinent, 78% wiesen risikoarmen Konsum auf, etwa 12% riskanten Konsum, etwa 4% gefährlichen Konsum sowie 0,7% Hochkonsum. Männer trinken deutlich mehr Alkohol als Frauen; trotz höherer Klassengrenzen für Männer ist der Anteil der Männer in den Klassen riskanter Konsum, gefährlicher Konsum und Hochkonsum deutlich höher als bei den Frauen (Tabelle 12). Getrennte Analysen nach Altersgruppen sowie nach Region zeigen ebenfalls diesen Geschlechterunterschied. Bei beiden Geschlechtern sind kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen festzustellen (Abbildungen 17 und 18). Während die ostdeutschen Männer im Durchschnitt etwas mehr Alkohol zu sich nahmen als die westdeutschen, war es bei den Frauen gerade umgekehrt (Tabelle 18).

Hochgerechnet auf die 18- bis 59-jährige Wohnbevölkerung waren in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 2,6 Mio. alkoholabstinent, 37,5 Mio. wiesen risikoarmen, 5,6 Mio. riskanten, 1,9 Mio. gefährlichen sowie 350.000 Personen Hochkonsum auf. Bei den Männern waren es 1,2 Mio. Abstinente, 18,0 Mio. mit risikoarmem Konsum, 3,7 Mio. mit riskantem Konsum, 1,4 Mio. Personen mit gefährlichem Kon-

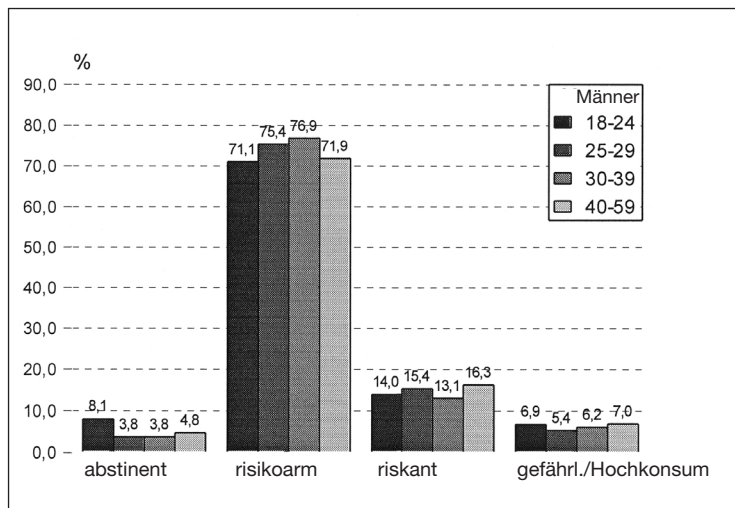


Abbildung 17:  
Alkoholkonsum der  
Männer in den letzten  
12 Monaten in Gramm  
Reinalkohol pro Tag  
(risikoarm: >0–30 g;  
riskant: >30–60 g;  
gefährlicher/Hochkonsum:  
>60 g)

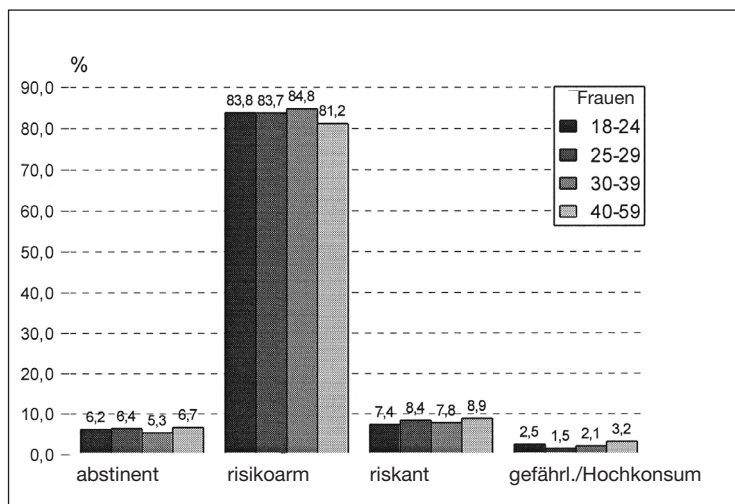


Abbildung 18: Alkoholkonsum der Frauen in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0–20 g; riskant: >20–40 g; gefährlicher/Hochkonsum: >40 g)

sum und 220.000 mit Hochkonsum, bei den Frauen 1,4 Mio. Abstinente, 19,4 Mio. mit risikoarmem Konsum, 1,9 Mio. mit riskantem Konsum, 0,5 Mio. Personen mit gefährlichem Konsum sowie 140.000 mit Hochkonsum. Insgesamt tranken 17,8% (23,6% der Männer und 11,7% der Frauen) im Mittel mehr als 20/30 g Reinalkohol pro Tag, dies entspricht 8,5 Mio. (5,8 Mio. Männer und 2,7 Mio. Frauen). Da einige Respondenten nur einen Teil der Fragen beantworteten und daher den Kategorien »riskanter Konsum«, »gefährlicher Konsum« und »Hochkonsum« nicht zugeordnet werden konnten, weichen diese Prävalenzzahlen von der Summe der Prävalenzwerte der genannten Kategorien ab.

#### Konsummenge

Werden die pro Konsument ermittelten Grammwerte reinen Alkohols in den letzten 12 Monaten auf die Gesamtstichprobe bezogen und in Liter Reinalkohol umgerechnet, ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols im Zeitraum eines Jahres vor der Untersuchung von 6,6 Litern. Die Konsummenge für Männer beträgt 9,3 Liter, die für Frauen 3,9 Liter Reinalkohol. Der Pro-Kopf-Verbrauch ist jedoch als Maßzahl für den Umfang des Alkoholkonsums nicht geeignet, da sich die Menge an Alkohol nicht gleichmäßig über die Bevölkerung verteilt. So haben in der Bundesstudie 2000 23% der Befragten mit einem

Tabelle 12: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7143	3221	3922	338	505	686	2011	1805	1798
Abstinenz	5,5 (400)	4,8	6,2	8,2	6,4	5,1	4,5	4,7	7,1
Risikoaarmer Konsum	78,2 (5619)	73,7	82,9	75,2	79,0	79,5	80,7	78,5	74,2
Riskanter Konsum	11,7 (810)	14,9	8,3	12,6	9,5	11,9	10,6	11,8	13,6
Gefährlicher Konsum	3,9 (263)	5,7	2,0	2,9	4,4	2,8	3,7	4,2	4,3
Hochkonsum	0,7 (51)	0,9	0,6	1,2	0,7	0,7	0,5	0,9	0,8

durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum von mindestens 20 g Reinalkohol zwei Drittel des von der ganzen Stichprobe konsumierten Alkohols getrunken. Nur 8% tranken nach eigenen Angaben täglich 40 g oder mehr, diese relativ kleine Gruppe konsumierte jedoch 38% der Gesamtmenge an Alkohol.

## 5.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten

Zur Analyse der durchschnittlichen Trinkmengen wurden nur die Angaben der 30-Tage-Prävalenten herangezogen. Tabelle 13 zeigt die 30-Tage-Prävalenz und Trinkmenge von Bier, Wein/Sekt sowie Spirituosen nach Geschlecht und Alter. In den letzten 30 Tagen tranken etwa zwei Drittel der Befragten Bier und/oder Wein sowie um die 40% Spirituosen. Im Durchschnitt verbrauchten die Konsumenten des jeweiligen Getränks 2,5 Liter Bier, 0,6 Liter Wein/Sekt und 0,06 Liter Spirituosen pro Woche.

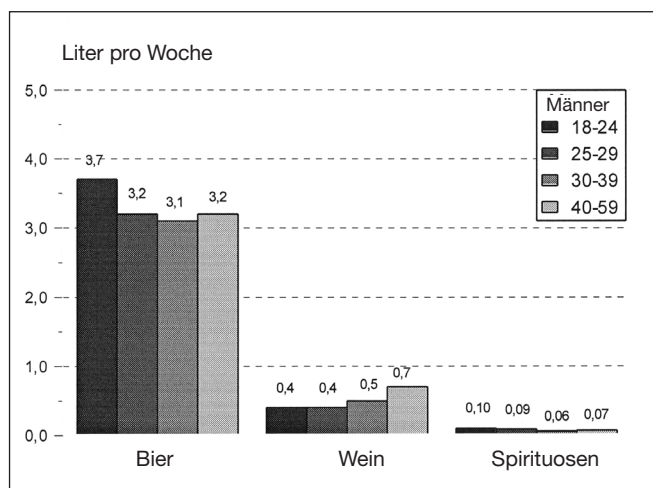
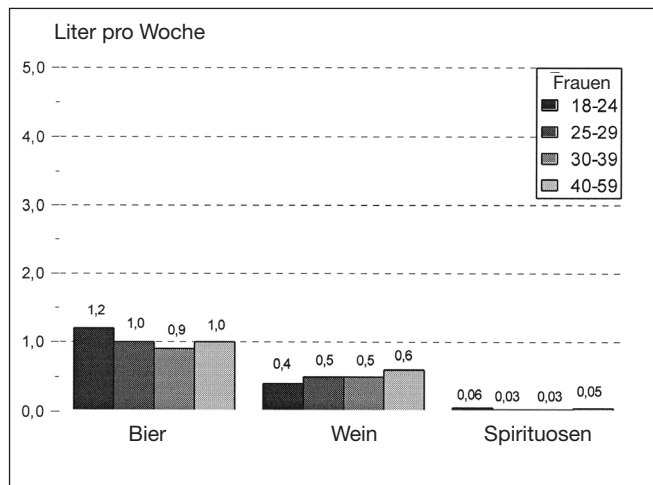
Mit 84% gab die überwiegende Mehrheit der Männer Bierkonsum in den letzten 30 Tagen an. Nur bei den Jüngsten weicht mit 75% die 30-Tage-Prävalenz von Bier deutlich vom Gesamtwert ab (Tabelle 19). Im Mittel tranken die männlichen Biertrinker 3,2 l pro Woche, dabei traten neben Ost-West-Unterschieden (West: 3,1 l, Ost: 3,8 l) auch Altersunterschiede auf. Am meisten tranken die 18- bis 24-Jährigen mit 3,7 l pro Woche, bei den anderen waren es 3,1 bzw. 3,2 l pro Woche (Abbildung 19). Etwa 60% der befragten Männer haben in den letzten 30 Tagen Wein getrunken. Die Prävalenzwerte reichen von 51% bei den Jüngsten bis zu 64% bei den über 30-Jährigen. Dabei tranken jüngere Weintrinker tendenziell weniger als die älteren. Insgesamt liegt der durchschnittliche Weinkonsum der männlichen Weintrinker bei 0,6 l pro Woche. Von den 46% Spirituosenrinkern wurden durchschnittlich 0,07 l Spirituosen pro Woche getrunken. Spirituosen sind unter ostdeutschen Männern beliebter als unter westdeutschen. Dies lässt sich sowohl an der Prävalenz (West: 45%, Ost: 51%) als

auch an den konsumierten Mengen (West: 0,06 l, Ost: 0,12 l) ablesen. Der Anteil der Spirituosenrinker ist bei den Jüngeren tendenziell höher als bei den über 30-Jährigen.

Frauen ziehen offensichtlich Wein/Sekt den beiden anderen Getränkesorten vor: 70% der westdeutschen und 80% der ostdeutschen Frauen konsumierten in den letzten 30 Tagen zumindest ein Glas Wein oder Sekt. Am zweithäufigsten wurde Bier getrunken, wobei Bierkonsum unter westdeutschen Frauen mit ca. 50% verbreiteter zu sein scheint als unter ostdeutschen Frauen (39%). In beiden Landesteilen tranken etwa 31% der Frauen Spirituosen (Tabelle 19). Wie die männlichen Wein-/Sekttrinker konsumierten auch die weiblichen im Mittel etwa 0,6 Liter Wein/Sekt pro Woche. Dagegen tranken die Biertrinkerinnen nur 1,0 Liter Bier, die Spirituosenkonsumentinnen nur 0,04 Liter Spirituosen. Die 30-Tage-Prävalenz von Wein nimmt tendenziell über die Altersgruppen hinweg zu, die von Spirituosen dagegen ab. Bei der Bier-Prävalenz sind dagegen keine klaren Muster erkennbar. Bei den konsumierten Mengen von Bier und Wein wiederholen sich die bei den Männern festgestellten Charakteristika: Am meisten tranken die 18- bis 24-jährigen Biertrinkerinnen mit 1,2 l pro Woche (Abbildung 20). Bei den anderen Altersgruppen zeigen sich kaum Abweichungen vom Gesamtmittelwert (1,0 l). Jüngere Weintrinkerinnen tranken tendenziell weniger als ältere, die mittleren Konsummengen reichen von 0,4 l bei den 18- bis 24-Jährigen bis zu 0,7 l bei den 50- bis 59-Jährigen. Die Konsummengen von Spirituosen weisen bei den Frauen eine u-förmige Verteilung auf: Am wenigsten tranken mit durchschnittlich 0,03 l pro Woche die 25- bis 39-jährigen Spirituosenrinkerinnen, bei den 18- bis 24-Jährigen waren es 0,06 l, bei den 40- bis 59-Jährigen 0,05 l Spirituosen pro Woche.

Tabelle 13: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten in den letzten 30 Tagen

		Geschlecht			Altersgruppen					
		Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Bier	% <sup>1</sup>	66,8	83,9	49,1	61,4	64,8	65,3	68,7	68,5	65,3
	Liter <sup>2</sup>	2,5	3,2	1,0	3,0	2,6	2,5	2,3	2,4	2,4
Wein/Sekt	%	67,4	61,7	73,2	57,5	66,8	64,7	68,7	68,7	68,2
	Liter	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7
Spirituosen	%	38,6	46,0	30,8	51,5	47,5	39,2	36,5	36,8	36,6
	Liter	0,06	0,07	0,04	0,08	0,08	0,07	0,05	0,06	0,06

<sup>1</sup> Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen)<sup>2</sup> Mittelwerte in Litern pro Woche für Konsumenten des GetränksAbbildung 19:  
Durchschnittlicher Konsum von  
Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in  
Litern pro Woche bei männlichen  
KonsumentenAbbildung 20:  
Durchschnittlicher Konsum von  
Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in  
Litern pro Woche bei weiblichen  
Konsumenten

### 5.3 Trinksituationen

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurden befragt, zu welchen Anlässen sie Alkohol tranken. Tabelle 14 gibt die Anteile der »Oft«- und »(Fast)-immer«-Antworten wieder. Die Angaben spiegeln zwei Tendenzen wider: Alkohol wird zum einen hauptsächlich abends und zum anderen zumeist in geselliger Runde getrunken. Die meisten Nennungen finden sich bei den Items »Bei festlichen Anlässen« (48,3%), »Auswärts mit Freunden oder Familie« (27,6%), »Am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie« (21,1%) sowie »Zum Abendessen« (13,9%). Dagegen gaben nur jeweils etwa 5% an, oft oder (fast) immer alleine zu Hause oder auswärts zu trinken. Der Anteil derjenigen, die normalerweise nach der Arbeit Alkohol trinken, bewegt sich in der gleichen Größenordnung. Zum Frühstück oder Mittagessen spielt Alkohol so gut wie gar keine Rolle: Nur 0,3% der Befragten gaben an, zum Frühstück gewöhnlich Alkohol zu trinken, beim Mittagessen sind es 1,7%.

An den Antworten zu den Trinksituationen ist abzulesen, dass Alkoholkonsum unter Männern weiter verbreitet ist als unter Frauen. Bei allen Items antworten prozentual deutlich mehr Männer als Frauen mit »oft« oder »(fast) immer«. Dabei sind die Geschlechterunterschiede bei den Items »Nach der Arbeit« sowie bei »Alleine auswärts« am größten.

Mit Ausnahme des Items »Zum Essen am Morgen«, das ohnehin nur vereinzelt genannt wird, ist ein

deutlicher Altersgradient zu erkennen. Je jünger die Befragten sind, umso höher ist der Anteil derjenigen, die auswärts mit anderen oder bei festlichen Anlässen oft oder (fast) immer Alkohol trinken. Bei den anderen Trinkgelegenheiten steigt dagegen der Anteil dieser Antworten mit dem Alter. Am gravierendsten ist der Einfluss des Alters beim Item »Alleine zu Hause«: Mehr als neunmal so viele 50- bis 59-Jährige wie 18- bis 24-Jährige gaben hier oft oder (fast) immer an.

### 5.4 Einstellungen zum Thema Alkohol

Den Alkoholkonsumenten wurden Einstellungsfragen zum Alkoholkonsum gestellt (Tabelle 15). Die meiste Zustimmung fand mit 22,4% die Aussage »Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen«. Da jeder zweite Alkoholkonsument bei festlichen Anlässen oft oder (fast) immer Alkohol trank (Tabelle 14), überrascht dieses Ergebnis nicht. Am zweithäufigsten wurde mit 19,6% »Trinken macht mich munter und beschwingt« genannt, dann folgen »Eine trockene Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich« mit 13,1% sowie »Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch« mit 10,8%. Allen anderen Meinungen schließen sich weniger als 10% der Alkoholkonsumenten der letzten 12 Monate an. Am seltensten finden sich mit jeweils etwa 1% »Alkohol steigert meine Leistungskraft und Ausdauer« sowie »Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen«. Bedenklich erscheint

Tabelle 14: Trinksituationen

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Zum Essen</b>									
Am Morgen	0,3	0,5	–	–	–	0,4	0,4	0,3	0,2
Zum Mittagessen	1,7	2,3	1,0	0,6	0,2	0,7	1,2	1,8	3,5
Zum Abendessen	13,9	19,1	8,4	5,1	5,7	9,3	13,3	17,3	18,9
<b>Außerhalb der Mahlzeiten</b>									
Nach der Arbeit	5,8	9,8	1,5	1,6	2,6	4,2	5,9	7,1	7,7
Am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie	21,1	26,9	14,9	16,5	18,6	17,7	20,9	23,3	22,7
Alleine zu Hause	5,8	8,7	2,7	0,9	0,9	3,4	6,7	6,7	8,3
Auswärts mit Freunden oder Familie	27,6	34,8	19,9	43,4	38,6	32,9	27,7	24,0	20,2
Alleine auswärts	4,7	8,0	1,2	2,8	1,5	4,2	5,9	4,6	5,1
Bei festlichen Anlässen	48,3	57,3	38,9	51,1	53,3	52,7	49,3	46,6	43,9

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

Kategorien 4 und 5 der Skala: 1 (nie), 2 (selten), 3 (manchmal), 4 (oft), bis 5 ((fast) immer)

der doch relativ große Anteil von Personen, die Alkohol zur Problembewältigung einsetzen. So sehen 7,5% der Alkoholkonsumenten Alkohol als ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen. Etwa jeder zwanzigste Alkoholkonsument bekämpft mit Alkohol seine Nervosität, fast genauso viele gehen mit Alkohol gegen Ängste und Spannungsgefühle an. Insgesamt stimmen 11,2% der Alkoholkonsumenten, das sind 10,6% der 18- bis 59-jährigen Gesamtbevölkerung, mindestens einer dieser drei Aussagen zu.

Die Rangordnung der Zustimmungen zu den einzelnen Aussagen ist bei beiden Geschlechtern fast identisch. Allerdings bejahen jeweils deutlich mehr Männer als Frauen die einzelnen Aussagen. Die größten Geschlechterunterschiede treten bei der Rolle des Alkohols beim geselligen Zusammensein auf: Etwa 2,3-mal so viele männliche wie weibliche Alkoholkonsumenten können sich Feiern ohne Alkohol nicht vorstellen und etwa 2,7-mal so viele männliche wie weibliche Alkoholkonsumenten finden eine alko-

holfreie Runde fad und ungemütlich. Wenn es um die Behebung von Befindlichkeitsproblemen mit Hilfe von Alkohol geht, scheinen sich dagegen die Geschlechter weniger stark zu unterscheiden: Alkohol als Mittel, Nervosität zu bekämpfen, Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen oder trübe Stimmungen zu verscheuchen, setzen zwischen 1,3- und 1,7-mal so viele Männer wie Frauen ein.

Bei der getrennten Analyse der einzelnen Altersgruppen fällt auf, dass deutlich mehr jüngere als ältere Alkoholkonsumenten dem Alkohol positive Wirkungen zuschreiben. So sinkt z. B. der Anteil der Befragten mit größerem Selbstvertrauen unter Alkoholeinfluss von 23,1% bei den 18- bis 20-Jährigen auf 3,6% bei den 50- bis 59-Jährigen. Außerdem geben auch jeweils wesentlich mehr Jüngere als Ältere an, Alkohol ließe sie leichter mit anderen ins Gespräch kommen, steigere Leistungskraft und Ausdauer, mache munter und beschwingt oder helfe, Nervosität, Ängste und Spannungsgefühle oder trübe Stimmun-

Tabelle 15: Einstellungen zum Thema Alkohol

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen	22,4	30,9	13,3	18,2	17,4	18,9	21,4	24,6	26,1
Eine »trockene« Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich	13,1	18,9	6,9	12,5	9,6	9,9	11,1	14,5	17,3
Zu einer Mahlzeit gehört bei mir gewöhnlich ein Schluck Alkohol	4,6	6,2	2,9	–	1,1	1,9	3,5	5,7	8,9
Ich glaube, je mehr Alkohol jemand verträgt, desto höher ist sein Ansehen bei anderen	2,3	2,7	1,9	3,0	3,4	1,9	2,4	1,9	2,4
Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen	0,9	1,3	0,5	1,9	1,6	0,8	0,6	1,1	0,7
Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch	10,8	15,3	6,0	19,8	18,3	13,7	9,1	8,9	8,7
Wenn ich etwas trinke, steigt mein Selbstvertrauen	8,2	10,4	5,8	23,1	19,4	12,2	7,4	4,4	3,6
Alkohol steigert meine Leistungskraft und Ausdauer	1,2	1,7	0,8	3,6	2,1	1,1	1,4	0,9	0,5
Trinken macht mich munter und beschwingt	19,6	21,5	17,6	29,8	30,1	26,4	17,5	16,0	16,5
Alkohol hilft mir, meine Nervosität zu bekämpfen	4,9	5,6	4,2	9,2	9,7	6,2	4,1	3,8	3,8
Alkohol ist für mich ein bewährtes Mittel, Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen	4,3	5,1	3,5	5,3	4,6	5,0	4,4	4,2	3,6
Alkohol ist für mich ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen	7,5	9,4	5,4	18,1	9,2	6,8	6,4	7,1	6,6

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

Kategorien 3 und 4 der Skala: 1 (trifft gar nicht zu), 2 (trifft wenig zu), 3 (trifft ziemlich zu), 4 (trifft völlig zu)

gen zu beseitigen. Dagegen finden sich unter den älteren Alkoholkonsumenten prozentual mehr als bei den jüngeren, für die Alkohol in bestimmten Situationen, z. B. bei Feiern oder zu Mahlzeiten, einfach dazu gehört.

### 5.5 Folgen des Alkoholkonsums

Neben den DSM-IV-Kriterien wurde das Auftreten einiger bekannter Folgen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten erhoben. Die Angaben in Tabelle 16 beziehen sich auf die Befragten mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten.

Am häufigsten werden mit 1,2% körperliche Auseinandersetzungen während oder nach dem Konsum von Alkohol genannt. Dem folgen mit 0,7% das (drohende) Scheitern von Beziehungen und das Aufsuchen eines Arztes (0,4%) oder einer Beratungsstelle (0,3%) wegen Alkoholproblemen. Alle anderen Folgen wie Alkoholentzug, Therapie, Verlust von Freundschaften, des Führerscheins oder der Arbeitsstelle traten bei höchstens 0,2% der Alkoholkonsumenten auf. Erwartungsgemäß berichten deutlich mehr Männer als Frauen von diesen Folgen.

Der geringe Anteil von Führerscheinentzügen darf nicht über das weit verbreitete sorglose Umgehen mit Alkohol im Straßenverkehr hinwegtäuschen: Fast jeder zehnte Alkoholkonsument ist nach eigenen Anga-

ben in den letzten 12 Monaten Auto gefahren, obwohl er/sie zu viel getrunken hatte. Dabei erweisen sich die Männer als wesentlich leichtfertiger als die Frauen. Diese Zahlen dürften allerdings die wahren Prävalenzen deutlich unterschätzen, da zum einen sozial unerwünschtes Verhalten gern geleugnet und zum anderen vermutlich der Umfang des eigenen Alkoholkonsums eher unterbewertet wird.

### 5.6 Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV

Insgesamt erhalten 3,1% der 18- bis 59-Jährigen die Diagnose Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV. Erwartungsgemäß werden deutlich mehr Männer als Frauen als alkoholabhängig diagnostiziert, fast 5% alkoholabhängigen Männern stehen 1,3% alkoholabhängige Frauen gegenüber. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind eher gering, den höchsten Prävalenzwert weisen mit 4,0% die 25- bis 29-Jährigen auf, den geringsten mit 2,6% die 50- bis 59-Jährigen (Tabelle 17). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung ergeben sich 1,5 Mio. Alkoholabhängige, davon 1,2 Mio. Männer und 300.000 Frauen.

Am häufigsten wurden die Abhängigkeitssymptome »Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt« mit 6,8% und »Entzugssymptome« mit 6,6% genannt. Dabei spielten bei den Ent-

Tabelle 16: Konsequenzen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten

	Gesamt	Männer	Frauen
Führerscheinentzug	0,1	0,2	–
Medizinisch-psychologische Untersuchung	0,1	0,2	–
Arztbesuch	0,4	0,8	0,1
Beratungsstelle aufgesucht	0,3	0,6	–
Alkoholentzug	0,2	0,4	–
Therapie	0,2	0,3	–
Arbeitsstelle verloren	0,1	0,2	–
Scheitern von Beziehungen, Androhung, verlassen zu werden	0,7	1,2	0,1
Verlust von Freundschaften	0,2	0,4	0,1
Körperliche Auseinandersetzung	1,2	2,1	0,3
Auto fahren trotz zu hohem Alkoholkonsum	8,9	12,5	5,0

Tabelle 17: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Alkoholabhängigkeit

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7969	3621	4348	387	560	756	2240	2008	2018
DSM-IV Abhängigkeit	3,1 (223)	4,8	1,3	2,9	3,0	4,0	3,1	3,0	2,6

zugssymptomen »Schwitzen/erhöhter Puls« sowie »Schlaflosigkeit« mit jeweils 2,4% die wichtigste Rolle. Dieses Muster wiederholt sich bei der getrennten Auswertung nach Geschlecht, wobei Frauen im Gegensatz zu den Männern »Entzugssymptome« häufiger nennen als »Substanzgebrauch länger oder

in größeren Mengen als beabsichtigt«. Tendenziell nehmen die Prävalenzen der einzelnen Symptome mit dem Alter ab oder bleiben in etwa konstant, eine Ausnahme bildet nur die Kontrollminderung, die von 1,3% bei den Jüngsten auf 5,2% bei den Ältesten steigt (Tabelle 20).

## 5.7 Tabellen zu Alkohol

Tabelle 18: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Region

	Region			Altersgruppen					
	Gesamt	Westen	Osten	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Männer</b>	<b>3221</b>	<b>2648</b>	<b>532</b>	<b>145</b>	<b>206</b>	<b>278</b>	<b>885</b>	<b>827</b>	<b>880</b>
Abstinenz	4,8 (154)	4,7	5,2	10,5	6,3	3,8	3,8	4,5	5,2
Risikoarmer Konsum	73,7 (2368)	74,7	69,4	68,0	73,2	75,4	76,9	73,3	70,2
Riskanter Konsum	14,9 (487)	14,4	17,1	16,7	12,2	15,4	13,1	15,2	17,6
Gefährlicher Konsum	5,7 (184)	5,2	7,5	4,1	6,9	4,3	5,6	5,8	6,3
Hochkonsum	0,9 (28)	0,9	0,8	0,7	1,5	1,1	0,6	1,2	0,7
<b>Frauen</b>	<b>3922</b>	<b>3160</b>	<b>739</b>	<b>193</b>	<b>299</b>	<b>408</b>	<b>1126</b>	<b>978</b>	<b>918</b>
Abstinenz	6,2 (246)	6,5	5,0	5,8	6,5	6,4	5,3	4,8	8,9
Risikoarmer Konsum	82,9 (3251)	82,2	86,0	82,7	84,6	83,7	84,8	83,9	78,2
Riskanter Konsum	8,3 (323)	8,4	7,9	8,3	6,8	8,4	7,8	8,2	9,6
Gefährlicher Konsum	2,0 (79)	2,3	0,9	1,6	2,0	1,2	1,7	2,5	2,3
Hochkonsum	0,6 (23)	0,7	0,2	1,6	–	0,2	0,4	0,5	1,0

Tabelle 19: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten nach Geschlecht und Region

		Region			Altersgruppen					
		Gesamt	Westen	Osten	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Bier	% <sup>1</sup>	83,9	84,2	82,6	74,8	81,8	83,4	85,3	84,6	84,4
	Liter <sup>2</sup>	3,2	3,1	3,8	3,8	3,6	3,2	3,1	3,2	3,1
Wein/Sekt	%	61,7	62,8	57,2	50,5	59,8	56,9	63,6	63,4	63,7
	Liter	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,8
Spirituosen	%	46,0	44,9	50,9	54,7	50,4	46,8	44,9	44,8	44,9
	Liter	0,07	0,06	0,12	0,10	0,10	0,09	0,06	0,07	0,06
<b>Konsumentinnen von</b>										
Bier	% <sup>1</sup>	49,1	51,4	38,8	46,4	47,7	46,1	50,9	51,9	46,2
	Liter <sup>2</sup>	1,0	1,1	0,8	1,5	1,0	1,0	0,9	1,0	1,1
Wein/Sekt	%	73,2	71,9	78,9	65,3	73,7	73,0	74,3	74,1	72,7
	Liter	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7
Spirituosen	%	30,8	30,8	31,1	47,9	44,6	31,2	27,7	28,6	28,3
	Liter	0,04	0,04	0,04	0,07	0,05	0,03	0,03	0,05	0,05

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

<sup>2</sup> Mittelwerte in Litern pro Woche für Konsumenten des Getränks

Tabelle 20: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Alkoholabhängigkeit

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
(1) Toleranzentwicklung	3,2	4,7	1,7	10,3	5,2	4,1	2,8	2,7	1,4
(2) Entzugssymptome	6,6	8,0	5,1	7,6	6,2	7,5	5,4	7,4	6,7
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	6,8	10,1	3,3	11,2	11,7	10,0	7,3	4,7	3,8
(4) Kontrollminderung	4,0	5,7	2,3	1,3	2,3	3,3	3,7	5,0	5,2
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	3,4	5,4	1,3	5,0	5,2	6,0	3,0	3,0	1,9
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	1,1	1,6	0,6	2,0	1,0	0,7	1,3	1,4	0,6
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	4,9	7,7	2,0	6,3	4,2	5,1	4,8	5,4	4,3

## 6 Medikamente

Während sich die Repräsentativerhebung von 1997 (Kraus & Bauernfeind, 1998a) schwerpunktmäßig noch dem Alkoholkonsum gewidmet hat, sind in der aktuellen Erhebung Fragen zum Gebrauch von Tabak und Medikamenten stärker berücksichtigt worden. Die angemessene Erfassung des Konsums psychoaktiver Medikamente in schriftlichen Befragungen ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Zum einen können weder Tagesdosen noch Indikationen oder die Dauer der Einnahme valide erhoben werden, sodass sich lediglich Aussagen über die Frequenz der Medikamenteneinnahme machen lassen. Kritisch ist zum anderen, dass die verschiedenen Arzneimittel von den Befragten selbst in die vorgegebenen Wirkungsklassen (z. B. Schlaf- oder Schmerzmittel) eingeordnet werden müssen. Hier besteht die Gefahr, dass die Befragten nicht wissen, welcher Kategorie sie ein bestimmtes Arzneimittel zuordnen sollen, und dieses deshalb falsch klassifizieren (Uhl & Springer, 1996). Aus diesem Grund enthielt die vorliegende Fragebogenversion eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente, die den Probanden bei der Zuordnung helfen sollte.

Gefragt wurde nach der Konsumfrequenz von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Diese Medikamentenklassen werden übereinstimmend als wichtigste Gruppen im Zusammenhang mit Missbrauch bzw. Abhängigkeit genannt (Kuhls, 1994; Maffli & Gmel, 1999). Erstmals erfasst wurden darüber hinaus vor dem Hintergrund häufiger Fehlanwendungen (Maffli & Bahner, 1999) auch Antidepressiva und Neuroleptika. Wieder hinzugekommen, nachdem sie in der Erhebung von 1997 unberücksichtigt blieb, ist die Frage nach der 12-Monats-Prävalenz dieser Medikamente.

Auf präzisere Fragen nach Art und Namen der eingenommenen Medikamente wurde wegen des damit verbundenen hohen Aufwandes verzichtet. Weitergehend unklar musste ebenso bleiben, ob diese vorschriftsmäßig oder nicht ihrem eigentlichen Zweck entsprechend (DHS, 1987), d. h. außerhalb der eigentlichen Indikation, in einer anderen Dosierung als vorgeschrieben oder länger als beabsichtigt eingenommen wurden. Zumindest die beiden letztgenannten Kriterien werden durch die DSM-IV Kriterien für Medikamentenabhängigkeit abgedeckt, die im vorliegenden Fragebogen in Anlehnung an eine Untersuchung in der Schweiz (Maffli & Bahner, 1999) erstmals erhoben wurden. Die Diagnose bezieht sich auf die letzten 12 Monate vor der Befragung.

Auf die Erfassung des Missbrauchs der oben genannten Substanzklassen wurde verzichtet. Um dennoch die Personen zu identifizieren, die zwar die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit nicht erfüllen, aber bestimmte abhängige oder Missbrauchsmuster aufweisen, wurde stattdessen ein Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl et al., 1991) neu in den Fragebogen aufgenommen.

### 6.1 Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

#### 6.1.1 Einnahme in den letzten 12 Monaten

Fast die Hälfte aller Befragten gab an, in den letzten 12 Monaten mindestens eines der oben genannten Medikamente eingenommen zu haben (Tabelle 21). Bei den Frauen sind es deutlich mehr (54,7%) als bei den Männern (40,9%). Die weitaus größte Gruppe bilden mit annähernd 45% die Schmerzmittel (Männer: 37,7%, Frauen: 50,9%). Erst mit großem Abstand folgen die Beruhigungs- (6,6%) und Schlafmittel (4,5%). Erstmals wurden 2000 die Antidepressiva mit erhoben. Sie liegen mit etwa 4% der Nennungen an vier-

Tabelle 21: 12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	44,2	37,7	50,9	40,0	42,4	44,6	45,5	45,1	42,7
Schlafmittel	4,5	3,7	5,2	2,6	1,6	2,6	3,2	4,5	8,6
Beruhigungsmittel	6,6	4,7	8,7	7,0	5,4	4,5	4,5	6,1	11,8
Anregungsmittel	0,9	1,0	0,8	–	1,0	0,6	0,8	0,9	1,4
Appetitzügler	1,4	0,6	2,2	0,4	1,7	1,9	1,2	1,7	1,3
Antidepressiva	3,8	2,9	4,7	1,8	2,2	1,6	3,3	4,7	5,9
Neuroleptika	1,2	1,2	1,3	0,6	1,0	0,7	1,0	1,4	2,0
Mindestens ein Medikament	47,7	40,9	54,7	41,3	45,5	46,8	47,9	48,8	48,9

ter Stelle. Während in Bezug auf den Schmerzmittelkonsum keine Altersgruppe besonders herausfällt, scheinen Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva ab einem Alter von 30 bis 39 Jahren zunehmend häufiger eingenommen zu werden. Die höchsten Werte finden sich in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen. Bedenklich hoch ist daneben auch der Konsum von Beruhigungsmitteln unter den 18- bis 20-Jährigen (7%). Wie in Tabelle 26 dargestellt, betrifft dies v. a. die 18- bis 20-jährigen Frauen, deren Prävalenzwert mit ca. 12% fast fünfmal so hoch ist wie der der Männer. Anregungsmittel und Appetitzügler spielen ebenso wie Neuroleptika, die im vorliegenden Fragebogen ebenfalls erstmals berücksichtigt wurden, nur eine untergeordnete Rolle. Außer bei den Anregungsmitteln weisen Frauen bei allen Medikamentenklassen höhere Prävalenzwerte auf als Männer.

Abgesehen von Anregungsmitteln und Appetitzüglern unterscheiden sich die Prävalenzen in Ost- und Westdeutschland kaum. In allen Altersgruppen liegt der Prävalenzwert der Einnahme mindestens eines Medikaments bei den Frauen deutlich über dem der Männer (Tabelle 26).

### 6.1.2 Einnahme in den letzten 30 Tagen

Insgesamt geben 14,7% (WB: 7,1 Mio.) der Befragten die häufige Einnahme (mindestens einmal pro Woche) der genannten Medikamente in den letzten 30 Tagen vor der Befragung an, mit 17,4% deutlich

mehr Frauen (WB: 4,1 Mio.) als Männer (12,2%, 3,0 Mio.). Ebenso wie bei der Einnahme mindestens eines Medikaments in den letzten 12 Monaten liegen bei den Frauen auch die Prävalenzen der Einnahme in den letzten 30 Tagen in allen Altersgruppen deutlich über denen der Männer (Tabelle 22). Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz bei den jüngeren Erwachsenen bis zu einem Alter von 29 Jahren generell niedriger und steigt danach mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Mit 26,5% ist der Anteil derer mit zumindest einem Medikament pro Woche bei den 50- bis 59-jährigen Frauen am höchsten. Am niedrigsten ist der Konsum mit ca. 7,5% unter den 18- bis 29-jährigen Männern. Die Prävalenzwerte sind in Ostdeutschland bei beiden Geschlechtern höher (Abbildung 21 und Tabelle 27).

Im Vergleich der Medikamentengruppen zeigt sich für die letzten 30 Tage ein ähnliches Bild wie für das gesamte letzte Jahr (Abbildung 22 und Tabelle 22): Die dominierende Substanzklasse vor Beruhigungs- und Schlafmitteln ist mit etwa 11% die Gruppe der Schmerzmittel (Männer: 9%, Frauen: 12,5%). Noch vor den Schlafmitteln (1,8%) rangieren im Unterschied zu den letzten 12 Monaten mit 2,3% die Antidepressiva. Die übrigen Medikamente sind mit einer Prävalenz von weniger als 1% kaum von Bedeutung. Wieder zeigt sich, dass Frauen und Personen mittleren bzw. höheren Alters in der Regel einen höheren Konsum berichten. So fällt der Schmerzmittelkonsum der 50- bis 59-Jährigen mit ca. 16% etwa doppelt

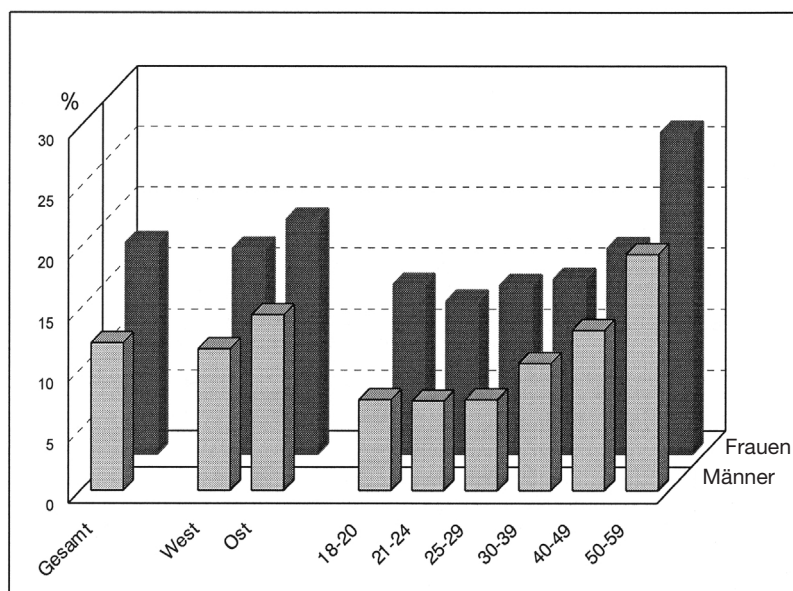


Abbildung 21:  
Prävalenz der häufigen  
Einnahme psychoakti-  
ver Medikamente in den  
letzten 30 Tagen (min-  
destens ein Medikament  
pro Woche) 18- bis  
59-Jähriger

Tabelle 22: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	10,7	9,0	12,5	7,9	7,4	8,6	9,4	10,5	15,8
Schlafmittel	1,8	1,8	1,7	0,6	–	0,6	1,1	2,0	4,1
Beruhigungsmittel	2,6	2,1	3,1	1,2	1,3	0,6	1,7	2,3	6,2
Anregungsmittel	0,3	0,4	0,3	–	0,5	–	0,3	0,3	0,6
Appetitzügler	0,7	0,3	1,1	0,4	0,8	0,7	0,4	0,9	0,8
Antidepressiva	2,3	1,8	2,7	1,0	0,4	0,9	1,7	2,9	4,2
Neuroleptika	0,8	0,9	0,7	0,6	0,6	0,4	0,5	0,8	1,5
Mindestens ein Medikament	14,7	12,2	17,4	10,6	10,0	10,6	12,4	15,0	22,9

Kategorien 1–3 der Skala: 1: Täglich; 2: mehrmals pro Woche; 3: einmal pro Woche; 4: selten(er); 5: nie

so hoch aus wie der der 18- bis 20-Jährigen. Ebenso wie bei der 12-Monats-Prävalenz beträgt der Prävalenzwert der Frauen das 1,4fache des Wertes der Männer.

## 6.2 Screening zur problematischen Einnahme von Medikamenten

Die Befragten wurden gebeten, ihre Meinung zu mehreren Aussagen zur Medikamenteneinnahme abzugeben. Hierzu wurde ein Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) herangezogen. Vier oder mehr positive Antworten signalisieren Handlungsbedarf, d. h. sprechen für ein bestimmtes Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial. Immerhin

3,3% der Befragten erreichen diesen kritischen Wert (Tabelle 23). Bei den Frauen sind es sogar 4,1%. Mit 5,9% fällt besonders die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen negativ ins Gewicht, während die 21- bis 24-Jährigen den niedrigsten Wert aufweisen (1,6%), ein Muster, das sich auch in der Altersverteilung der Abhängigkeit nach DSM-IV wieder findet.

Wie Tabelle 28 zu entnehmen ist, äußerte fast ein Fünftel der Befragten einen sozialen Rückzugswunsch. Besonders Frauen gaben an, sich zeitweilig von allem zurückziehen zu wollen (21,7%). Jeweils zwischen 6% und 7% der Befragten begründeten ihre Medikamenteneinnahme mit Schmerzen (Frauen deutlich häufiger als Männer), gaben an, sich bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben, oder

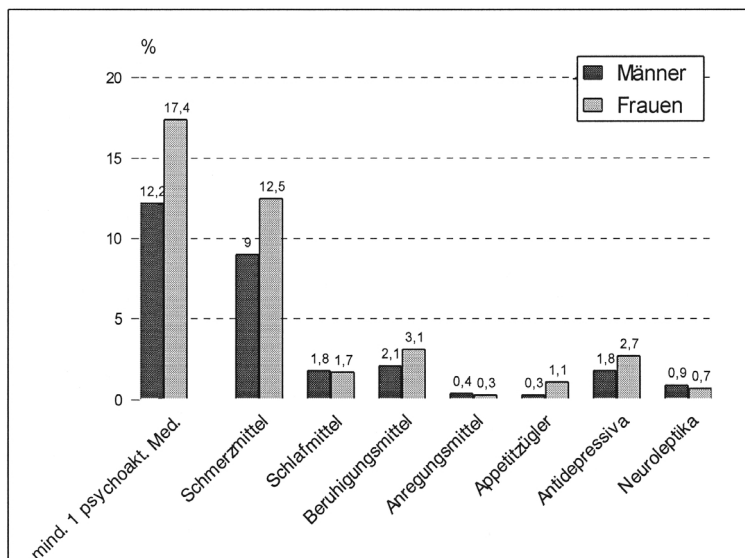


Abbildung 22:  
Prävalenz der häufigen  
Einnahme verschiedener  
psychoaktiver  
Medikamente in den  
letzten 30 Tagen (min-  
destens einmal pro  
Woche) 18- bis 59-  
Jähriger

Tabelle 23: Prävalenz der problematischen Medikamenteneinnahme (KFM)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7969	3601	4368	388	569	755	2249	2005	2003
KFM (≥ 4)	3,3 (278)	2,6	4,1	2,9	1,6	3,5	2,6	2,6	5,9

waren der Meinung, in bestimmten Situationen nicht ohne Medikamente auskommen zu können (insbesondere wiederum Frauen). Etwa 3% waren überzeugt, sich ohne Medikamente unwohl zu fühlen bzw. mit Medikamenten leistungsfähiger zu sein. Dass andere bei ihnen medikamentenbezogene Probleme vermuten, glaubten die wenigsten (0,5%). Bedeutsame Schwankungen über die Altersgruppen hinweg finden sich kaum, lediglich die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen erzielt auffallend schlechtere Werte bezüglich einer Reihe von Items, z. B. den Aussagen, ohne Medikamente schlechter einschlafen (6,1%) oder bestimmte Situationen nicht bewältigen zu können (9,9%). Bedenklich ist in jedem Fall, dass 2,1% der Befragten ein Nachlassen der Medikamentenwirkung, d. h. eine Toleranzsteigerung berichten, was im Sinne von DSM-IV bereits auf das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit hindeutet. Weitaus am höchsten ist dieser Anteil neben den 50- bis 59-Jährigen (3,4%) bei den jüngeren Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 20 Jahren (3,0%).

### 6.3 Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV

Abhängigkeit nach DSM-IV wurde für Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler erfasst. Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei von sieben umschriebenen Symptomen für denselben 12-Monats-Zeitraum zutreffen. Zur Erfassung dieser Symptome wurden an DSM-IV angelehnte Fragen eingesetzt. Es zeigt sich ein ähnliches Muster wie schon bei den problematischen Aussagen zum Medikamentengebrauch (Tabelle 24): Insgesamt 2,9% (WB: 1,4 Mio.) der Befragten erfüllen die Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit,

Frauen (3,2%; WB: 750.000) generell häufiger als Männer (2,5%; WB: 610.000). Die 50- bis 59-Jährigen liegen mit 4,9% deutlich vor den anderen Altersgruppen. Der niedrigste Wert ergibt sich für die Gruppe der 21- bis 24-Jährigen (1,7%).

Als auffälligstes Abhängigkeitssymptom erweist sich mit 6,7% das Kriterium 3 (Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt) (Tabelle 29). Danach folgen die Kriterien 7 (Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen), 4 (Kontrollminderung) und 2 (Entzugssymptome). Etwa 3% der Befragten berichten eine Toleranzentwicklung, d. h. eine deutliche Dosissteigerung oder eine verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme (Kriterium 1), und ca. 2% geben an, bereits wichtige Tätigkeiten aufgrund des Medikamentenkonsums eingeschränkt zu haben (Kriterium 6). Kaum Bedeutung im Zusammenhang mit medikamentenbezogenen Abhängigkeitsproblemen hat dagegen das Kriterium 5 (hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung). Charakteristisch für eine körperliche Abhängigkeit nach DSM-IV sind die Kriterien Toleranzentwicklung und Entzugssymptome des jeweiligen Medikamentes. Ähnlich wie schon beim Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch ist eine Toleranzentwicklung besonders in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen festzustellen (4,3%). Demgegenüber werden Entzugssymptome erst mit zunehmendem Alter immer häufiger berichtet, den weitaus höchsten Wert erreichen die 50- bis 59-Jährigen (6,6%). Außer bei der Toleranzentwicklung weisen die 50- bis 59-Jährigen bei allen Symptomen höhere Prävalenzwerte auf als die anderen Altersgruppen. Besonders auffällig sind ihre erfolglosen Versuche, den Medikamentengebrauch zu kontrollieren (Kriterium 4). Gleiches gilt für die Frauen, deren Präva-

Tabelle 24: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7408	3417	3991	366	523	695	2080	1856	1888
DSM-IV Abhängigkeit	2,9 (222)	2,5	3,2	2,0	1,7	1,9	2,3	2,7	4,9

lenzwert bei allen Symptomen deutlich über dem der Männer liegt.

Im Vergleich der Abhängigkeit von verschiedenen Medikamenten (Tabelle 25) fallen mit einer Prävalenz von 2,2% vor allem die Schmerzmittel ins Gewicht (Männer: 1,8%, Frauen: 2,7%). Den höchsten Wert erzielen hier wiederum die 50- bis 59-Jährigen (3,8%). Die anderen Medikamentengruppen

spielen mit Werten bis maximal 0,5% nur eine untergeordnete Rolle. Auffällig ist lediglich, dass die berichteten Prävalenzen der Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, zu denen die bekannte Suchtgruppe der Benzodiazepine zu zählen ist, relativ gering ausfallen. Erwartungsgemäß finden sich bei den Ältesten tendenziell höhere Prävalenzen.

Tabelle 25: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Abhängigkeit von verschiedenen Medikamenten

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	2,2	1,8	2,7	1,4	1,3	1,1	2,0	2,1	3,8
Schlafmittel	0,5	0,6	0,3	0,5	0,2	0,7	0,2	0,3	1,0
Beruhigungsmittel	0,5	0,5	0,6	0,8	0,2	0,4	0,3	0,5	1,2
Anregungsmittel	–	0,1	–	–	–	–	–	–	0,2
Appetitzügler	–	–	0,1	0,2	–	–	–	–	0,1

## 6.4 Tabellen zu Medikamenten

Tabelle 26: 12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente nach Geschlecht und Region

Männer	Region			Altersgruppen					
	Gesamt	West	Ost	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	37,7	36,9	41,0	32,6	33,4	36,1	40,3	37,1	38,3
Schlafmittel	3,7	3,7	4,1	0,6	1,8	1,9	2,9	3,8	7,5
Beruhigungsmittel	4,7	4,5	5,4	2,4	5,7	2,6	3,1	4,2	8,9
Anregungsmittel	1,0	0,8	1,5	–	1,3	0,3	0,8	0,9	1,7
Appetitzügler	0,6	0,6	0,7	–	0,8	0,7	0,5	0,8	0,7
Antidepressiva	2,9	2,7	3,8	1,2	1,8	1,3	2,2	4,3	4,2
Neuroleptika	1,2	1,1	1,4	1,2	1,8	0,3	0,9	1,3	1,7
Mindestens ein Medikament	40,9	39,8	45,7	33,4	36,6	36,7	42,7	41,3	43,9
<b>Frauen</b>									
Schmerzmittel	50,9	50,8	51,6	48,2	51,4	53,7	51,0	53,3	47,1
Schlafmittel	5,2	4,8	7,1	4,8	1,5	3,5	3,5	5,3	9,8
Beruhigungsmittel	8,7	8,0	11,4	11,9	5,2	6,5	6,0	8,1	14,7
Anregungsmittel	0,8	0,7	1,4	–	0,6	0,9	0,8	0,9	1,1
Appetitzügler	2,2	1,8	3,8	0,9	2,5	3,2	1,9	2,6	1,8
Antidepressiva	4,7	4,7	4,7	2,4	2,6	1,9	4,4	5,1	7,6
Neuroleptika	1,3	1,3	1,4	–	0,3	1,2	1,2	1,4	2,2
Mindestens ein Medikament	54,7	54,3	56,1	50,0	54,5	57,5	53,5	56,4	53,8

Tabelle 27: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Region

Männer	Region			Altersgruppen					
	Gesamt	Westen	Osten	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	9,0	8,7	10,4	5,1	5,2	6,5	8,0	9,6	13,7
Schlafmittel	1,8	1,6	2,8	–	–	0,6	1,4	2,1	3,9
Beruhigungsmittel	2,1	1,9	2,9	0,6	0,8	0,4	1,4	2,1	5,0
Anregungsmittel	0,4	0,3	0,7	–	0,4	–	0,3	0,6	0,8
Appetitzügler	0,3	0,3	0,1	–	–	–	0,3	0,6	0,3
Antidepressiva	1,8	1,6	2,6	0,6	0,4	0,7	1,2	2,9	2,9
Neuroleptika	0,9	0,8	1,3	1,2	0,9	0,3	0,6	1,0	1,4
Mindestens ein Medikament	12,2	11,7	14,5	7,5	7,4	7,5	10,5	13,2	19,4
<b>Frauen</b>									
Schmerzmittel	12,5	12,4	13,0	11,0	9,5	10,9	10,9	11,5	18,0
Schlafmittel	1,7	1,6	2,2	1,4	–	0,7	0,7	1,8	4,4
Beruhigungsmittel	3,1	3,0	3,6	1,8	1,8	0,9	2,0	2,5	7,3
Anregungsmittel	0,3	0,2	0,6	–	0,6	–	0,3	0,1	0,5
Appetitzügler	1,1	0,9	1,9	0,9	1,5	1,4	0,5	1,3	1,3
Antidepressiva	2,7	2,7	2,8	1,4	0,3	1,1	2,2	2,8	5,5
Neuroleptika	0,7	0,7	0,6	–	0,3	0,5	0,5	0,5	1,5
Mindestens ein Medikament	17,4	16,9	19,3	14,0	12,6	13,9	14,4	16,9	26,5

Kategorien 1–3 der Skala: 1: Täglich; 2: mehrmals pro Woche; 3: einmal pro Woche; 4: selten(er); 5: nie

Tabelle 28: Prävalenz der Kriterien für problematische Medikamenteneinnahme (KFM)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	2,8	2,2	3,5	1,1	1,0	1,3	1,8	3,1	6,1
Tablettenvorrat	6,6	6,3	6,9	6,6	7,6	7,9	6,9	5,5	6,3
Sozialer Rückzugswunsch	18,0	14,4	21,7	14,8	18,1	17,3	18,9	17,4	18,6
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	6,0	4,7	7,4	3,7	2,7	5,2	5,5	5,2	9,9
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,5	0,6	0,4	1,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,3
Toleranzsteigerung	2,1	2,0	2,1	3,0	1,8	2,1	1,4	1,6	3,4
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	6,4	4,9	7,9	5,2	3,7	5,7	5,4	5,9	9,7
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhten Medikamentenkonsums	1,8	1,5	2,2	3,1	2,4	1,7	1,7	1,5	1,9
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	3,2	3,0	3,4	1,2	1,0	1,9	1,9	2,9	7,4
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	1,8	1,5	2,0	2,2	1,4	2,1	1,4	1,4	2,6
Mit Medikamenten leistungsfähiger	3,4	2,6	4,2	1,5	2,1	2,8	2,7	2,8	6,3

*Tabelle 29: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)*

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
(1) Toleranzentwicklung	2,8	2,3	3,4	4,3	2,1	2,6	2,5	2,7	3,4
(2) Entzugssymptome	3,4	2,8	4,0	1,1	1,4	2,0	2,8	3,1	6,6
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	6,7	5,7	7,8	6,7	6,8	6,5	5,4	6,7	8,7
(4) Kontrollminderung	3,6	2,9	4,3	2,4	1,4	2,1	2,6	3,4	7,1
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch der Erholung	1,2	1,0	1,3	1,5	0,8	0,5	1,3	1,0	1,7
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	2,4	2,3	2,6	2,7	2,4	2,0	2,2	2,1	3,2
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	3,9	3,1	4,8	3,0	4,1	3,3	3,9	3,5	4,9

## 7 Tabak

Analog zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde auch der Zigarettenkonsum mit einem Frequenz-Menge-Index erhoben. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag berechnet sich dabei aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten. Die Mengen aufgenommenen Kondensats und Nikotins können nicht spezifisch berechnet werden, da sie nicht nur vom Nikotin- und Kondensatgehalt der Zigaretten, sondern auch von individuellen Rauchgewohnheiten (Zugvolumen und -frequenz) abhängen (Junge, 1997). Bei der Erfassung des Nikotinkonsums wurde differenziert nach unterschiedlichen Tabakwaren (z. B. Zigaretten, Zigarren, Pfeife) sowie nach Schnupf- und Kautabak. Nikotin hat ein extrem hohes Suchtpotenzial (WHO, 1999). Daher widmet sich erstmalig ein Teil der Studie der Erfassung der Nikotinabhängigkeit. Erhebungsinstrumente waren hier der Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND; Heatherton et al., 1991) sowie Fragen, die sich an die Kriterien der Abhängigkeit nach DSM-IV anlehnen. Die Änderungsmotivation der Raucher wurde nach dem Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1992) erhoben, und sowohl Raucher als auch Exraucher wurden zu Hilfsmitteln befragt, die sie benutzt hatten, um das Rauchen aufzugeben. Ein weiterer Fragenkomplex widmet sich dem Thema Passivrauchen.

### 7.1 Tabakwaren

Die Raucher wurden danach gefragt, welches Produkt sie für gewöhnlich benutzen und welche sie zusätzlich oder früher konsumiert haben. Bei der Frage nach den Tabakwaren, die zusätzlich zum normalerweise gerauchten Produkt konsumiert wurden, waren Mehrfachnennungen möglich. Die meisten Raucher bevorzugten fabrikfertige Filterzigaretten (87,5%), bei den Frauen waren es sogar fast 94%. Danach folgen selbst hergestellte Zigaretten ohne Filter mit 3,8% aller Befragten, wobei die Männer mit 5,6% den größeren Anteil stellen, und selbsthergestellte Filterzigaretten (insgesamt etwas über 3%). Alle anderen Produkte wurden mit unter 2% deutlich seltener als hauptsächliche Rauchware genannt, am geringsten war der Anteil bei Zigarren (0,5%). Als weitere Rauchware, zusätzlich zu dem Fabrikat, das hauptsächlich geraucht wurde, nannten die Befragten vor allem filterlose selbst hergestellte Zigaretten (ca. 15%), Zigarillos (insgesamt 12%; Männer 18%, Frauen 4%) sowie selbst hergestellte Filterzigaretten (11,2%) (Tabelle 30).

Neben dem Rauchen von Tabak (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos und Pfeife) wurde zusätzlich erstmalig der Konsum von Schnupf- und Kautabak erfasst. Die Lebenszeitprävalenz von Schnupftabak beträgt insgesamt 11,4%, die von Kautabak nahezu 2%. Beide Produkte werden hauptsächlich von jüngeren Konsumenten genutzt, die prozentualen Anteile nehmen mit steigendem Alter tendenziell ab. So liegt beispielsweise die Lebenszeitprävalenz der 18- bis 20-Jährigen beim Schnupftabak bei ca. 21%, bei den 50- bis 59-Jährigen sind es nur noch 5,4%. Die 12-Monats-Prävalenz liegt beim Schnupftabak bei 1,6%, beim

Tabelle 30: Hauptsächliche und weitere Tabakwaren

	Hauptsächliche Tabakwaren			Weitere Tabakwaren		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Zigaretten mit Filter (fabrikfertig)	87,5	82,5	93,8	8,7	11,1	5,6
Zigaretten mit Filter (selbst hergestellt)	3,4	3,3	3,6	11,2	12,5	9,5
Zigaretten ohne Filter (fabrikfertig)	1,4	2,3	0,3	8,8	13,5	2,6
Zigaretten ohne Filter (selbst hergestellt)	3,8	5,6	1,4	15,4	18,8	11,0
Zigarren	0,5	0,8	0,1	7,6	12,5	1,0
Zigarillos	1,8	2,6	0,7	12,0	18,2	3,6
Pfeife	1,6	2,8	0,1	7,7	12,6	1,1

Tabelle 31: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von Schnupf- und Kautabak

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schnupftabak	11,4	18,6	4,0	20,7	19,0	14,9	13,0	8,7	5,4
Kautabak	1,8	3,1	0,4	2,5	4,3	3,7	1,9	1,0	0,3
<b>12-Monate</b>									
Schnupftabak	1,6	2,6	0,5	5,2	2,3	2,0	1,4	1,1	0,9
Kautabak	0,2	0,4	–	1,3	0,7	0,7	–	–	–

Kautabak bei 0,2%. Wie bei der Lebenszeitprävalenz ist auch bei der 12-Monats-Prävalenz bei beiden Produkten der Anteil der jüngeren Konsumenten am höchsten und nimmt dann tendenziell mit steigendem Alter ab. Kautabak konsumierten im letzten Jahr nur die unter 30-Jährigen. Sowohl bei Schnupf- als auch bei Kautabak zeigten sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Frauen konsumierten diese Produkte wesentlich seltener als Männer (Tabelle 31).

## 7.2 Tabakkonsum

Die Verteilungen der Raucher, Nichtraucher und ehemaligen Raucher (Exraucher) sind in Abbildung 23 dargestellt. Raucher sind definiert als Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Zu den Nichtrauchern zählen auch Personen, die Tabakwaren zwar probiert, insgesamt aber nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht haben. Exraucher sind Personen, die schon mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte konsumiert haben, derzeit jedoch abstinent sind. Insgesamt gaben fast 35% aller Befragten an, zu rauchen, 39% der Männer und 31% der Frauen (Tabelle 32). Bezogen auf die 18- bis 59-jährige Wohnbevölkerung sind dies 16,7 Mio. Personen (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen). Der Anteil der Raucher nimmt mit dem Alter ab. Die meisten Raucher finden sich in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen (45%), den geringsten Anteil (24,2%) stellen die 50- bis 59-Jährigen. Der Anteil der Exraucher (insgesamt 22,5%) nimmt mit dem Alter tendenziell zu. Über die Hälfte der Frauen und etwa 35% der Männer sind der Gruppe der Nichtraucher zuzurechnen.

Vergleicht man die Anteile der Raucher, Exraucher und Nichtraucher in Ost und West, so findet man kaum Unterschiede (Tabelle 40). Lediglich bei den Frauen ist der Anteil der Nichtraucherinnen in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland (57% vs. 49%), dementsprechend ist der Anteil der Raucherin-

nen im Osten etwas niedriger als im Westen (27% vs. 32%).

## 7.3 Umfang des Zigarettenkonsums

Über 35% der Tabakkonsumenten gaben an, im Durchschnitt pro Tag 20 oder mehr Zigaretten zu rauchen. Diese Gruppe wurde als starke Raucher definiert. Bezogen auf die 18- bis 59-jährige Wohnbevölkerung sind dies 5,8 Millionen Personen. Bei den Männern ist der Anteil der starken Raucher mit ca. 41% deutlich höher als bei den Frauen mit fast 28% (Abbildung 23). Der Anteil der starken Raucher steigt tendenziell mit zunehmendem Alter. In der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen sind es 18%, bei den 50- bis 59-Jährigen sind es bereits über 46% (Tabelle 33). Der Anteil der Raucher, die zwischen 11 und 19 Zigaretten täglich konsumierten (insgesamt fast 23%) bewegt sich über alle Altersgruppen zwischen 20% und 30%. Der Anteil der leichten Raucher mit einem Konsum von durchschnittlich bis 10 Zigaretten pro Tag liegt insgesamt bei 42% und nimmt mit steigendem Alter tendenziell ab. Bei den 21 bis 24-Jährigen sind es nahezu 59%, bei den 50- bis 59-Jährigen nur etwa 32%.

Vergleicht man den durchschnittlichen Zigarettenkonsum pro Tag nach Geschlecht und Region, so finden sich in Ost- und Westdeutschland kaum Unterschiede (Tabelle 41). Lediglich bei den Frauen unterscheiden sich die Werte. Im Westen gibt es mehr starke Raucherinnen (29% West, 19% Ost), im Osten dagegen mehr leichte Raucherinnen mit weniger als 10 Zigaretten täglich (49% West, 58% Ost).

## 7.4 Nikotinabhängigkeit nach Fagerström

Neben der Klassifikation nach DSM-IV wurde die Nikotinabhängigkeit mit dem Fagerström-Test (FTND; Heatherton et al., 1991) erhoben. Dieser Test ist so konzipiert, dass der Untersuchungsschwerpunkt primär auf dem Aspekt der körperlichen

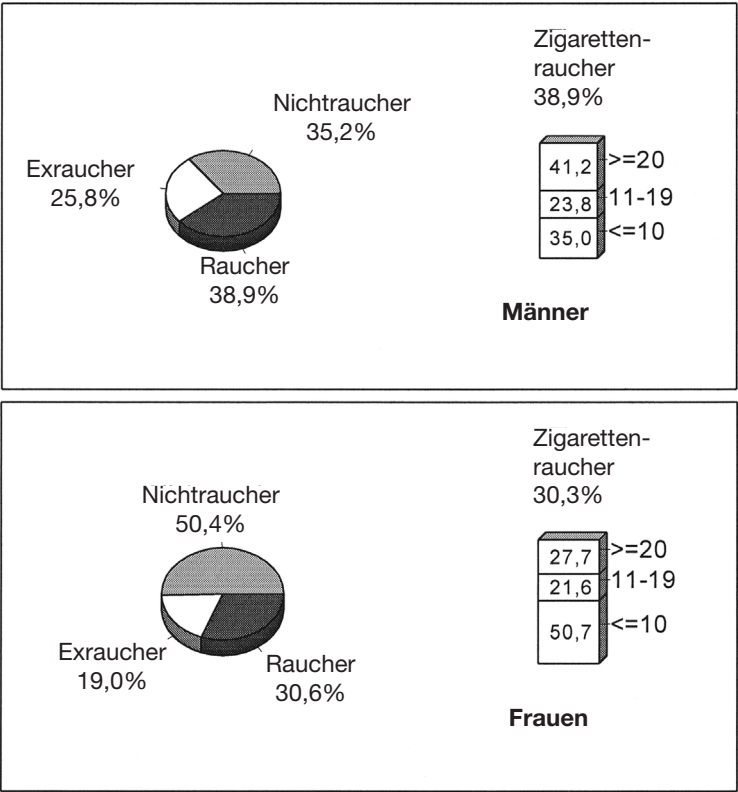


Abbildung 23:  
Prävalenz des Tabakkonsums  
und durchschnittliche Zahl  
der Zigaretten pro Tag

Tabelle 32: Raucher, Extraucher und Nichtraucher

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	8055	3647	4408	394	571	763	2265	2024	2038
Nichtraucher	42,7 (3476)	35,2	50,4	49,4	51,9	48,0	42,0	36,0	43,2
Extraucher	22,5 (1866)	25,8	19,0	5,6	7,4	14,4	20,1	29,0	32,6
Raucher	34,8 (2713)	38,9	30,6	45,0	40,7	37,6	37,9	35,0	24,2

Tabelle 33: Zigarettenkonsum pro Tag der Zigarettenraucher

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	2382	1178	1204	161	211	257	752	601	400
bis 10	41,9 (1006)	35,0	50,7	52,8	58,8	46,5	42,3	34,1	32,4
11–19	22,8 (536)	23,8	21,6	29,2	24,0	22,2	20,7	24,3	21,5
20 oder mehr	35,3 (840)	41,2	27,7	18,0	17,2	31,3	37,0	41,5	46,1

Tabelle 34: Prävalenz der Nikotinabhängigkeit bei aktuellen Zigarettenrauchern nach Fagerström (FTND)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	2233	1092	1141	151	196	246	710	562	368
FTND ( $\geq 4$ )	34,8 (779)	38,5	30,2	26,4	21,8	30,4	34,6	40,7	43,2

Abhängigkeit liegt. Der FTND liefert keine kategoriale Einteilung in abhängige bzw. nicht abhängige Raucher, sondern erfasst die Stärke der Abhängigkeit als psychometrische Größe (Batra, 2000). In der Literatur werden verschiedene Cut-off-Points verwendet. Um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen, sind in Tabelle 42 die prozentualen Verteilungen der erreichten Punktwerte einzeln aufgeführt. Grundsätzlich gilt, dass die Abhängigkeit umso stärker ist, je höher der erreichte Summenscore im Test liegt. Die angegebenen Punktwerte beziehen sich nur auf Personen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten.

Personen mit einem Score von vier oder mehr Punkten wurden als deutlich abhängig definiert (Breslau & Johnson, 2000). Einen Score von vier oder mehr Punkten im FTND erreichten etwa 35% aller befragten Raucher. Dabei waren die Männer mit 38,5% häufiger vertreten als die Frauen mit ca. 30%. Der Anteil der stärker Abhängigen steigt mit zunehmendem Alter. Sind es bei den 18- bis 20-Jährigen noch etwa 26%, so erreichen die 50- bis 59-Jährigen abhängigen Raucher bereits einen Anteil von über 43% (Tabelle 34).

### 7.5 Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

Für die Untersuchung der Nikotinabhängigkeit in Anlehnung an die Kriterien des DSM-IV wurden sowohl Raucher befragt als auch Exraucher, die in den letzten 12 Monaten aufgehört hatten, zu rauchen. Wurden drei oder mehr der sieben DSM-Kriterien positiv beantwortet, wurde die Diagnose Nikotinabhängigkeit vergeben. Der Anteil der nach diesen Kriterien Nikotinabhängigen liegt, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, insgesamt bei gut 8% (WB: 3,9 Mio.),

dabei sind Männer mit 9% (WB: 2,2 Mio.) etwas häufiger vertreten als Frauen (etwa 7%; WB: 1,7 Mio.). Betrachtet man die Prävalenzen in den verschiedenen Altersgruppen, so fällt auf, dass vor allem die jüngeren Befragten als nikotinabhängig einzustufen waren (Tabelle 35). Bei den 18- bis 20-Jährigen liegt der Anteil bei 18%, er nimmt mit steigendem Alter immer mehr ab und liegt bei der ältesten Gruppe, den 50- bis 59-Jährigen, bei nur noch knapp 4%. Die am häufigsten genannten Kategorien waren »Entzugssymptome« (15,4%) und »Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen« (11,9%; Tabelle 43).

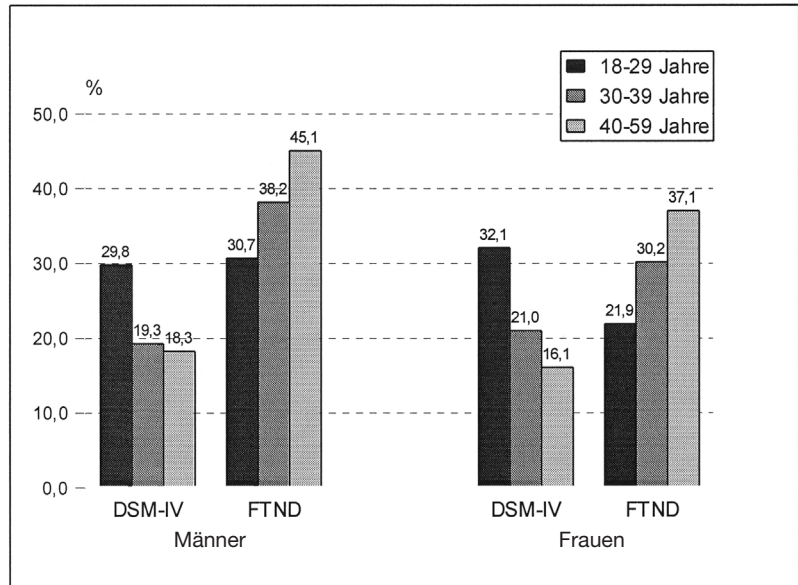
#### Nikotinabhängigkeit: DSM-IV und FTND im Vergleich

Die Zahlen zu DSM-IV in Tabelle 35 beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung (Raucher und Nichtraucher). Ein Vergleich zwischen den Anteilen der Nikotinabhängigen nach DSM-IV und FTND in der Stichprobe der Raucher ist in Abbildung 24 – getrennt nach Geschlecht – für drei Altersgruppen dargestellt. Insgesamt bewegt sich der Anteil der nikotinabhängigen Raucher bzw. Raucherinnen nach DSM-IV zwischen 16% und 32%, nach FTND zwischen 22% und 45%. Auffällig ist jedoch die genau gegenläufige Altersverteilung in den beiden Instrumenten. So nimmt die Zahl der Nikotinabhängigen nach DSM-IV mit steigendem Alter ab, nach FTND dagegen zu, und zwar sowohl bei den Rauchern als auch bei den Raucherinnen.

Tabelle 35: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Nikotinabhängigkeit

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7908	3562	4346	382	561	750	2222	1993	2000
Abhängigkeit nach DSM-IV	8,2 (613)	9,0	7,4	18,0	11,9	11,1	8,6	6,7	3,9

Abbildung 24:  
12-Monats-Prävalenz  
der Nikotinabhängigkeit  
bei Rauchern nach  
DSM-IV und FTND



## 7.6 Rauchstadium und Änderungsbereitschaft

In der vorliegenden Studie wurde die Änderungsbereitschaft der Raucher in Anlehnung an das Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1992) mit dem Fragebogen von Etter und Perneger (1999) erfasst. Nach dem Modell von Prochaska und DiClemente durchlaufen Raucher auf dem Weg in die Abstinenz die fünf Stufen Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung. Tabelle 36 zeigt die Anteile der befragten Raucher bzw. Exraucher in den einzelnen Stufen nach Geschlecht und nach der Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten. Die meisten (fast 37%) gaben an, dass sie mit dem Gedanken spielen, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie sind damit im Modell der Stufe der Absichtsbildung zuzurechnen. Etwas mehr als 35% befinden sich in der Stufe der Aufrechterhaltung, d. h. haben vor mehr als 6 Monaten mit dem Rauchen aufgehört. Weitere 19,4% haben nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören, und werden daher zur Stufe der Absichtslosigkeit gerechnet. Die beiden Kategorien der Vorbereitung (Absicht, innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufzuhören) und der Handlung (innerhalb der letzten 6 Monate aufgehört) sind mit 2% bzw. knapp 7% relativ gering besetzt. Damit befinden sich in den Stufen Absichtslosigkeit und Absichtsbildung, die als die Stufen mit der geringsten Änderungs-

wahrscheinlichkeit gelten, zusammen über die Hälfte (56,2%).

Es finden sich bei der Kategorisierung nach Stufen der Änderungsbereitschaft kaum Geschlechtsunterschiede. Differenziert man nach der Anzahl der durchschnittlich pro Tag konsumierten Zigaretten in leichte, mittlere und starke Raucher, so ist die prozentuale Verteilung in den einzelnen Stufen meist ähnlich. Je mehr Zigaretten geraucht werden, desto höher ist der Anteil derer, die keine Absicht haben, das Rauchen aufzugeben. Relativ niedrig (28,3%) ist die Prozentzahl der starken Raucher in der Stufe der Absichtsbildung. In dieser Stufe stellen die mittelstarken Raucher den größten Anteil (gut 41%). In der Stufe der Aufrechterhaltung (vor mehr als 6 Monaten aufgehört) befinden sich etwa gleich viele Stark- und Wenigraucher (jeweils über 47%) und nur ein relativ geringer Anteil der Raucher mit mittlerem Zigarettenkonsum (fast 35%).

Die Gruppe der Befragten, die nicht täglich rauchten, unterscheidet sich am deutlichsten von den anderen Rauchern. In der Stufe der Handlung (in den letzten 6 Monaten aufgehört) stellen sie mit gut 17% den größten Anteil (tägliche Raucher: unter 5%); in der Stufe der Aufrechterhaltung dagegen den kleinsten Anteil (18,1%), während der Anteil bei den täglichen Rauchern stets über 30% liegt.

Tabelle 36: Änderungsbereitschaft nach Höhe des Zigarettenkonsums pro Tag von Rauchern und Exrauchern

	Geschlecht			Zigarettenkonsum			
	Gesamt	Männer	Frauen	nicht täglich	bis 10	11–20	> 20
	4487	2361	2126	869	899	1522	837
Absichtslosigkeit	19,4 (854)	18,4	20,6	19,8	13,3	19,7	20,2
Absichtsbildung	36,8 (1606)	36,5	37,2	40,3	33,3	41,1	28,3
Vorbereitung	2,1 (91)	1,9	2,3	4,5	1,5	1,3	1,2
Handlung	6,7 (281)	7,6	5,5	17,3	4,3	3,2	2,9
Aufrechterhaltung	35,1 (1655)	35,6	34,3	18,1	47,6	34,7	47,3

### 7.7 Beendigung des Tabakkonsums

Sowohl Raucherinnen als auch Raucher wurden in den letzten 12 Monaten vor allem von Familienangehörigen oder Personen aus dem engeren Bekanntenkreis dazu aufgefordert, das Rauchen aufzugeben, am häufigsten mit über 34% von ihrem Partner (Tabelle 37). Es finden sich kaum Geschlechtsunterschiede. Bei den Männern kam der Rat tendenziell etwas häufiger aus dem weiter gefassten sozialen Umfeld (z. B. Arbeitskollegen, Arzt). Einen ärztlichen Rat, das Rauchen aufzugeben, erhielten 20% der Männer und etwa 15% der Frauen.

In Tabelle 38 ist dargestellt, welche Hilfsmittel die Raucher nutzten, um ihren Tabakkonsum zu beenden, aufgeteilt nach Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören (Exraucher), und solchen, die einen vergeblichen Versuch unternommen haben und immer noch rauchen. Die Rangfolge der beliebtesten Hilfsmittel ist in beiden Gruppen bis auf die nicht näher bezeichnete Kategorie »Andere Hilfsmittel« gleich. Ein Großteil der Personen versuchte, sich ohne Hilfsmittel das Rauchen abzugewöhnen, wobei dies bei erfolgreichen Exrauchern häufiger (ca. 87%) der Fall war als bei den Rauchern, die beim Aufhörversuch scheiterten (62%). Die Anteile der anderen Hilfsmittel liegen bei den ehemaligen Rauchern stets niedriger als bei den derzeitigen Rauchern. Als weitere wichtige Hilfsmittel folgen die Unterstützung durch Partner(in), Freund(in) oder Familie sowie Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos. Vergleichsweise beliebt, vor allem bei denjenigen, denen es nicht gelang mit dem Rauchen aufzuhören, waren auch Nikotinpflaster (Raucher 9,1%, Exraucher 1,5%) und Nikotinkaugummi (Raucher fast 8%, Exraucher 1%). Deutlich weniger genutzt wurden Akupunktur bzw. Akupressur (Raucher 1,7%, Exraucher 0,8%) und Entwöhnungskurse und -seminare sowie Hypnose (jeweils unter 1%). Es zeigen sich

kaum Geschlechtsunterschiede. Tendenziell griffen Frauen etwas häufiger zu Büchern, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos als Männer. Die Exraucherinnen gaben außerdem etwas häufiger als die Exraucher an, von der Unterstützung durch Partner(in), Freund(in) oder Familie profitiert zu haben.

### 7.8 Passivrauchen

Die Forderungen von Interessenverbänden nach umfassenderem Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz und in öffentlichen Bereichen werden immer deutlicher. Die soziale Akzeptanz des Rauchens soll nicht nur durch verschiedene Kampagnen in den Medien, sondern auch durch gesetzliche Maßnahmen reduziert werden. Um die mit dem Passivrauchen verbundenen Gefahren einzudämmen, verabschiedete die Europäische Union im Juli 1989 eine Resolution, in der sie die Mitgliedstaaten aufforderte, Maßnahmen gegen das Rauchen in der Öffentlichkeit zu ergreifen. Das Recht der Nichtraucher auf Gesundheit sollte höher bewertet werden als das Recht zu rauchen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Mitgliedstaaten gibt es bislang in Deutschland keine gesetzliche Grundlage zum Nichtrauchererschutz (Harkin, Anderson & Goos, 1997). Eine 2000 gestartete Initiative zum verbesserten Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz wird derzeit im Deutschen Bundestag verhandelt.

Die Fragen zum Passivrauchen wandten sich nur an Nicht- und Exraucher. Diese Personengruppe war durchschnittlich 8,5 Stunden pro Woche Zigarettenrauch ausgesetzt, Männer etwas länger als Frauen (10 Stunden bei den Männern vs. 7 Stunden bei den Frauen). Vor allem in der Freizeit, d. h. in Clubs, Diskotheken, Gaststätten oder bei sonstigen Veranstaltungen befanden sich Nicht- und Exraucher häufig in Räumen, in denen geraucht wurde (79%). Die Hälfte der berufstätigen Befragten war auch während der

Tabelle 37: Aufforderungen zum Thema »Rauchen aufhören« in den letzten 12 Monaten

	Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
(Ehe-)Partner	34,4	35,8	32,7
Eltern	32,1	31,9	32,3
Eigene Kinder	23,6	20,3	27,9
Freund/in, Bekannte	21,8	22,9	20,3
Personen am Arbeitsplatz	15,1	16,8	12,9
Ein Arzt	18,0	20,0	15,4
Andere Personen	9,9	11,0	8,5

Tabelle 38: Benutzte Hilfsmittel, um mit dem Rauchen aufzuhören

	Personen, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben			Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
	904	459	445	1866	1021	845
Entwöhnungskurs oder -seminar	0,8 (7)	0,7	0,9	0,4 (7)	0,3	0,5
Nikotinpflaster	9,1 (82)	9,3	8,8	1,5 (26)	1,7	1,2
Nikotinkaugummi	7,6 (68)	8,4	6,6	1,0 (17)	0,9	1,0
Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs, Videos	10,9 (97)	9,0	13,4	2,8 (52)	1,7	4,3
Hypnose	0,2 (2)	0,2	0,2	0,2 (3)	0,2	0,1
Akupunktur, Akupressur	1,7 (16)	1,5	2,1	0,8 (15)	0,6	1,0
Unterstützung durch Partner(in), Freund(in), Familie	17,7 (157)	17,9	17,6	12,7 (236)	10,1	16,4
Andere Hilfsmittel	6,2 (51)	8,0	3,8	2,1 (36)	2,1	2,1
Keine Hilfsmittel	62,0 (552)	62,4	61,5	87,2 (1555)	90,0	83,2

Arbeit Zigarettenrauch ausgesetzt, Männer häufiger als Frauen (Tabelle 39). Die meisten Nicht- und Exraucher fühlten sich durch das Passivrauchen stark gestört (48%), weitere 37% störte der Zigarettenrauch weniger stark. Nur 15% fühlten sich durch Rauchen in ihrer Gegenwart nicht beeinträchtigt. Ein

relativ großer Anteil (36%) der Befragten hat im letzten Jahr versucht, Orte zu meiden, an denen viel geraucht wird bzw. hat in der Wohnung rauchfreie Räume eingeführt. Frauen waren hier etwas häufiger vertreten als Männer (40% vs. 31%).

Tabelle 39: Aussagen zum Passivrauchen von Nicht- und Exrauchern

	Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen
Passivrauchen zu Hause	16,6	14,9	18,4
Passivrauchen in der Arbeit <sup>1</sup>	49,5	56,3	41,2
Passivrauchen in der Freizeit	79,1	78,7	79,5
Passivrauchen bei sonstigen Gelegenheiten	22,1	19,9	24,4
Raucher stören stark	47,5	42,8	51,8
weniger stark	37,3	39,3	35,4
gar nicht	15,2	17,9	12,8
Versucht, Passivrauchen zu vermeiden	35,5	30,8	39,9

<sup>1</sup> Erwerbstätige und Auszubildende

## 7.9 Tabellen zu Tabak

Tabelle 40: Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Alter und Region

	Region			Altersgruppen					
	Gesamt	Westen	Osten	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Männer</b>	<b>3647</b>	<b>2997</b>	<b>603</b>	<b>173</b>	<b>237</b>	<b>315</b>	<b>980</b>	<b>930</b>	<b>1012</b>
Nichtraucher	35,2 (1247)	35,3	34,9	47,0	47,3	43,1	38,0	27,9	27,9
Exraucher	25,8 (1021)	25,9	25,6	7,5	7,6	14,2	21,0	33,0	42,6
Raucher	38,9 (1379)	38,8	39,5	45,5	45,2	42,7	41,1	39,2	29,5
<b>Frauen</b>	<b>4408</b>	<b>3574</b>	<b>805</b>	<b>221</b>	<b>334</b>	<b>448</b>	<b>1285</b>	<b>1094</b>	<b>1026</b>
Nichtraucher	50,4 (2229)	48,9	57,3	52,1	56,4	53,1	46,3	44,4	58,7
Exraucher	19,0 (845)	19,7	16,0	3,5	7,3	14,6	19,1	25,0	22,5
Raucher	30,6 (1334)	31,5	26,7	44,4	36,2	32,3	34,5	30,6	18,8

Tabelle 41: Zigarettenkonsum pro Tag nach Alter und Region

	Region			Altersgruppen					
	Gesamt	Westen	Osten	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Männer</b>	<b>1178</b>	<b>960</b>	<b>207</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>123</b>	<b>351</b>	<b>303</b>	<b>229</b>
bis 10	35,0 (399)	34,8	36,0	44,5	58,1	39,8	34,2	26,4	26,3
11–19	23,8 (277)	23,7	24,1	34,6	27,9	21,4	21,6	24,1	22,2
20 oder mehr	41,2 (502)	41,6	39,9	20,9	14,0	38,8	44,2	49,5	51,5
<b>Frauen</b>	<b>1204</b>	<b>1006</b>	<b>188</b>	<b>89</b>	<b>111</b>	<b>134</b>	<b>401</b>	<b>298</b>	<b>171</b>
bis 10	50,7 (607)	49,3	58,1	62,3	59,8	55,6	52,4	43,8	40,8
11–19	21,6 (259)	21,3	22,7	23,1	19,0	23,3	19,5	24,6	20,4
20 oder mehr	27,7 (338)	29,4	19,1	14,7	21,2	21,0	28,1	31,6	38,7

Tabelle 42: Schwere der Abhängigkeit (FTND) nach Alter und Geschlecht

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Punkte</b>	<b>2233</b>	<b>1092</b>	<b>1141</b>	<b>151</b>	<b>196</b>	<b>246</b>	<b>710</b>	<b>562</b>	<b>368</b>
0	27,5 (609)	23,6	32,3	30,8	37,7	31,4	31,3	21,3	16,1
1	11,9 (268)	10,5	13,6	13,5	17,3	12,2	10,3	11,4	11,4
2	12,3 (273)	12,4	12,1	13,8	12,8	13,7	10,5	12,5	13,5
3	13,6 (304)	15,0	11,8	15,5	10,5	12,4	13,3	14,1	15,8
4	12,9 (287)	14,4	11,1	12,1	7,7	12,4	13,4	13,1	16,3
5	9,6 (222)	9,2	10,1	7,5	6,2	6,3	8,8	13,6	11,6
6	6,2 (134)	7,7	4,3	2,7	3,7	6,4	6,8	6,7	7,3
7	3,6 (82)	3,9	3,2	1,2	3,0	3,1	3,3	4,3	5,3
8	1,5 (33)	1,9	1,0	1,3	1,1	1,4	1,2	2,1	1,9
9	0,9 (19)	1,3	0,4	0,8	–	0,8	1,2	0,9	0,8
10	0,1 (2)	0,1	–	0,8	–	–	–	–	–

Tabelle 43: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Nikotinabhängigkeit

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
(1) Toleranzentwicklung	3,0	3,5	2,5	7,7	6,7	3,3	2,6	2,6	1,1
(2) Entzugssymptome	15,4	17,3	13,4	23,9	19,3	18,3	17,3	14,2	8,9
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	11,2	11,5	10,9	23,3	17,1	14,2	13,1	8,9	4,5
(4) Kontrollminderung	11,2	12,4	9,9	19,3	17,7	13,2	11,0	10,1	7,0
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	1,6	2,1	1,1	5,4	1,4	1,9	1,6	1,4	0,9
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	1,2	1,7	0,6	3,7	1,8	1,0	1,3	0,7	0,7
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	11,9	14,2	9,6	19,4	12,5	11,8	13,3	12,8	7,0

## 8 Trends 1980–2000

Umfang und Gebrauchsmuster des Konsums illegaler Drogen werden in Westdeutschland bereits seit Anfang der 70er Jahre mithilfe von Bevölkerungssurveys beobachtet. Auch in Ostdeutschland ist das Konsumverhalten Jugendlicher und Erwachsener zum Zeitpunkt vor und nach der Wiedervereinigung hinreichend dokumentiert. Vor 1989 gab es in der ehemaligen DDR im Unterschied zur BRD so gut wie keinen Drogenhandel und damit verbunden kaum Drogenkonsum (Reißig, 1991). Epidemiologische Untersuchungen im Jahre 1990/91 zeigen daher auch nur geringe Anteile drogenerfahrener Jugendlicher und Erwachsener, die sich darüber hinaus in ihrem Konsumverhalten hauptsächlich auf Cannabis beschränken (Nordlohne, Reißig & Hurrelmann, 1993; Barsch, 1991; Kirschner, 1997; Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1991; BZgA, 1991).

Wiederholte Querschnittsbefragungen in den alten Bundesländern zeigen nach einem Höhepunkt Anfang der 70er Jahre einen relativ kontinuierlichen Verlauf der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bis Mitte der 80er Jahre (Reuband, 1988). Ende der 80er Jahre ist jedoch eine Zunahme des Konsums zu beobachten (Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1991). Während in Ostdeutschland der Konsum illegaler Drogen Anfang der 90er Jahre nur leicht zugenommen hat (Kirschner, 1997; Kraus et al., 1994; BZgA, 1994), gibt es in Westdeutschland auf der Grundlage nationaler und regionaler Studien Anzeichen, dass sich der seit 1986 beobachtete Trend bis

Mitte der 90er Jahre fortsetzt (Herbst, Kraus & Scherer, 1996; Kraus & Bauernfeind, 1998b; Perkonig et al., 1997). Vor dem Hintergrund eines erheblichen Nachholpotenzials in den neuen Bundesländern und den Anzeichen einer starken Zunahme des Konsums bestimmter illegaler Drogen Anfang der 90er Jahre in den alten Bundesländern stellt sich die Frage nach der weiteren Entwicklung. Von Interesse in diesem Zusammenhang ist die Entwicklung des Gebrauchs illegaler Drogen nach der Grenzöffnung in Ostdeutschland, wo ein epidemischer Verlauf des Drogenkonsums geradezu erwartet wurde.

Verschiedene Studien bei Jugendlichen lassen im Beobachtungszeitraum zwischen 1973 und 1997 in Westdeutschland (BZgA, 1998) und zwischen 1973 und 1990 in Bayern (Schneider, Potthoff & Hoeltz, 1995) einen rückläufigen Trend des häufigen Alkoholkonsums erkennen. Seit Anfang der 90er Jahre weisen auch die jährlich publizierten Verbrauchsstatistiken, die Verbrauch als »Produktion abzüglich Ausfuhr zuzüglich Einfuhr« definieren, auf eine Abnahme des Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols in Deutschland hin (Hüllinghorst, 2000). Mithilfe von Trendvergleichen zur Prävalenz und Häufigkeit des Konsums verschiedener Getränkearten sowie von Trinkmenge und -intensität soll geprüft werden, inwieweit sich diese Tendenz auch durch die Daten der Bundesstudie bestätigen lässt.

Die Querschnittsuntersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Drogenaffinität bei Jugendlichen (BZgA, 1994, 1998) lassen ebenfalls hinsichtlich der Prävalenz des Rauchens im

25-Jahres-Vergleich eine deutliche Tendenz nach unten erkennen. Auch hier lassen sich mit den Daten der Bundesstudie Trendvergleiche für Westdeutschland seit 1980 und für Ostdeutschland seit 1990 in bezug auf die Prävalenz des Rauchens sowie in Bezug auf die Prävalenz des täglichen und starken Zigarettenkonsums machen.

Die von Kraus und Bauernfeind (1998a) auf der Basis vorausgegangener Erhebungen der Bundesstudie (Infratest, 1983; 1987; Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1991; Herbst, Schumann & Wiblishauser, 1993; Herbst, Kraus & Scherer, 1996) vorgenommenen Trendbeobachtungen über die Entwicklung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak werden in diesem Kapitel um die Daten der neuen Studie 2000 erweitert. Aufgrund verschiedener Änderungen des Studiendesigns seit 1980 und insbesondere aufgrund der Neukonzeption der Bundesstudie zu Beginn der 90er Jahre (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998) müssen bei diesem Vergleich sowohl Unterschiede im Altersspektrum der befragten Personen als auch im Erhebungsinstrument und der Erhebungsmethode berücksichtigt werden.

### 8.1 Methode

Tabelle 44 gibt eine Übersicht über Stichprobenumfänge, befragte Altersgruppen und Responderaten der zwischen 1980 und 2000 durchgeführten Surveys der Bundesstudie. Wie aus der Übersicht hervorgeht, änderte sich von 1980 bis 1995 von Untersuchung zu Untersuchung die befragte Altersgruppe. Seit 1995 erfolgte jedoch kein weiterer Wechsel des Altersspektrums mehr. Die Grundgesamtheit bestand bis 1990 aus Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, seit 1995 aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung. Darüber hinaus machte die Weiterentwicklung des Kenntnisstands in der Suchtforschung

die Einführung neuer Methoden und neuer Instrumente erforderlich, sodass die Kontinuität des Instruments zur Beobachtung zeitlicher Veränderungen nicht immer gewährleistet werden konnte. Nach kleineren Veränderungen des Befragungsinstruments zwischen 1980 und 1990 erfolgte 1993 im Zuge der Neukonzeption der Bundesstudie der größte Einschnitt sowohl bei dem Befragungsinstrument als auch bei der Erhebungsmethode. Bei der Überarbeitung des Fragebogens stand in erster Linie die Erfassung negativer Auswirkungen des Gebrauchs psychotroper Substanzen bei Erwachsenen im Vordergrund.

Mit Ausnahme der Untersuchung von 1980, die nur in sieben von elf Ländern der alten Bundesrepublik durchgeführt wurde, sind alle Untersuchungen der Bundesstudie repräsentativ. In allen Erhebungen wurde der Fragebogen von den Befragten selbständig ausgefüllt, nur in Bayern kamen 1980 Interviewer zum Einsatz. Während 1995 und 1997 die Befragungspersonen im ADM-Design, einer Random-Route-Begehung, ausgewählt wurden (Kraus & Bauernfeind, 1998a), wurden in den Untersuchungen zwischen 1980 und 1992 sowie 2000 in einem zweistufigen Verfahren Adressen aus Einwohnermeldekarteien gezogen (Abschnitt 3.1). Bei den beiden Methoden unterscheiden sich u. a. Festlegung der Zielperson sowie Kontaktierung der Zielperson (vollständig postalisch bei der Ziehung aus Einwohnermeldekarteien, durch Mitarbeiter des Feldinstituts beim ADM-Design) und könnten daher einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Ergebnisse haben. Koch (1997), der Random-Route- und Einwohnermelderegister-Stichproben bezüglich verschiedener Zielgrößen verglich, stellte fest, dass Angaben aus Random-Route-Verfahren und Einwohnermelderegister-Stichproben durchaus vergleichbar sind. Koch verglich zwar nicht die Prävalenzwerte

Tabelle 44: Stichprobenumfänge, befragte Altersgruppen und Ausschöpfungsquote der Bundesstudie

	Untersuchungsjahr							
	1980 <sup>1</sup>	1986 <sup>2</sup>	1990		1992 <sup>3</sup>	1995 <sup>4</sup>	1997 <sup>4</sup>	2000 <sup>4</sup>
			West	Ost				
Stichprobe	10240	5501	19208	2424	4455	7833	8020	8139
Altersgruppe	12–24	12–29	12–39	12–39	12–39	18–59	18–59	18–59
Ausschöpfung	67,4%	63,7%	63,8%	65,4%	54,3%	65,0%	64,9%	45,5%

<sup>1</sup> Alte Bundesländer ohne Berlin (West), Bremen, Baden-Württemberg und Hessen

<sup>2</sup> Alte Bundesländer

<sup>3</sup> Neue Bundesländer

<sup>4</sup> Neue und alte Bundesländer

psychotroper Substanzen, sondern soziodemographische Merkmale; man kann jedoch davon ausgehen, dass der Konsum psychotroper Substanzen stark mit soziodemographischen Merkmalen korreliert ist. Außerdem werden durch die Gewichtung zwei dieser Merkmale (Alter und Geschlecht) kontrolliert.

Die hier vorgenommenen Trendanalysen zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak beziehen sich aufgrund des seit 1980 immer wieder geänderten Altersspektrums bei Vergleichen seit 1980 auf die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen, bei Vergleichen ab 1990 auf die Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen und bei Vergleichen ab 1995 auf die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen. Zusätzlich werden bei den illegalen Drogen auch die Prävalenzwerte der 18- bis 29-jährigen Ostdeutschen seit 1990 dargestellt. Neben dem Auswahlverfahren wurde seit 1980 auch das Befragungsinstrument im Zuge neu durchgeführter Bevölkerungssurveys überarbeitet und mehrfach aktualisiert.

## 8.2 Illegale Drogen

### *Fragebogen*

Trendvergleiche der Lebenszeitprävalenz in Westdeutschland ab 1980 und in Ostdeutschland ab 1990 werden für die Substanzen Cannabis, Amphetamine, Opiate und Kokain vorgenommen. Dabei werden für Westdeutschland die Prävalenzwerte der 18- bis 24-Jährigen dargestellt, die in allen Erhebungen seit 1980 befragt wurden. Wegen der vergleichsweise geringen Anzahl 18- bis 24-Jähriger in Ostdeutschland wurden an Stelle der Angaben der 18- bis 24-jährigen die der 18- bis 29-jährigen Ostdeutschen ausgewertet. Zusätzlich wurde ab 1995 Ecstasy einbezogen. Der Konsum illegaler Drogen in den letzten 12 Monaten wurde erst seit 1990 substanzspezifisch erfasst. Vergleiche der 12-Monats-Prävalenzwerte sind daher erst ab 1990 möglich.

Bei Probierbereitschaft und Beschaffbarkeit gab es seit 1980 sowohl beim Wortlaut der Frage als auch bei den Antwortkategorien Änderungen. 1990 wurde getrennt für Cannabis, Kokain und Opiate die Frage gestellt, wie wahrscheinlich die Befragten auf einer Party oder einer Veranstaltung die jeweilige Droge nehmen würden. Die Respondenten konnten ihre Einschätzung auf einer sechsstufigen Skala zwischen »Sehr unwahrscheinlich« und »Sehr wahrscheinlich« abgeben. 1995 wurde die Frage umformuliert: »Stellen sie sich einmal vor, dass ihnen Drogen angeboten werden: Würden sie dann die folgenden Drogen

nehmen?« Die sechsstufige Antwortskala wurde in eine dreistufige Skala mit den Kategorien »Ja«, »Vielleicht« und »Nein« verkürzt, die Liste der Drogen umfasste Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin, Methadon, andere Opiate wie Codein, Opium, Morphin, Kokain, Crack und Schnüffelfstoffe. In der letzten Erhebung wurden außerdem Pilze berücksichtigt.

1980 wurden die Erhebungsteilnehmer gefragt, ob sie innerhalb von 24 Stunden Rauschmittel beschaffen könnten. Als Antwortkategorien waren nur »Ja« und »Nein« vorgesehen. Ab 1986 konnten die Respondenten die Beschaffbarkeit verschiedener illegaler Drogen auf einer fünfstufigen Skala mit den Kategorien »Sehr einfach«, »Ziemlich einfach«, »Ziemlich schwierig«, »Sehr schwierig«, »Wahrscheinlich unmöglich« (ab 1990 »Gar nicht«) einschätzen. Die Liste der Substanzen beschränkte sich 1986 auf Cannabis, Kokain, Heroin und wurde 1990 um Amphetamine, LSD/Meskalin, Methadon/L-Polamidon, andere Opiate (Codein, Opium) erweitert. Ab 1995 wurde zusätzlich die Beschaffbarkeit von Ecstasy und Crack erfasst.

Zur Beurteilung der wahrgenommenen Problemlage verursacht durch den Konsum illegaler Drogen und Alkohol wird seit 1995 die Frage nach der Einschätzung der Größe des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem gestellt.

### *Lebenszeitprävalenz*

Die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen insgesamt lässt sich für die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Westdeutschland seit 1980 beobachten. Die Prävalenz umfasst alle erhobenen illegalen Substanzen mit Ausnahme der Pilze. Die Erfahrung mit illegalen Drogen hat sich demnach in dieser Altersgruppe im Zeitraum von 20 Jahren von 15,2% auf 38,3% mehr als verdoppelt (Abbildung 25). Abbildung 26 zeigt die Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der 18- bis 24-Jährigen seit 1980 für Cannabis, Ecstasy (erst ab 1995 erfasst), Amphetamine, Opiate und Kokain in Westdeutschland. Ausgehend von ca. 14% Anfang der 80er Jahre ist die Lebenszeitprävalenz von Cannabis bis 1997 auf etwa 25% und in den Folgejahren bis 2000 weiter auf 38% gestiegen. Die Verläufe für Amphetamine, Opiate und Kokain zeigen von Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre auf einem deutlich niedrigeren Niveau einen leichten Anstieg, ohne dass hier nach 1997 eine weitere Steigerung der Prävalenzen zu beobachten wäre. Die Ergebnisse aus den letzten Erhebungen von 1997 und 2000 weisen auf einen

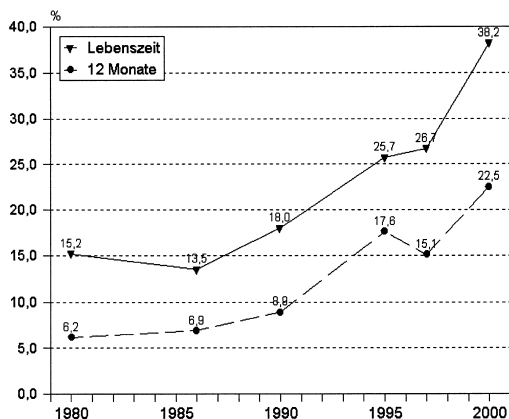


Abbildung 25: Lebenszeit- und 12 Monats-Prävalenz 18- bis 24-Jähriger für illegale Drogen in Westdeutschland 1980–2000

leichten Rückgang der Lebenszeitprävalenz in dieser Altersgruppe hin. Ecstasy nimmt seit Beginn der Erfassung im Jahre 1995 nach Cannabis den zweithöchsten Wert ein, die Prävalenz ist aber im Zeitverlauf konstant geblieben. Ebenso wie in Westdeutschland steht Ecstasy seit 1995 an zweiter Stelle nach Cannabis, wobei im Osten eine steigende Tendenz zu beobachten ist.

In Ostdeutschland ist mit Befragungsbeginn 1990 und einer Zusatzbefragung 1992 die Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der 18- bis 29-Jährigen für den Zeitraum von 1990 bis 2000 darstellbar. Bis 1995 ist

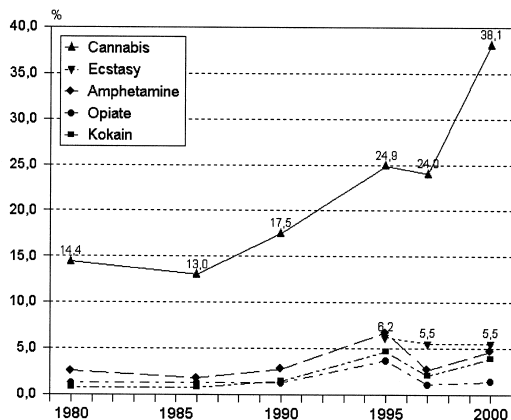


Abbildung 26: Lebenszeitprävalenz 18- bis 24-Jähriger für Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Opiate und Kokain in Westdeutschland 1980–2000

der Anteil der Cannabiskonsumenten von 2% auf 12% stark angestiegen (Abbildung 27). Erwartungsgemäß nahm die Prävalenz bis ins Jahr 2000 (29%) weiter zu und nähert sich damit dem westdeutschen Prävalenzwert weiter an. Der Anteil der Personen, die Erfahrung mit Amphetaminen, Opiaten oder Kokain haben, nahm in Ostdeutschland von 1990 bis 1995 zu und stieg nach einem Plateau Mitte der 90er Jahre weiter an.

### 12-Monats-Prävalenz

Wie aus Abbildung 25 hervorgeht hat sich die 12-Monatsprävalenz illegaler Drogen insgesamt in der Altersgruppe 18- bis 24 Jahre seit 1980 mehr als verdreifacht. Im letzten Jahr hatte somit etwa ein Viertel der jungen Erwachsenen Kontakt mit illegalen Drogen. Die Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen für Cannabis, Ecstasy (ab 1995), Amphetamine, Opiate und Kokain getrennt für West- und Ostdeutschland geht aus den Abbildungen 28 und 29 hervor. Der Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Cannabis konsumiert haben, hat sich im Westen von 1990 bis 1995 von etwa 5% auf knapp 9% beinahe verdoppelt. Nach stagnierendem Verlauf Mitte der 90er Jahre stieg die Prävalenz weiter auf ca. 11%. Bei Amphetaminen, Opiaten und Kokain zeigt sich nach einem Anstieg zu Beginn der 90er Jahre ein eher stabiler Verlauf seit Mitte der 90er Jahre. Unterschiede in der Prävalenz von Ecstasy, Amphetaminen und Kokain sind zu vernachlässigen.

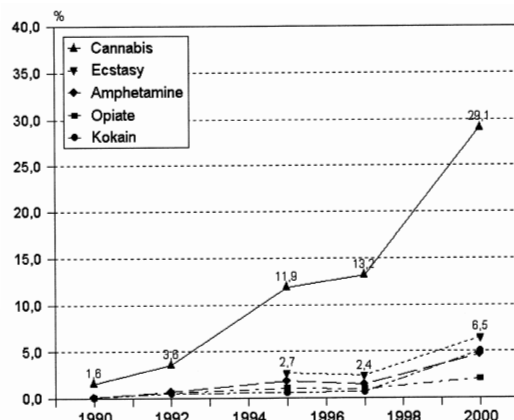


Abbildung 27: Lebenszeitprävalenz 18- bis 29-Jähriger für Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Opiate und Kokain in Ostdeutschland 1990–2000

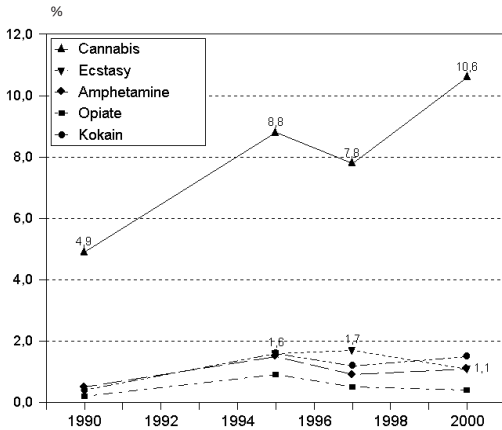


Abbildung 28: 12-Monats-Prävalenz 18- bis 39-Jähriger für Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Opiate und Kokain in Westdeutschland 1990–2000

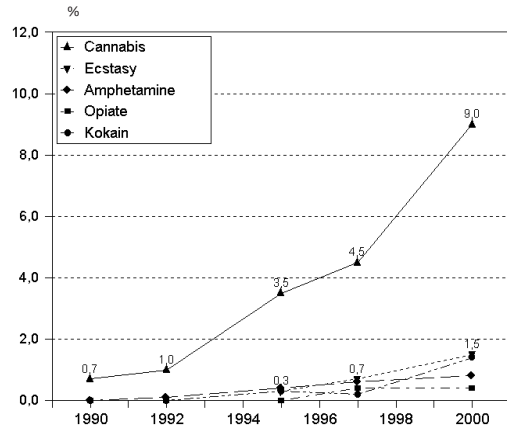


Abbildung 29: 12-Monats-Prävalenz 18- bis 39-Jähriger für Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Opiate und Kokain in Ostdeutschland 1990–2000

In Ostdeutschland hat die Anzahl der Cannabis-konsumenten von 1990 bis 2000 kontinuierlich zugenommen. Bei Amphetaminen, Opiaten und Ecstasy ist ein Anstieg erst ab 1995 erkennbar. Wie auch den Lebenszeitprävalenzwerten zu entnehmen ist, scheinen andere illegale Drogen in den neuen Bundesländern nur eine unbedeutende Rolle zu spielen. Im Jahr 2000 ist vergleichbar mit Westdeutschland die Zahl der Konsumenten von Ecstasy nach der von Cannabis am höchsten (Abbildung 29).

In Abbildung 30 wird die Entwicklung der Cannabisprävalenzwerte (12 Monate) der 18- bis 29-Jährigen in West- und Ostdeutschland noch einmal gegenübergestellt. In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zeigt sich ein paralleler Prävalenzverlauf mit einem Anstieg in der ersten Hälfte der 90er Jahre und einer Tendenz zum Rückgang nach 1995.

Insgesamt lässt sich in Bezug auf die Lebenszeiterfahrung und die aktuelle Prävalenz des Gebrauchs illegaler Drogen bei 18- bis 29-Jährigen in Deutschland nach einer Phase der Zunahme im Zeitraum zwischen 1986 und 1995 im weiteren Verlauf eine Konsolidierung der Prävalenz auf dem Niveau von 1995 feststellen. Bei jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren weist der Konsum illegaler Substanzen nach 1995 sogar eine leicht rückläufige Tendenz auf. Augenscheinlich ist jedoch eine parallele Entwicklung der Gebrauchsprävalenz in den alten und neuen Bundesländern. In den letzten zehn Jahren ist nur eine geringfügige Konvergenz der Prävalenzwerte zu beobachten.

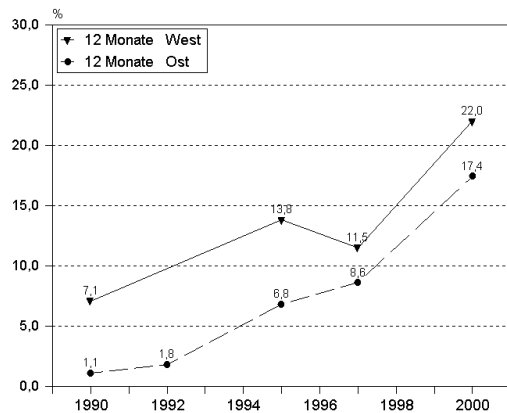


Abbildung 30: 12-Monats-Prävalenz 18- bis 29-Jähriger für Cannabis 1990–2000

### Probierbereitschaft

Bei den 18- bis 24-jährigen Drogenunerfahrenen im Westen lässt sich die Probierbereitschaft für Cannabis von 1980 bis 2000 verfolgen. Einer Abnahme in den 80er Jahren von 8,5% auf 4% folgte in den 90er Jahren ein starker Anstieg auf 12% im Jahr 1997, ein Plateau, auf dem die Prävalenz auch 2000 verblieben ist. Bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, für die Daten bis 1990 verfügbar sind, ist der Verlauf in den 80er Jahren nahezu identisch mit dem der jungen Erwachsenen. Die Bereitschaft, ein Kokainangebot

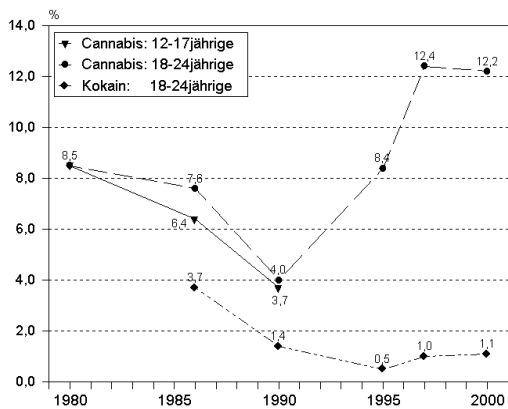


Abbildung 31: Probierebereitschaft Drogenunerfahrener für Cannabis und Kokain in Westdeutschland 1980–2000

anzunehmen, ist bei den 18- bis 24-jährigen Drogenunerfahrenen seit 1986 stark gesunken. Nur jeder Hundertste der 1997 sowie 2000 befragten Drogenunerfahrenen zeigte Interesse für Kokain (Abbildung 31).

Auch bei den 18- bis 39-Jährigen ist die Entwicklung der Probierebereitschaft bei den Drogenunerfahrenen in der ersten Hälfte der 90er Jahre durch einen starken Anstieg bei Cannabis und einen Rückgang bei Kokain gekennzeichnet. Während im Westen bei Cannabis bis 1997 eine weitere Steigerung der Probierebereitschaft zu beobachten ist, sinkt sie im Osten

fast auf das Niveau von 1992, nähert sich aber 2000 der weiter angestiegenen Prävalenz in Westdeutschland. Die Anteile der drogenunerfahrenen West- und Ostdeutschen, die ein Kokainangebot annehmen würden, haben sich kaum wesentlich verändert, auch wenn seit 1997 wieder ein leicht zunehmender Trend zu beobachten ist. Die Anteile derer, die Probierebereitschaft für Opiate äußern, bewegen sich in allen Untersuchungen mit geringfügigen Abweichungen in der Größenordnung von Kokain. Insgesamt äußerten 2000 etwa 12% der 18- bis 39-jährigen drogenunerfahrenen Westdeutschen und 10% derjenigen in Ostdeutschland Probierebereitschaft für Cannabis und insgesamt etwa 1% bis 2% aller Drogenunerfahrenen Probierebereitschaft für Kokain oder Opiate (Abbildung 32).

### Einschätzung der Beschaffbarkeit

Die Verfügbarkeit illegaler Drogen wurde mit Hilfe der subjektiven Beurteilung Drogenunerfahrener abgeschätzt, bestimmte Drogen innerhalb von 24 Stunden beschaffen zu können. In Abbildung 33 sind jeweils die Anteile der drogenunerfahrenen 18- bis 39-Jährigen dargestellt, die angeben, Cannabis, Kokain sowie Opiate in diesem Zeitraum leicht besorgen zu können. Bei allen genannten Substanzen ist sowohl in West- als auch in Ostdeutschland in den 90er Jahren eine Zunahme erkennbar. In beiden Regionen liegt der stärkste Zuwachs bei Cannabis, wobei sich in allen Erhebungen deutlich mehr Drogenunerfahrene zutrauen, Cannabis innerhalb von 24 Stunden zu beschaffen als Opiate oder Kokain. Im Gegensatz zum Osten, in dem die Werte auch bis

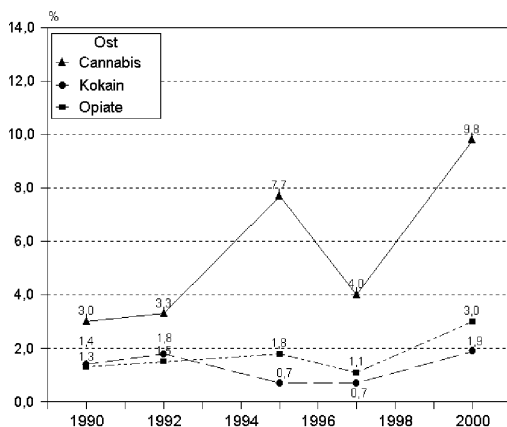
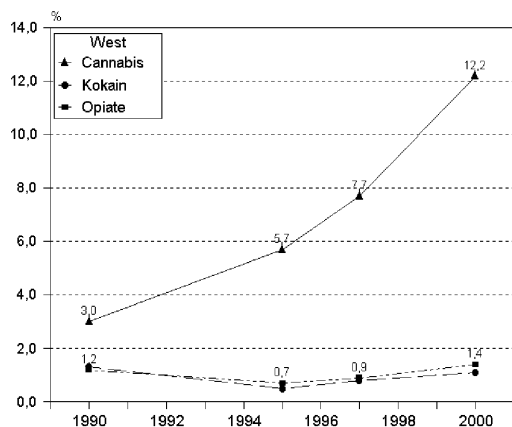


Abbildung 32: Probierebereitschaft 18- bis 39-Jähriger ohne Drogenerfahrung für Cannabis, Kokain und Opiate 1990–2000

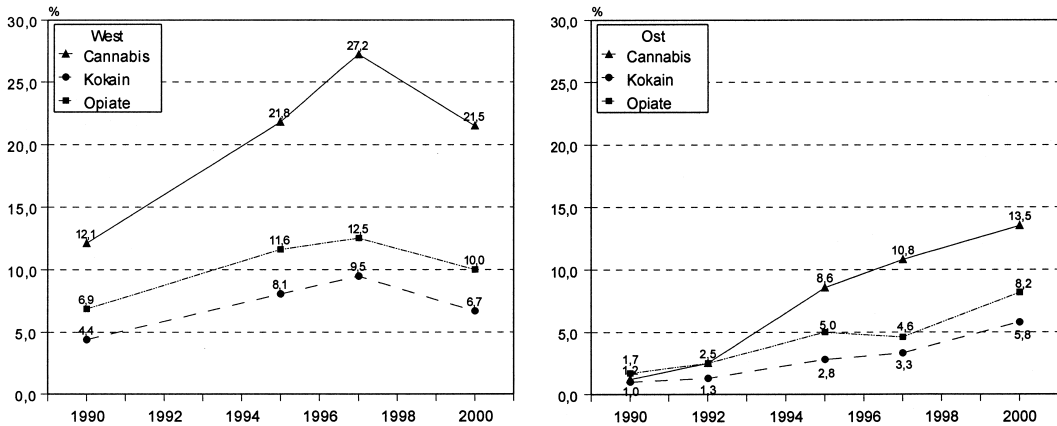


Abbildung 33: Einschätzung der Beschaffbarkeit 18- bis 39-Jähriger ohne Drogenerfahrung für Cannabis, Kokain und Opiate 1990–2000

2000 weiter anstiegen, gingen die Prävalenzwerte in Westdeutschland in etwa auf den Stand von 1995 zurück. Nach diesen subjektiven Einschätzungen scheinen im Westen Cannabis erheblich und Kokain etwas leichter verfügbar zu sein als im Osten. Der Anteil positiver Einschätzungen der Beschaffbarkeit von Cannabis beträgt 2000 im Westen etwa das Ein- und eine halbfache des Wertes im Osten. Insgesamt scheint nach der Einschätzung der Befragten ohne Drogenerfahrung die Verfügbarkeit von und der Zugang zu illegalen Drogen in den 90er Jahren zugenommen zu haben.

#### Entwicklung der Einschätzung des Drogenproblems

Das Drogenproblem wird von der Mehrheit der Befragten als ein großes gesellschaftliches Problem wahrgenommen. Bei der vergleichenden Beurteilung des Schweregrads der illegalen Drogen- und Alkoholproblematik beurteilt mehr als die Hälfte der Befragten das Drogenproblem als größer als oder gleich groß wie das Alkoholproblem. In den alten Bundesländern zeigt sich im Laufe der letzten Jahre bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen eine Zunahme der Einschätzung, dass es sich bei dem Alkoholproblem um das größere Problem handelt (Abbildung 34). In den neuen Bundesländern wird generell das Alkohol- im Vergleich zum Drogenproblem häufiger als das kleinere Problem eingestuft. Veränderungen dieser Einschätzung über die Zeit sind nicht zu beobachten (Abbildung 35). Diese Einschätzung scheint gegenüber der Tatsache der deut-

lich höheren Prävalenzen alkoholinduzierter Störungen (Bühner et al., 2000) sehr resistent zu sein.

### 8.3 Alkohol

#### Fragebogen

Von der Umgestaltung des Fragebogens war insbesondere der Abschnitt zum Alkoholkonsum betroffen. Ab 1995 wurde der Schwerpunkt auf Konsequenzen des Alkoholkonsums verlagert und eine andere Methode zur Schätzung des Umfangs des Alkoholkonsums eingeführt. Während bis einschließlich 1992 gefragt wurde, wie viel Bier, Wein/Sekt und Spirituosen pro Woche gewöhnlich getrunken werden, ging man 1995 zu einem Frequenz-Menge-Index über. Aus den Angaben, an wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen bzw. in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Alkohol konsumiert und wie viel an einem Trinktag typischerweise getrunken wird, wird die Menge konsumierten Alkohols in Gramm pro Tag berechnet. Die Antworten auf diese beiden Fragetypen lassen sich nicht vergleichen, sodass für einen Vergleich der Konsummengen nur die Angaben ab 1995 verwendet werden.

In allen Erhebungen seit 1980 wurde eine Liste von Getränken vorgegeben und gefragt, wie häufig diese Getränke in etwa getrunken werden. Als Antwortkategorien waren 1980 »(Fast) Nie«, »Mehr-mals im Monat«, »Mehr-mals in der Woche«, »(Fast) Täglich« vorgegeben. Bei der nächsten Erhebung 1986 wurde die Antwortkategorie »(Fast) Nie« aufgeteilt in »Nie«

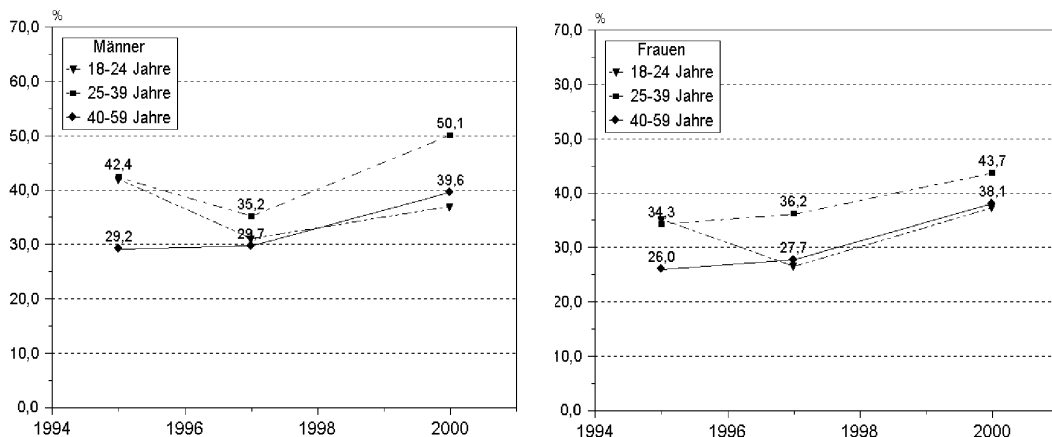


Abbildung 34: Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem (Alkoholproblem ist größer) in Westdeutschland 1995–2000

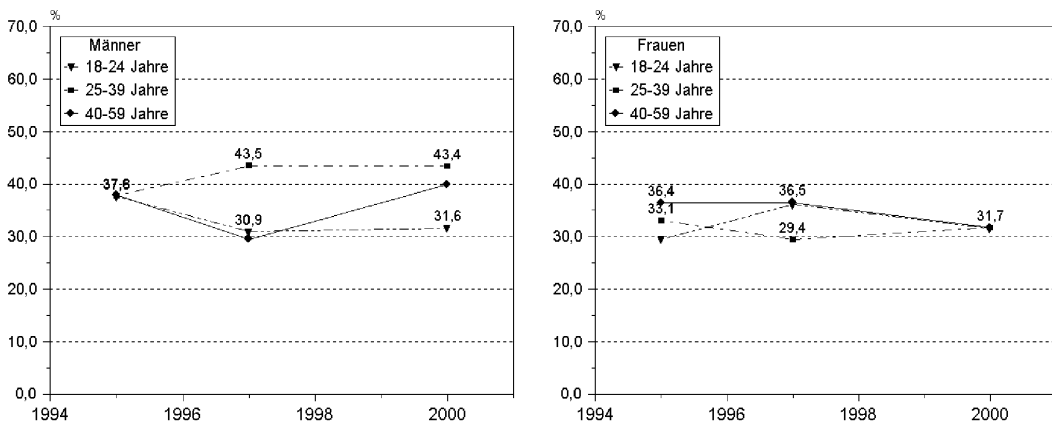


Abbildung 35: Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem (Alkoholproblem ist größer) in Ostdeutschland 1995–2000

und »Einmal im Monat und seltener«. Ab 1995 wurde die Kategorie »Einmal im Monat und seltener« weiter aufgeteilt in »Einmal pro Monat« und »Seltener«, außerdem wurde eine Kategorie »Einmal pro Woche« eingeführt sowie »(Fast) Täglich« durch »Täglich« ersetzt. Gleichzeitig änderte sich auch die Liste der vorgegebenen Getränke. Alsterwasser/Radlermaß, das 1986 noch vorgesehen war, wurde ab 1990 weggelassen. Die Liste der bis 1986 acht verschiedenen Arten von Spirituosen, wurde 1990 in zwei Kategorien zusammengefasst, nämlich Cocktails, Liköre, Wermut einerseits und hochprozentige alkoholische Getränke wie Rum, Weinbrand und klare Schnäpse

andererseits. Ab 1995 wurde nur noch nach Spirituosen gefragt. Alle diese Veränderungen beeinträchtigen die Vergleichbarkeit der verschiedenen Erhebungen. Interessiert man sich für die Anteile derjenigen, die ein bestimmtes Getränk überhaupt trinken, so sind die 1980 verwendeten Kategorien unbrauchbar. Die Kategorie »(Fast) Nie« umfasst schließlich auch diejenigen, die das entsprechende Getränk selten trinken. Aus diesem Grund beschränken sich die vorgestellten Vergleiche zur Prävalenz des Konsums alkoholischer Getränke auf die Erhebungen ab 1990.

Die Trendvergleiche der Konsumprävalenzen wer-

den für alle Getränkearten ab 1990 vorgenommen. Wegen der Begrenzung des Überschneidungsbereichs gemeinsam untersuchter Altersgruppen zwischen 1990 und 2000 beziehen sich die Trendvergleiche zur Konsumprävalenz auf die Altersgruppen 18 bis 24, 25 bis 39 und 40 bis 59 Jahre. Die Trendvergleiche der Konsumfrequenz beziehen sich auf die 18- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen. Wegen der Aufgliederung von Spirituosen in »Cocktails, Liköre, Wermut« und »Hochprozentige alkoholische Getränke« in den Fragebögen von 1990 und 1992 wird der Trendvergleich der Konsumfrequenz für Spirituosen ab 1995 vorgenommen. Für einen Vergleich der Trinkmengen werden die Angaben zum Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten vor der jeweiligen Untersuchung zwischen 1995 und 2000 in verschiedene Konsumintensitäten eingeteilt und auf die Gesamtstichprobe bezogen. Gegenübergestellt werden der Pro-Kopf-Verbrauch in Litern Reinalkohol pro Jahr sowie Abstinenzraten, Prävalenzwerte verschiedener Trinkintensitäten und Prävalenzwerte mindestens riskanten Alkoholkonsums (>30g Reinalkohol pro Tag bei Männern und >20g bei Frauen).

### Prävalenz des Konsums

In den Abbildungen 36 bis 38 sind die Prävalenzen der alkoholischen Getränke Bier, Wein/Sekt und Spirituosen nach Geschlecht und für verschiedene Altersklassen dargestellt. Wie sich zeigt, sind die Prävalenzen bei den Männern für Bier und bei den Frauen für Wein bei den über 25-Jährigen zu allen Messzeit-

punkten auf einem vergleichbar hohen Niveau von durchschnittlich ca. 85%. Wesentlich niedriger liegt dagegen die Prävalenz für Bierkonsum bei den Frauen (ca. 65%). Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch bei der Prävalenz des Spirituosenkonsums. Hier liegt die Prävalenz im Jahr 2000 bei den Männern um 70% und bei den Frauen bei ca. 60%. Im Zeitvergleich lassen sich nur geringe Veränderungen feststellen. Während die Konsumprävalenz bei den über 25-Jährigen bezüglich des Bierkonsums bei beiden Geschlechtern in etwa konstant bleibt, ist bei den jüngeren Männern von 1990 auf 1995 ein leichter Rückgang mit anschließend konstantem Verlauf festzustellen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Prävalenz des Bierkonsums bei den 18- bis 24-jährigen Frauen, mit der Ausnahme, dass die Prävalenz nach einem Rückgang von 1990 bis 1997 anschließend wieder auf das Niveau von 1990 steigt. Vergleichbare u-förmige Verläufe finden sich auch bei den jungen erwachsenen Männern und Frauen sowohl bezüglich des Wein- als auch des Spirituosenkonsums bei in etwa gleich bleibender Prävalenz der über 25-Jährigen. Im Zehn-Jahresvergleich sind damit für Gesamtdeutschland bei den über 25-Jährigen keine wesentlichen Veränderungen festzustellen. Dagegen weisen die Prävalenzen der jungen Erwachsenen nach einem Rückgang zum Ende der 90er Jahre wieder einen deutlichen zunehmenden Trend auf. Dies gilt für alle Getränkesorten und beide Geschlechter mit Ausnahme der Prävalenz des Bierkonsums der Männer.

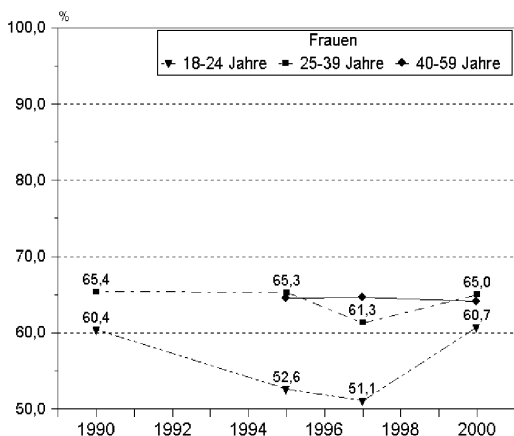
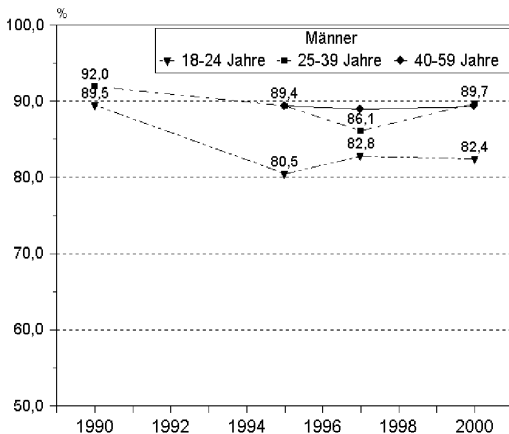


Abbildung 36: Prävalenz des Konsums von Bier 1990–2000

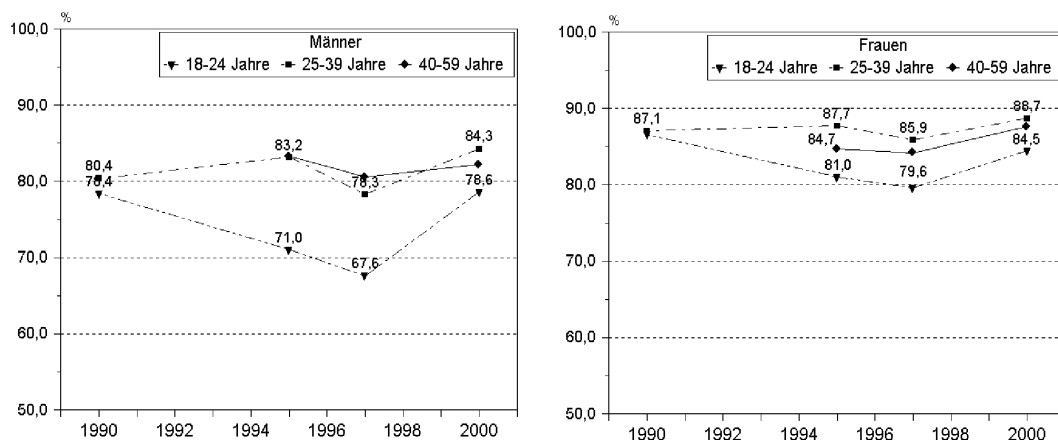


Abbildung 37: Prävalenz des Konsums von Wein/Sekt 1990–2000

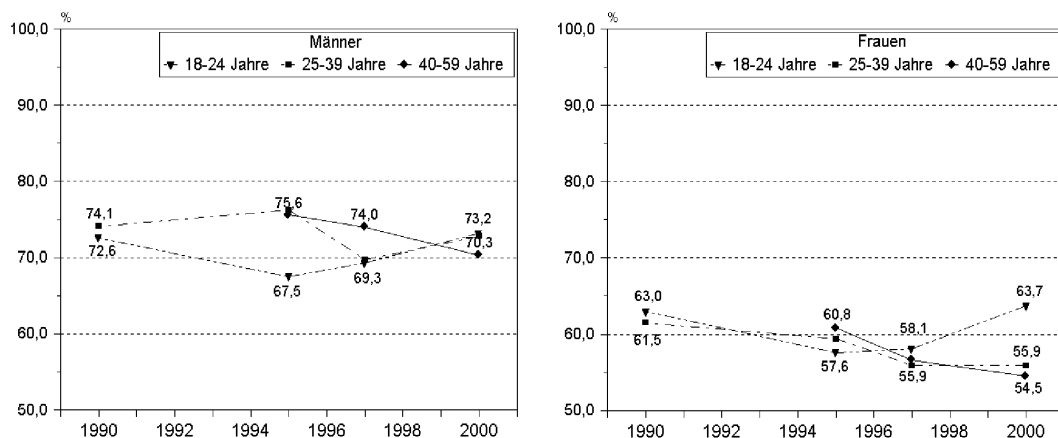


Abbildung 38: Prävalenz des Konsums von Spirituosen 1990–2000

### Konsumfrequenz

Für einen Vergleich der durchschnittlichen Konsumfrequenz pro Monat für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen eignen sich die Antwortkategorien »Mehr- mals pro Monat, aber höchstens einmal pro Woche« und »Mehr- mals pro Woche«. Die Trendvergleiche (1990–2000) für 18- bis 39- und 40- bis 59-jährige Männer und Frauen sind in den Abbildungen 39 bis 41 dargestellt. Der Anteil der 18- bis 39-Jährigen Männer, die mehrmals pro Monat oder mehrmals pro Woche Bier tranken, ist zwischen 1990 und 1997 insgesamt von 78% auf 67% zurückgegangen. Der erneute Anstieg Ende der 90er Jahre ist vor allem auf eine Zunahme des Anteils von mehrmaligen Bier-

konsum pro Woche zurückzuführen. Auch bei den Frauen zeigt sich nach einem Rückgang ein Anstieg sowohl der Prävalenz des mehrmaligen Konsums pro Monat als auch pro Woche. Die Werte bleiben aber im Jahre 2000 bei beiden Geschlechtern jeweils unter denen von 1990, dieser Rückgang ist aber nur bei den 18- bis 39-Jährigen zu beobachten. Bei den über 40-jährigen Männern und Frauen zeigen sich keine Veränderungen (Abbildung 39).

Bezüglich der Konsumfrequenzen mehrmals pro Monat und mehrmals pro Woche von Wein lässt sich bei beiden Geschlechtern nach einem Rückgang ein erneuter Anstieg feststellen, die Anteile beider Frequenzen übersteigen im Jahr 2000 sogar die Werte von 1990 (Abbildung 40).

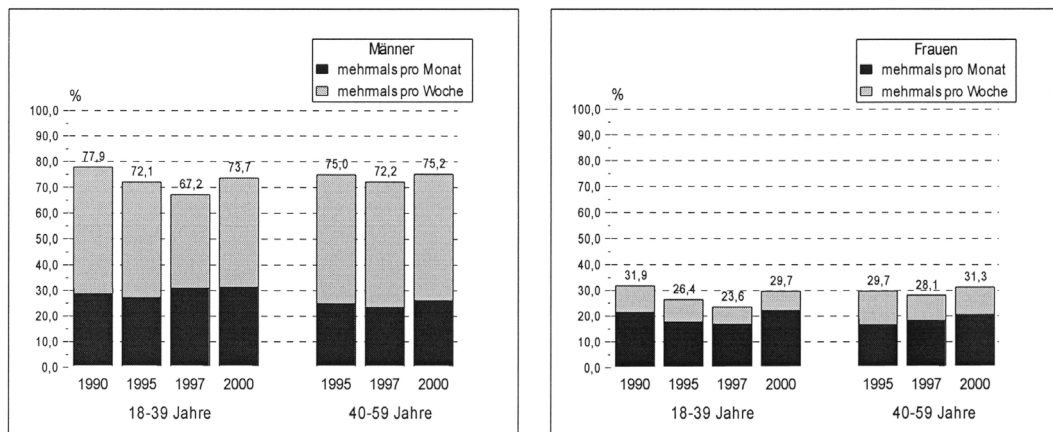


Abbildung 39: Konsumfrequenz von Bier 1990–2000

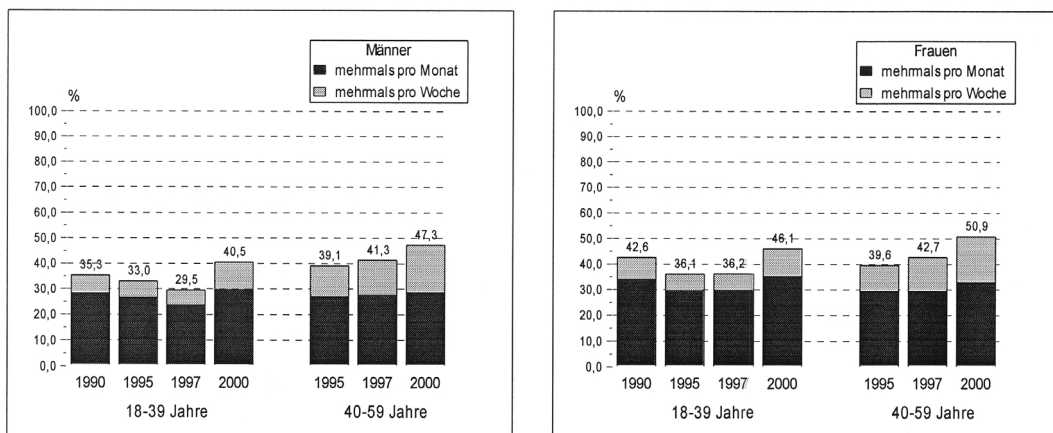


Abbildung 40: Konsumfrequenz von Wein/Sekt 1990–2000

Die Anteile der Konsumfrequenzen von Spirituosen sind bei den 18- bis 39-jährigen Männern und den 40- bis 59-jährigen Frauen im Zeitvergleich eher konstant geblieben. Während sie insgesamt bei den 40- bis 59-jährigen Männern leicht zurückgingen, nahmen sie bei den 18- bis 39-jährigen Frauen eher leicht zu (Abbildung 41).

### Konsummenge

Werden die Gesamt mengen konsumierten Reinalkohols in den letzten 12 Monaten auf die Gesamtstichprobe bezogen, zeigt sich zwischen 1995 und 2000 nur eine geringe Änderung des Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols von 6,8 Liter auf 6,6 Liter pro Jahr. Bei den Männern waren es 1995 10 Liter, 1997 9,2 Liter und 2000 9,3 Liter, bei den Frauen 1995 3,6 Liter, 1997 3 Liter und 2000 3,9 Liter. Bei nahezu gleich bleibender Gesamtkonsummenge zeigt sich eine Geschlechterkonvergenz bezüglich der Trinkmengen mit einer Zunahme bei den Frauen und einem Rückgang bei den Männern. Ein Ost-West-Vergleich ergibt für 1995 in Westdeutschland 6,6

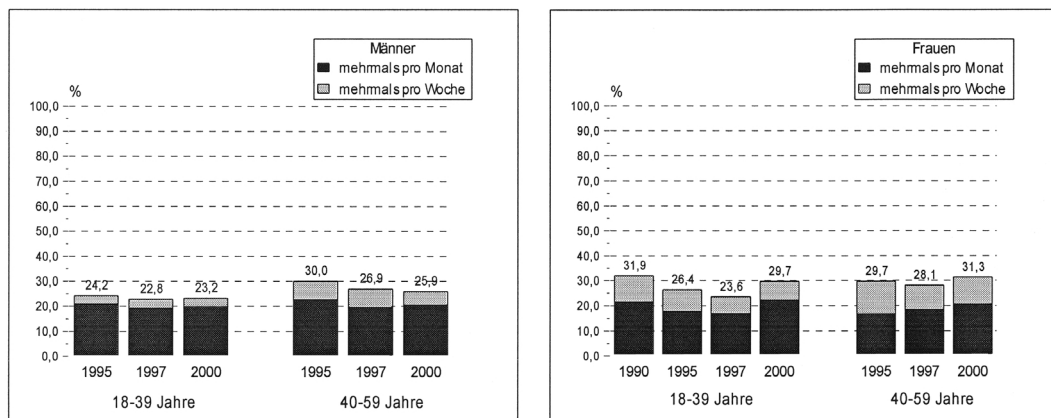


Abbildung 41: Konsumfrequenz von Spirituosen 1995–2000

Liter, 1997 6,1 Liter und 2000 6,5 Liter und in Ostdeutschland 1995 7,5 Liter, 1997 6 Liter und 2000 7,0 Liter. Legt man zum Vergleich die Konsumenten in der jeweiligen Untersuchung zugrunde, zeigt sich auf etwas höherem Niveau das gleiche Muster eines im Vergleich zu Westdeutschland höheren Rückgangs der durchschnittlichen Konsummenge in Ostdeutschland.

#### Konsumintensität

Die mit dem Frequenz-Menge-Index ermittelten Mengen konsumierten Alkohols lassen sich nach Konsumintensitäten zwischen 1995 und 2000 vergleichen. Abstinenz und Konsummengen beziehen sich auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung. In den Abbildungen 42 und 43 sind die Prävalenzwerte für Abstinenz und die kategorialen Konsumintensitäten in Gramm Reinalkohol für Männer und Frauen graphisch dargestellt. In der Untersuchung aus dem Jahr 2000 waren 5% der 18- bis 59-jährigen Männer und 6% der 18- bis 59-jährigen Frauen abstinent. 1995 waren die Abstinenzraten mit 8% bei den Männern und 12% bei Frauen noch etwas höher. Die Prävalenzwerte in den verschiedenen Grammategorien haben sich zwischen 1995 und 2000 nur leicht verschoben, bei beiden Geschlechtern sind in den mittleren Trinkkategorien eher ein Anstieg und bei den höheren Trinkkategorien eher eine Abnahme zu beobachten. Die leichten Differenzen zu den Prozentangaben in Kraus und Bauernfeind (1998a) sind auf die inzwischen geänderten Faktoren zur Umrechnung der konsumierten Menge an Bier, Wein und Spirituo-

sen in Gramm Reinalkohol (Bühringer et al., 2000) zurückzuführen.

In den Abbildungen 44 und 45 werden die Anteile durchschnittlich konsumierter Grammengen Reinalkohols von über 30 Gramm pro Tag bei Männern und über 20 Gramm pro Tag bei Frauen nach Altersgruppen verglichen. Insgesamt überschritten in der letzten Erhebung 17,8% (23,6% der Männer und 11,7% der Frauen) diese Grammengen. Im Vergleich mit den Werten aus 1995 und 1997 zeigt sich insgesamt eine gleich bleibende Entwicklung, wobei die Prävalenzen bei den Männern eher konstant verlaufen, während sie bei den Frauen von 9,5% auf 11,7% leicht gestiegen sind. Ein Vergleich mit den Erhebungen von 1995 und 1997 nach Altersgruppen zeigt folgendes Bild: Bei den 18- bis 29-jährigen Männern ist der Anteil mit einem durchschnittlichen Konsum von mehr als 30 Gramm pro Tag nach einem Rückgang in der Untersuchung von 1997 wieder auf das Niveau von 1995 angestiegen. Die Prävalenz der 30- bis 39-jährigen Männer fiel ebenfalls von 1995 bis 1997 und verharrte dann auf dem Niveau von 1997. Bei den 40- bis 59-jährigen Männern sind dagegen im Verlauf der letzten fünf Jahre so gut wie keine Änderungen erkennbar. Bei den Frauen ist im Zeitvergleich zwischen 1997 und 2000 in allen Altersgruppen ein leichter Anstieg der Prävalenzwerte des Konsums von durchschnittlich mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag zu beobachten.

Abbildung 42:  
Alkoholkonsum (letzte  
12 Monate) bei 18- bis  
59-jährigen Männern in  
Gramm Reinalkohol pro  
Tag 1995–2000

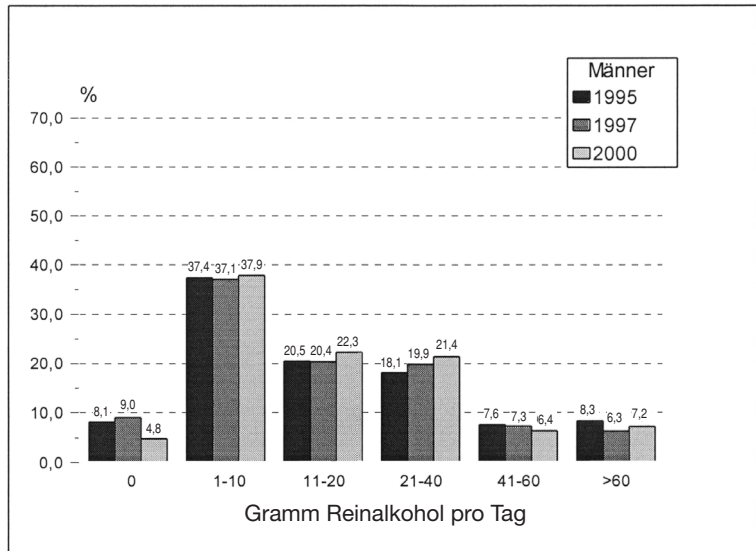
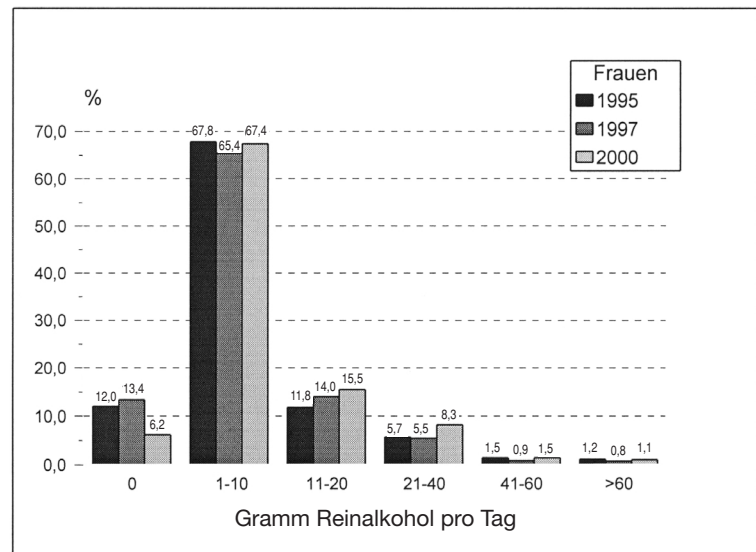


Abbildung 43:  
Alkoholkonsum (letzte  
12 Monate) bei 18- bis  
59-jährigen Frauen in  
Gramm Reinalkohol pro  
Tag 1995–2000



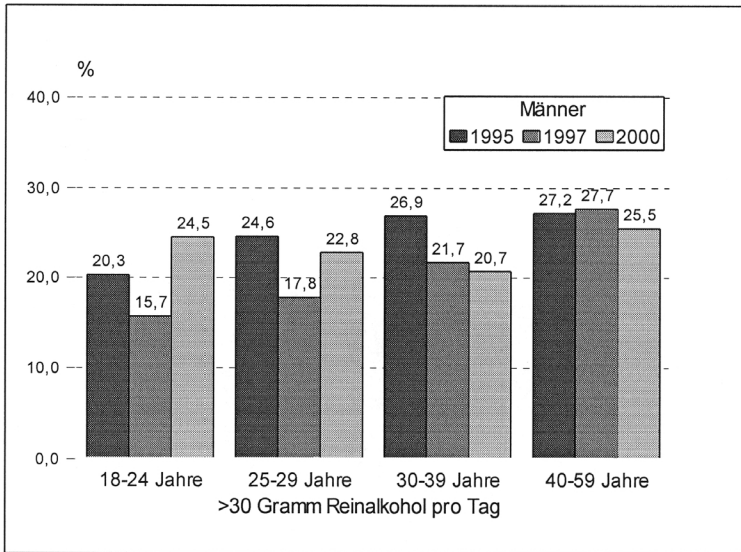


Abbildung 44:  
Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) von durchschnittlich mehr als 30 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern 1995–2000

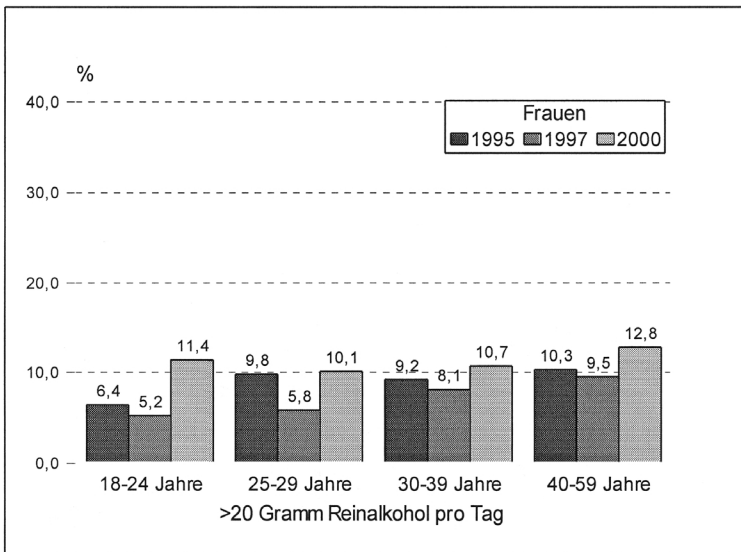


Abbildung 45:  
Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) von durchschnittlich mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen 1995–2000

## 8.4 Tabak

### Fragebogen

Bei der Auswertung der Raucherquote, dem Anteil täglicher sowie starker Raucher können die Angaben aller bisherigen Erhebungen verglichen werden. Wegen der Änderung der Frage nach der Konsummenge – bis einschließlich 1992 wurden nur diejenigen, die täglich rauchen, nach der Anzahl durchschnittlich pro Tag gerauchter Zigaretten gefragt – wird ein starker Raucher in diesem Abschnitt anders definiert als in Kapitel 7. Als starke Zigarettenraucher werden Personen definiert, die täglich rauchen und angeben, pro Tag durchschnittlich mindestens 20 Zigaretten zu konsumieren. Dagegen kann die Definition von Rauchern aus Kapitel 7 auch hier übernommen werden. Raucher sind Respondenten, die in den letzten 30 Tagen zumindest einmal geraucht haben. Entsprechend haben tägliche Raucher in den letzten 30 Tagen täglich geraucht. Die Werte vor 1990 beziehen sich auf die alten Bundesländer, ab 1990 auf Gesamtdeutschland.

### Prävalenz des Rauchens

Bei den 18- bis 24-Jährigen bestätigen sich die Befunde der Drogenaffinitätsstudien der BZgA (1998, 2001). Rauchen ist inzwischen für junge Erwachsene weniger attraktiv, als es noch 1980 war. Bei beiden Geschlechtern fiel die Raucherquote im Verlauf von 20 Jahren, bei den Männern von 61% auf 45%, bei den Frauen von 54% auf 40%. Im Vergleich zu den

Männern nahm der Anteil der Raucherinnen trotz Rückgang seit 1980 nach 1995 wieder zu. Auch in der Altersgruppe der 25- bis 39-jährigen Männer sind bei beiden Geschlechtern seit 1990 die Prävalenzwerte rückläufig. Im Gegensatz zu den 40- bis 59-jährigen Männern, bei denen der Anteil der Raucher seit 1995 insgesamt leicht zurückgegangen ist, stieg der Anteil der Raucherinnen bei den gleichaltrigen Frauen zwischen 1995 und 2000 von 21,5% auf 25% (Abbildung 46).

### Prävalenz des täglichen Rauchens

Die Prävalenz täglichen Rauchens verläuft in etwa parallel zur Raucherquote. Wie die Raucherquote ging auch der Anteil derjenigen, die täglich rauchen, bei den 18- bis 24-Jährigen seit 1980 sowie bei den 25- bis 39-Jährigen seit 1990 stark zurück, 2000 rauchten nur noch etwa ein Drittel der 18- bis 24-jährigen Männer sowie ca. 23% der 18- bis 24-jährigen Frauen täglich. 1980 waren es in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern noch etwa die Hälfte. Ebenso wie die Prävalenz der Raucherinnen nahmen auch die Anteile täglicher Raucherinnen bei den 18- bis 24-Jährigen und 40- bis 59-jährigen Frauen nach 1995 zu (Abbildung 47).

### Prävalenz starken Rauchens

Bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen weisen die Prävalenzen starken Rauchens ähnliche Verläufe auf wie die Raucherquote und die Quote täglichen Rauchens. Die Anteile starker Raucher gingen

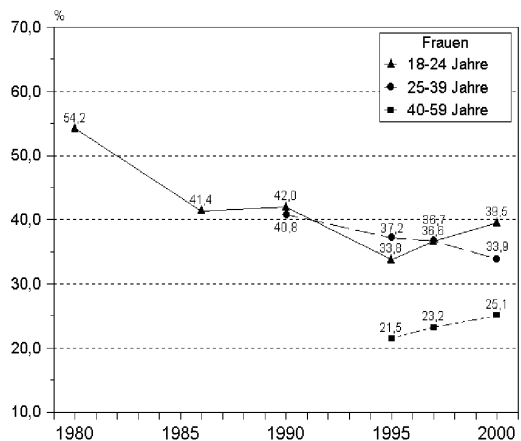
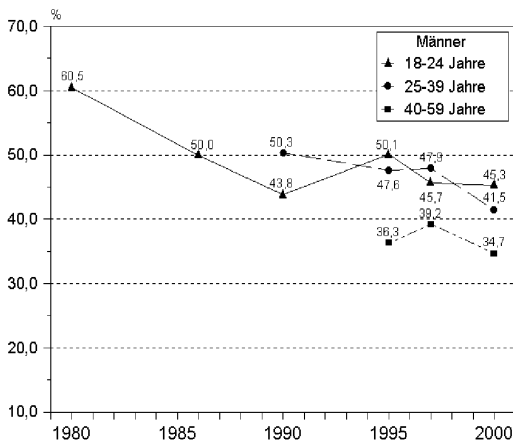


Abbildung 46: Prävalenz der Raucher 1980–2000

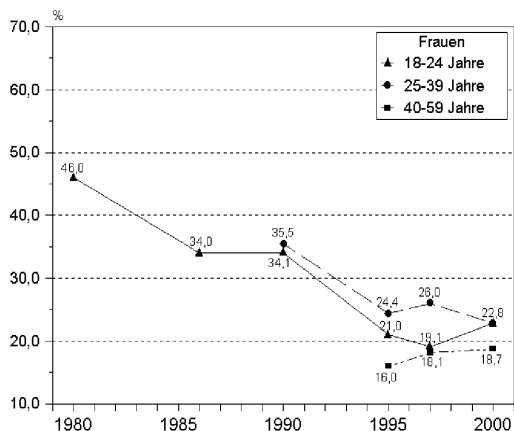
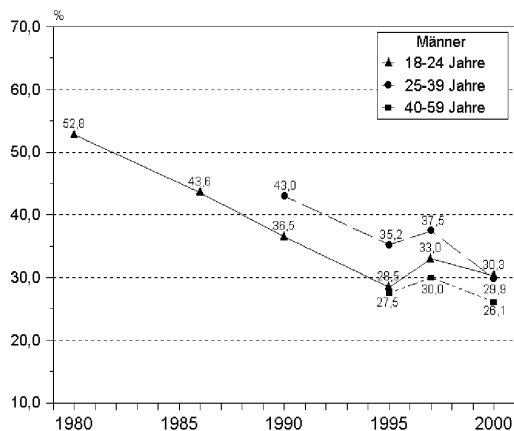


Abbildung 47: Prävalenz täglicher Raucher 1980–2000

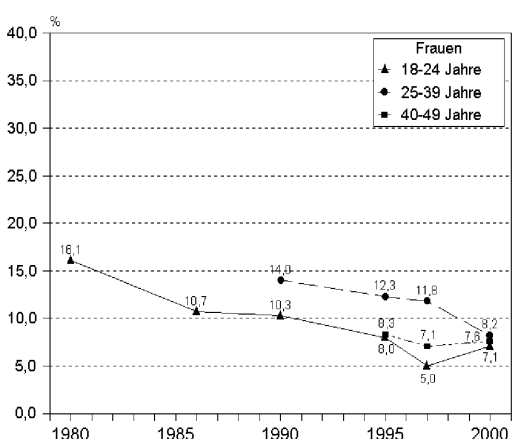
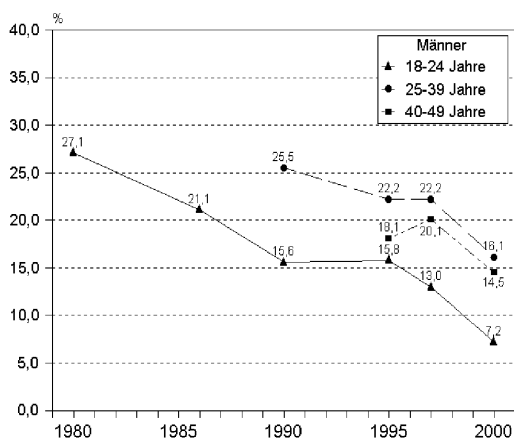


Abbildung 48: Prävalenz starker Raucher 1980–2000

seit 1980 (18- bis 24-Jährige) bzw. 1990 (25- bis 39-Jährige) zurück, wobei der Rückgang bei den Männern steiler ausfiel als bei den Frauen. Während sich die Anteile der 18- bis 24-jährigen Männer denen der gleichaltrigen jungen Frauen im Jahr 2000 angeglichen haben (ca. 7%), liegen die Werte der 25- bis 39-jährigen und 40- bis 59-jährigen Männer auch im Jahr 2000 noch deutlich über denen der gleichaltrigen Frauen. 16% der 25- bis 39-jährigen und 14,5% der 40- bis 59-jährigen Männer gaben in der Untersuchung von 2000 an, täglich mindestens 20 Zigaretten geraucht zu haben. Bei den Frauen waren dies bei den beiden ältesten Altersgruppen jeweils 8% (Abbildung 48).

Der seit den 80er Jahren zu beobachtende Trend rückläufiger Prävalenzen des Tabakkonsums zeigt sich am deutlichsten bei den starken Rauchern. Eine deutliche Abnahme ist vor allem bei den Männern zu beobachten. Erstmals haben sich die Anteile männlicher und weiblicher starker Raucher bei den jungen Erwachsenen angeglichen.

## 9 Diskussion

Mit der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychotroper Substanzen bei Erwachsenen aus dem Jahr 2000 liegen für Deutschland aktuelle Daten vor, die Aussagen zur Prävalenz des Gebrauchs und zu den negativen Konsequenzen des Konsums verschiedener Substanzen ermöglichen. Vergleiche mit früheren Querschnittsuntersuchungen, die seit 1980 durchgeführt werden, erlauben Trendaussagen über einen Zeitraum von 20 Jahren.

Repräsentativerhebungen sind immer mit Fehlern behaftet, die aus unterschiedlichen Quellen resultieren. Der Stichprobenfehler ergibt sich durch den Verzicht auf eine Vollerhebung. Untersuchungsmerkmale, wie z. B. die Drogenerfahrung oder das Alkoholkonsumverhalten, weisen eine gewisse Variabilität in der Bevölkerung auf. Kein Auswahlverfahren kann verhindern, dass zufällig überproportional viele Erhebungsteilnehmer einer bestimmten Bevölkerungsgruppe ein für diese Gruppe untypisches Verhalten, z. B. Drogenerfahrung, aufweisen. Bei kleinen Stichproben ist der Einfluss dieses Fehlers wesentlich stärker als bei großen. Daher sollten Zahlenangaben, die sich auf verhältnismäßig kleine Gruppen der Stichprobe beziehen, vorsichtig interpretiert werden. In wesentlich stärkerem Ausmaß als für Anteilswerte gilt dies für Hochrechnungen auf die Bevölkerung.

Unter dem Nicht-Stichprobenfehler versteht man alle anderen Fehlerarten wie Verzerrungen als Folge von Antwortverweigerungen, falsche Angaben, Fehler aufgrund schwer verständlicher Fragen oder die Auswahl von nicht zur Grundgesamtheit gehörenden Personen. Dieser Fehler lässt sich nicht durch Erhöhung des Stichprobenumfangs reduzieren (Bell, 1991). Der Nicht-Stichprobenfehler wird oft qualitativ sichtbar, kann aber quantitativ nicht oder nur unzureichend abgeschätzt werden. Ein Beispiel ist der bei der Erfassung des Alkoholkonsums zu beobachtende Jubiläumseffekt (Strecker, 1995); die Respondenten geben bei der Frage nach der Konsumfrequenz mit Vorliebe auf null oder fünf endende Zahlen an. Ein anderes Beispiel sind die im Vergleich zu den Verbrauchszahlen geringeren Schätzwerte des Alkoholkonsums in der Bundesstudie, die darauf schließen lassen, dass sozial unerwünschtes Verhalten wie hoher Alkoholkonsum geleugnet wird. Zwar lässt sich in diesem Fall die Differenz zu dem aus den Verbrauchszahlen errechneten Pro-Kopf-Konsum angeben, jedoch kann nicht angegeben werden, ob

sich die Tendenz zu sozial erwünschten Angaben auf alle Bevölkerungsgruppen gleich verteilt.

Da selbst kleine Änderungen im Erhebungsinstrument einen großen Einfluss auf die Angaben haben können (Groves, 1989), wurde beim Vergleich verschiedener Querschnittserhebungen darauf geachtet, möglichst gleich lautende Fragen heranzuziehen. Obwohl der Wechsel der Grundgesamtheit (bis 1992 wurden deutsche Staatsbürger und ab 1995 die deutschsprachige Bevölkerung erfasst) die Vergleichbarkeit ebenfalls einschränken kann, wurden auch die Angaben der Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft ausgewertet. Wegen des geringen Ausländeranteils in den Stichproben ist kein starker Einfluss dieser Angaben auf das Gesamtergebnis zu erwarten. In allen Erhebungen (außer 1980 in Bayern) wurden selbst auszufüllende Fragebogen eingesetzt, sodass eine Verzerrung durch die Art der Datenerhebung ausgeschlossen ist (De Leeuw, 1992).

### Illegale Drogen

Die Lebenszeitprävalenz illegaler Substanzen lag 2000 bei den 18- bis 59-Jährigen in Westdeutschland bei 21,8% (WB: 8,5 Mio.), in Ostdeutschland bei 11% (WB: 1,0 Mio.). Die Erhebung 1997 lieferte deutlich niedrigere Zahlen (West: 14,2%, Ost: 4,8%). In Westdeutschland ist nach einer Zunahme zwischen Mitte der 80er und Mitte der 90er Jahre und einem kurzem Plateau zwischen 1995 und 1997 am Ende der 90er Jahre wieder eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. In Ostdeutschland kann man bei der Verbreitung illegaler Drogen nach leichten Steigerungen bis 1995 (4,0%) und 1997 (4,8%) einen steileren Anstieg beobachten. Die Lebenszeitprävalenz der 18- bis 59-Jährigen hat sich hier von 1997 auf 2000 mehr als verdoppelt. Die Anteile der Lebenszeitprävalenzen in Ost und West unterscheiden sich zwar nach wie vor, der Abstand zwischen den beiden Regionen hat sich jedoch in den letzten Jahren verringert. Der Annäherungsprozess in Ostdeutschland verläuft epidemisch mit einem erhöhten »Ansteckungsrisiko« bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dies zeigt sich an den hohen Prävalenzwerten der 18- bis 35-Jährigen im Vergleich zu den über 35-Jährigen. Von den 1990 über 25-Jährigen, d. h. den 2000 über 35-Jährigen, ist trotz veränderter Zugangsbedingungen kaum jemand mit illegalen Drogen in Berührung gekommen. Die Angleichung der Prävalenzwerte im Sinne eines Ansteckungsmodells verlief aber graduell und nicht stufenförmig. Die 12-Monats-Prävalenzen der 18- bis

20-Jährigen haben sich über die Jahre zwischen 1990 und 2000 kontinuierlich angenähert. Erst im Jahr 2000 lassen sich in dieser Altersgruppe keine Unterschiede mehr zwischen den alten und den neuen Bundesländern feststellen, während sich die Differenzen mit zunehmendem Alter vergrößern. Bei den 18- bis 20-Jährigen hat jeder Dritte Erfahrung mit Drogen, und jeder Vierte hat die Erfahrung entweder im letzten Jahr gemacht oder nimmt aktuell Drogen. So gesehen kann man davon ausgehen, dass der Angleichungsprozess bezogen auf die jungen Erwachsenen nach zehn Jahren Wiedervereinigung abgeschlossen ist. Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz der Gesamtbevölkerung ist dieser Prozess aber erst dann beendet, wenn die im Jahre 2000 18- bis 20-Jährigen die obere Altersgrenze der Untersuchungsgruppe (59 Jahre) erreicht haben werden.

Die zwischen 1997 und 2000 zu beobachtende Zunahme der Prävalenz illegaler Drogen ist in erster Linie eine Folge der Zunahme des Cannabiskonsums. Die 12-Monats-Prävalenz der 18- bis 29-Jährigen hat sich in beiden Landesteilen jeweils in etwa verdoppelt. Sie nahm in Westdeutschland von 11,5% auf 22% und in Ostdeutschland von 8,6% auf 17,4% zu. Vor dem Hintergrund angestiegener Cannabisprävalenzen aus Selbstangaben sind Beobachtungen aus anderen Datenquellen zu diskutieren. Laut Kriminalstatistik stieg die Anzahl der Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis von 1997 bis 1998 um 20,3% und von 1998 bis 1999 um weitere 8,3%, wobei die Steigerungsraten in den neuen Bundesländern überproportional hoch waren (Bundeskriminalamt, 2000). Eine Zunahme cannabisinduzierter Störungen wird aus der Behandlungsstatistik berichtet. Die Zahl der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis war im Jahr 1999 um fast 29% höher als ein Jahr zuvor (Türk & Welsch, 2000).

Seit den ersten Anzeichen eines Ecstasy-Booms in Westdeutschland Anfang bis Mitte der 90er Jahre hat sich Ecstasy bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur beliebtesten illegalen Droge nach Cannabis entwickelt. Zu diesem Ergebnis kommen die 1997 durchgeführten bundesweiten Repräsentativhebungen bei Erwachsenen (Kraus & Bauernfeind, 1998a) und Jugendlichen (BZgA, 1998), eine Schülerbefragung in Schleswig-Holstein 1998/99 (Speck & Reimers, 1999) sowie regionale Erhebungen in Berlin (Kraus & Bauernfeind, 1998b), Hamburg (Kraus, Scherer & Bauernfeind, 1998) und München (Schuster & Wittchen, 1996). Trotz der vergleichbaren Ausgangslage in beiden Landesteilen zeigte sich in der Bundesstudie 1997, dass Ecstasy in

Ostdeutschland noch eine wesentlich geringere Rolle spielte. Wie aus der Erhebung im Jahr 2000 hervorgeht, hat der Osten Deutschlands drei Jahre später den Wert der Ecstasy-Prävalenz in Westdeutschland erreicht bzw. übertroffen. Ecstasy ist die einzige Droge, deren Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzwerte in den neuen Bundesländern höher sind als in den alten Bundesländern.

Parallel zu den Trends aus Bevölkerungssurveys sind die Entwicklungen in der ambulanten Beratung und Behandlung sowie bei Straftaten von Interesse. Während in den Beratungsstellen mit dem Dokumentationssystem EBIS im Osten Deutschlands 1996 noch 100 Einzeldiagnosen Abhängigkeit oder Missbrauch von Ecstasy oder verwandten Substanzen vorlagen, waren es 1999 bereits 557 (Türk & Welsch, 2000). Das BKA verzeichnete zwischen 1997 und 1998 bei den Delikten im Zusammenhang mit Ecstasy in den ostdeutschen Bundesländern Zuwachsraten von bis zu 60% (Bundeskriminalamt, 2000).

Psylocibinhaltige Pilze fallen erst seit dem 1. Februar 1998 unter das Betäubungsmittelgesetz, aktuelle Zahlen zum Umfang des Gebrauchs lagen daher kaum vor. Lediglich bei der 1998/99 in Schleswig-Holstein durchgeführten Schülerbefragung (Speck & Reimers, 1999) wurde der Konsum psylocibinhaltiger Pilze erhoben. Die berichtete Prävalenz von 6,8% bei 16- bis 17-jährigen Schüler in allgemein bildenden Schulen zeigt, dass der Konsum von halluzinogenen Pilzen gerade bei Jugendlichen weit verbreitet und deshalb nicht zu vernachlässigen ist. Die Schätzungen aus der vorliegenden Studie bestätigen diese Tendenz: Ca. 7% der ostdeutschen und 5% der westdeutschen Männer zwischen 18 und 29 Jahren berichten über Erfahrungen mit halluzinogenen Pilzen. Die Lebenszeitprävalenz bei den westdeutschen jungen Frauen beträgt 3%, bei den gleichaltrigen ostdeutschen Frauen 1%.

Ergebnisse zu Drogenmissbrauch und -abhängigkeit liegen für Deutschland aus wenigen älteren regionalen Studien vor, die in Abhängigkeit vom Referenzrahmen nur geringe Prävalenzen feststellen konnten (Dilling, Weyerer & Castell, 1984; Fichter, 1990; Wittchen et al., 1992). Eine Studie im Münchener Raum berichtet unter Verwendung von DSM-IV-Kriterien in der Altersgruppe 14 bis 24 Jahre bei 2,9% eine Missbrauchsdiagnose und bei 2% eine Abhängigkeitsdiagnose für illegale Drogen insgesamt (Perkonig et al., 1997). Eine vergleichbare Lübecker Studie in der Altersgruppe 18- bis 64-Jähriger berichtet geringere Lebenszeitprävalenzen für Missbrauch und Abhängigkeit (Meyer et al., 2000a).

Die Autoren ermitteln für Missbrauch 0,8% und für Abhängigkeit 0,4%. In der Bundesstudie 1997, in der Missbrauchs- und Abhängigkeitssymptome illegaler Drogen (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain) erhoben wurden, erhielten insgesamt 1,4% der 18- bis 59-jährigen westdeutschen Befragten eine aktuelle DSM-IV Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose. Die Gruppe mit den häufigsten Störungen (Missbrauch oder Abhängigkeit) war mit 5,5% die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen.

Die Schätzung für Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome wurde 2000 auf die 18- bis 59-jährige gesamtdeutsche Bevölkerung bezogen, die mit 0,9% (WB: 435.000 Personen) etwas niedriger ausfiel als 1997. Auch hier zeigen sich die höchsten Werte mit 5,3% bei den 18- bis 20-Jährigen, gefolgt von den 21 bis 24-Jährigen mit einer Prävalenz von 4,2%.

Im Zusammenhang mit den im Vergleich zu den älteren Befragten hohen Prävalenzwerten der jüngeren Befragten, die auch in Untersuchungen mit dem Einsatz von Interviewern zu beobachten sind, werden differenzielle Alterseffekte bei der Erfassung diagnostischer Symptome, Erinnerungsprobleme bei älteren Respondenten sowie stichprobenbedingte Ausfälle problematischer Drogenkonsumenten diskutiert (Perkonig et al., 1997; Warner et al., 1995).

Parallel zu dem kontinuierlichen Anstieg der Cannabisprävalenz seit Mitte der 80er Jahre hat sich die Bewertung sowie der strafrechtliche Umgang deutlich verändert. Normalisierungstendenzen im Umgang mit Cannabis haben in Deutschland zu einer Entschärfung der Stigmatisierung von Cannabis (z. B. BVG-Urteil von 1994) beigetragen, können aber auch in einem Zusammenhang mit der wachsenden Attraktivität von Cannabis gesehen werden. Als Hintergrund für die Normalisierung des Umgangs mit Cannabis sind Ergebnisse aus einer Cannabisstudie zu nennen, die zeigen konnte, dass ein großer Teil der dort erreichten Konsumenten weitgehend unauffällig ist (Kleiber et al., 1992; Soellner, Kleiber & Tossmann, 1995). Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen bei Jugendlichen (Perkonig et al., 1997) und Erwachsenen (Küfner et al., 2000) weisen ebenfalls in diese Richtung. Obwohl eine abschließende Bewertung der Konsequenzen langjährigen Gebrauchs noch aussteht (Kleiber & Kovar, 1997), wird die öffentliche Diskussion über Cannabis zur Zeit stärker von seinem möglichen therapeutischen Nutzen als von seinen Risiken bestimmt. Die Frage der Legalisierung von Cannabis, wie sie zurzeit in der Schweiz im Zusammenhang mit der Neufassung des

Drogenrechts stark diskutiert wird (vgl. Medieninformation des Schweizerischen Bundesrats vom 9.3.2001), ist auch in Deutschland aktuell. Die Akzeptanz von Cannabis in der Bevölkerung dürfte dabei parallel mit der Zunahme des Anteils der Drogenverfahreten steigen.

Die stetige Zunahme der Verbreitung von Cannabis in Europa (EBDD, 2000) wird jedoch nicht nur in Deutschland als Signal gesehen, mögliche negative Auswirkungen eines liberaleren Umgangs kritisch zu prüfen. In diesem Zusammenhang sind die steigenden Klientenzahlen mit einer primären Cannabisproblematik (d.h. Cannabis tritt nicht als Begleitsubstanz zu Heroin oder Kokain auf) in ambulanten Beratungsstellen zu berücksichtigen. Auf der Basis des Dokumentationssystem EBIS in ambulanten Einrichtungen in Deutschland (Simon & Palazzetti, 1999; Türk & Welsch, 2000) wurden Zunahmen um fast 100% von 1996 bis 1999 festgestellt, was hochgerechnet rund 11.000 Behandlungsfällen pro Jahr entspricht. Auch ließen sich eine zunehmende Verfügbarkeit hoch potenter Cannabisvarianten auf dem Markt und damit verbundene Veränderungen im Konsumverhalten beobachten (Bundeskriminalamt, 2000; Kraus & Domes, 2000).

## Alkohol

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 6% der Frauen (WB: 1,4 Mio.) und 5% der Männer (WB: 1,2 Mio.) völlig auf Alkohol verzichtet. Die höchsten Abstinenzraten waren bei den Männern bei den 18- bis 24-Jährigen und bei den Frauen bei den 40- bis 59-Jährigen zu beobachten, bei allerdings geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Altersgruppen. Unter den Alkoholkonsumenten interessieren vor allem diejenigen, deren Konsummuster zumindest riskant ist oder die Alkohol in gesundheitsschädlichen Mengen zu sich nehmen. Die Konsumentengruppen wurden über die Menge des täglich konsumierten Alkohols definiert. Entsprechend der Klassifikation von Bühringer et al. (2000) wurde Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten eingeteilt in Abstinenz, risikoarmer Konsum (Männer: >0–30 g, Frauen: >0–20 g), riskanter Konsum (Männer: >30–60 g, Frauen: >20–40 g), gefährlicher Konsum (Männer: >60–120g, Frauen: >40–80 g) sowie Hochkonsum (Männer: >120 g, Frauen: >80 g).

Die Diskussion um Grammgrenzen wird vor dem Hintergrund empirischer Ergebnisse geführt, nach denen bei Abstinenz das Risiko für koronare Herzkrankungen geringfügig höher ist als bei mäßigem

Alkoholkonsum (Edwards, 1997). Der bivariate Zusammenhang zwischen Alkohol und koronaren Herzerkrankungen vernachlässigt dabei allerdings andere Risiken, die mit Alkohol im Zusammenhang stehen. Wie sich zeigt, lassen sich beispielsweise für durch Alkohol bedingte Unfälle oder soziale Probleme keine klaren Grenzen für ein verringertes Risiko feststellen (Room, Bondy & Ferris, 1995; Rehm & Sempas, 1995). Bei Grenzwertdiskussionen sollte jedoch nicht übersehen werden, dass auch ein Konsum unterhalb bestimmter Grammgrenzen keine Sicherheit bedeutet (British Medical Association, 1995).

Nach der Definition über Grammgrenzen hatten in den 12 Monaten vor der Erhebung ca. 15% der befragten Männer (WB: 3,7 Mio.) und 8% der Frauen (WB: 1,9 Mio.) einen riskanten Alkoholkonsum. Über der Grenze für gefährlichen bzw. Hochkonsum lagen 7% der Männer (WB: 1,6 Mio.) und 3% der Frauen (WB: 0,6 Mio.). Bei beiden Geschlechtern waren kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen zu beobachten. Im Durchschnitt ergab sich ein Pro-Kopf-Konsum von 6,6 Litern Reinalkohol pro Jahr (Männer 9,3 Liter, Frauen 3,9 Liter). Aus den Verbrauchszahlen für das Jahr 1999 errechnet sich ein Konsum von 10,6 Litern Reinalkohol pro Kopf (Hüllinghorst, 2000). Im Vergleich zu den Verbrauchszahlen liegen die aus den Angaben der Befragten errechneten Werte niedriger. Dies liegt vermutlich zum einen daran, dass die Befragten ihren Alkoholkonsum selbst einschätzen und dabei – bewusst oder unbewusst – eine zu geringe Trinkmenge angeben. Zum anderen beruhen die Schätzungen der Getränkeindustrie auf Produktionszahlen, die nicht unbedingt mit Konsum gleichgesetzt werden können. Eine weitere mögliche Fehlerquelle sind die Umrechnungswerte von den konsumierten alkoholhaltigen Getränken in Gramm Reinalkohol, da der Alkoholgehalt in Vol.-% auch innerhalb einer Getränkeart schwankt. Der größte Teil der Differenz zwischen Verbrauchsmengen und Schätzungen aus Selbstangaben dürfte aber auf der Tatsache beruhen, dass der größte Teil der konsumierten Alkoholmengen auf einen relativ kleinen Anteil exzessiver Trinker zurückzuführen ist (vgl. Edwards, 1997). Durch die bekannte schwerere Erreichbarkeit dieser kleinen Gruppe sind exzessive Trinker in der Stichprobe aber unterrepräsentiert.

Bei der Diskussion über die Gefahren des Alkoholkonsums ist zu bedenken, dass nicht nur die direkt gesundheitsschädigenden Wirkungen des Alkohols jenseits der genannten Grammgrenzen für riskanten Konsum eine Rolle spielen. Daneben vermutet man

ein erhöhtes Risiko für verschiedene Erkrankungen bereits beim so genannten risikoarmen Konsum unterhalb dieser Werte. Neben den gesundheitlichen Schäden spielen auch andere Risiken im Zusammenhang mit Alkohol eine Rolle, z. B. alkoholbedingte Unfälle und Probleme im sozialen Bereich. Unangepasstes Konsumverhalten, das beispielsweise zu gefährlichen Situationen im Straßenverkehr, zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen bzw. zu juristischen oder anderen sozialen Problemen führt, erfasst die Diagnosekategorie Alkoholmissbrauch des DSM-IV. Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung erhielten 3% der Befragten (5% der Männer, 1% der Frauen) eine Missbrauchsdiagnose nach DSM-IV. Mit 11% ist der Anteil der Personen mit einer Missbrauchsdiagnose bei den 18- bis 20-Jährigen am größten. Verglichen mit den Zahlen aus der Repräsentativerhebung 1997 (5%) bedeutet dies eine Verringerung des Anteils der Missbrauchsdiagnosen (Kraus & Bauernfeind, 1998a). Gegenüber 1997 wurde aber die Formulierung bei einem Item zur Erfassung der Missbrauchsriterien geändert, die Werte sind daher nicht direkt vergleichbar. Eine Diagnose für Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV erhielten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 3% (WB: 1,5 Mio.) der Befragten (5% der Männer, 1% der Frauen). Die zur Erfassung der Diagnosekriterien verwendeten Items sind gegenüber 1997 (ebenfalls 3%) unverändert geblieben, sodass diese Prävalenzen direkt vergleichbar sind. Bei der Diagnose Alkoholabhängigkeit finden sich in allen Altersgruppen etwa gleich hohe Prävalenzwerte. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz dazu, dass der Anteil des riskanten Trinkkonsums mit dem Alter zunimmt. Es wird vermutet, dass junge Erwachsene z. B. Folgen exzessiven Konsums wie Kopfschmerzen und Übelkeit als Entzugssymptome missinterpretieren (Bailey, 1999; Caetano, 1999).

Die Ergebnisse regionaler Studien zur Prävalenz von Missbrauch und Abhängigkeit sind sehr unterschiedlich. Eine Untersuchung im Raum Lübeck ermittelte bei den befragten 18- bis 64-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch von 4,5% und für Alkoholabhängigkeit von 3,8% (Meyer et al., 2000a). In einer Münchner Studie erhielten 9,7% der befragten 14 bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Missbrauchs- und 6,2% eine Abhängigkeitsdiagnose (Holly et al., 1997). Ein Vergleich der Ergebnisse der beiden regionalen Studien im Überschneidungsbereich der Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen zeigt im Münchner Raum etwa dreifach höhere Lebenszeitprävalenzwer-

te für Alkoholabhängigkeit und -missbrauch als im Raum Lübeck (Meyer et al., 2000b).

Die Indikatoren des Alkoholkonsums (Prävalenz des Konsums und Konsumhäufigkeit) weisen im Zehn- bzw. Fünf-Jahres-Vergleich auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Bezüglich der Verbreitung des Alkoholkonsums sind im Zehn-Jahres-Vergleich für Gesamtdeutschland bei den über 25-Jährigen keine wesentlichen Veränderungen festzustellen. Die getränkespezifischen Prävalenzen der jungen Erwachsenen nahmen dagegen nach einem Rückgang bis Mitte der 90er Jahre wieder deutlich zu. Dies gilt für beide Geschlechter mit Ausnahme der Prävalenz des Bierkonsums der Männer. Auch hinsichtlich der Konsumfrequenzen mehrmals pro Monat und mehrmals pro Woche sind nach leicht rückläufigen Tendenzen bis 1997 insbesondere in jüngeren Altersgruppen und beim Weinkonsum wieder zunehmende Prävalenzwerte zu beobachten. Inwieweit diese Veränderungen eine Umkehr des seit Jahren auch in multiplen Querschnittsstudien bei Jugendlichen sowohl in Deutschland (BZgA, 1998) als auch in Bayern (Schneider, Potthoff & Hoeltz, 1995) zu beobachtenden Trends eines seit 1973 stetigen Rückgangs des häufigen Alkoholkonsums bedeuten, muss offen bleiben. Auch die Verbrauchsstatistiken (definiert als »Produktion abzüglich Ausfuhr zuzüglich Einfuhr«), die in den letzten Jahren einen kontinuierlichen Rückgang des Pro-Kopf-Verbrauchs registrierten, weisen beispielsweise zwischen 1998 und 1999 auf eine Verlangsamung bzw. Stagnation dieses Trends hin (Hüllinghorst, 2000).

Bemerkenswert ist die bei nahezu gleich bleibender Gesamtkonsummenge seit 1995 zu beobachtende leichte Geschlechterkonvergenz der Trinkmengen. Eine Annäherung der Geschlechter konnte auch bezüglich der Prävalenz des Alkoholkonsums in einer Untersuchung der Geburtsjahrgänge 1935 bis 1978 festgestellt werden, ohne dass sich die Unterschiede jedoch vollständig nivelliert hätten (Kraus et al., 2000).

Während die Konsumintensitäten gemessen an den Anteilen mit einem durchschnittlichen Konsum von mehr als 30 g Reinalkohol pro Tag bei den Männern und mehr als 20 g bei den Frauen seit 1995 bei den Ältesten konstant geblieben sind, sind bei den anderen Altersgruppen Änderungen zu beobachten. Es zeigt sich kein einheitliches Bild; es lässt sich jedoch feststellen, dass die Prävalenzwerte bei den 30- bis 39-Jährigen im Vergleich zu 1997 in etwa gleich geblieben sind und bei den Jüngeren deutlich zugenommen haben.

## Medikamente

Die Erfassung des Medikamentenkonsums in Repräsentativerhebungen stößt auf erheblich mehr Schwierigkeiten als die Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak. Wenn nur grobe Medikamentenklassen erhoben werden, besteht die Gefahr, dass die Befragten nicht beurteilen können, in welche Kategorie sie ein bestimmtes Medikament einordnen sollen und dieses deshalb falsch klassifizieren. In der vorliegenden Befragung wurde den Befragten anhand einer Liste der gebräuchlichsten Medikamente eine Zuordnung ermöglicht. Detailliertere Fragen nach Art und Namen der eingenommenen Medikamente ebenso wie nach bestimmten Einnahmemustern (Selbstmedikation, Tagesdosen, Dauer der Einnahme etc.) sind dagegen mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden als in einer schriftlichen Befragung über alle psychoaktiven Stoffe geleistet werden kann.

Insgesamt gaben 14,7% (WB: 7,1 Mio.) der Befragten die häufige Einnahme (mindestens einmal pro Woche) von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva oder Neuroleptika in den letzten 30 Tagen vor der Befragung an. Im Vergleich zur letzten Befragung 1997 (15,4%) hat sich damit kaum eine Veränderung ergeben. Die 12-Monats-Prävalenz der Einnahme psychoaktiver Medikamente, auf deren Erfassung 1997 verzichtet wurde, belief sich auf 47,7%. Damit hat fast die Hälfte aller Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein psychoaktives Medikament genommen. Allgemein zeigt sich, dass Frauen und ältere Personen einen höheren Medikamentenkonsum berichten als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Dieser Trend ist bereits mehrfach dokumentiert (Graham & Vidal-Zeballos, 1998; Maffli & Bahner, 1999; Ohayon et al., 1998). Schmerzmittel werden mit großem Abstand vor Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie Antidepressiva am häufigsten eingenommen. In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung nahmen ca. 11% der Befragten mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel, bei allen anderen Substanzen lagen die Anteile unter 3%. In diesem Zusammenhang wird häufig von missbräuchlicher Verwendung von Schmerzmitteln (Abbott & Fraser, 1998), insbesondere von koffein- und codeinhaltigen Substanzen (Kuhls, 1994) berichtet. Problematisch ist Schmerzmittelmissbrauch neben den bekannten Nebenwirkungen vor allem deswegen, weil die Langzeiteinnahme von Schmerzmitteln zu Dauerschmerz führen kann, den die Betroffenen

mit der Einnahme weiterer Schmerzmittel zu lindern versuchen (Melchinger, Schnabel & Wyns, 1992).

Mit dem Diagnostikinstrument DSM-IV (Saß et al., 1998) wurde erstmals Medikamentenabhängigkeit von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern ermittelt. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV wurde bei 2,9% (WB: 1,4 Mio.) der Befragten festgestellt, dabei waren Frauen etwas häufiger vertreten als Männer (3,2% vs. 2,5%). Tendenziell wurde die Abhängigkeitsdiagnose eher bei älteren Befragten gestellt, den Spitzenwert erreichten die 50- bis 59-Jährigen mit 5%.

Schmerzmittel fielen mit einer 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit von ca. 2% am meisten ins Gewicht. Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Präparate war es, wie bereits oben erwähnt, im Rahmen dieser Studie nicht möglich, nach opiothaltigen und nichtopiothaltigen Schmerzmitteln zu trennen, obwohl sich diese beiden Gruppen in ihrem Abhängigkeitspotenzial erheblich unterscheiden (Kufs, 1994). Demgegenüber sind die Prävalenzen der Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit jeweils 0,5% überraschend niedrig. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die typischen Symptome einer längerfristigen Benzodiazepineinnahme und somit eine mögliche Abhängigkeit von den Betroffenen in der Regel nur schwer erkannt werden (Holzbach, 2000). Eine Abhängigkeit von Anregungsmitteln oder Appetitzüglern wurde nur vereinzelt berichtet, die Gesamtprävalenz belief sich auf 0%. Anregungsmittel werden hauptsächlich bei antriebslosen älteren Patienten verordnet (Maffli & Bahner, 1999).

Das im Zusammenhang mit der Medikamentenabhängigkeit am häufigsten genannte Kriterium war »Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt« (6,7%). Im Zentrum des Interesses stehen beim DSM-IV jedoch die beiden Kriterien »Toleranzentwicklung« und »Entzugssymptome«, die auf eine körperliche Abhängigkeit hindeuten. Sie wurden mit 2,8% bzw. 3,4% relativ häufig genannt. Ohne große Bedeutung war das Kriterium »Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung«. Dies entspricht den Ergebnissen von Maffli und Bahner (1999), die darauf hinweisen, dass es sich hierbei um das einzige Kriterium handelt, bei dem sich die Abhängigkeitsdefinitionen nach DSM-IV und ICD-10 voneinander unterscheiden.

Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe Abhängigkeit, Missbrauch und schädlicher Gebrauch ist

in der Vergangenheit wiederholt kritisiert worden (Miller, 1991; Roache & Meisch, 1995). Die Erfassung einer Medikamentenabhängigkeit ist aufgrund der überwiegenden Gemeinsamkeiten der international gebräuchlichen Diagnostiksysteme von DSM-IV und ICD-10 vergleichsweise unproblematisch. Die Missbrauchsdefinition ist weit weniger reliabel (Pfeiffer & Simon, 2000), denn hier unterscheiden sich die Klassifikationssysteme deutlich. Auf eine entsprechende Operationalisierung des Missbrauchs wurde daher verzichtet.

Als weiteres Instrument, um auch diejenigen Personen zu erfassen, die zwar die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit nicht erfüllen, aber dennoch bestimmte Abhängigkeits- oder Missbrauchsmuster aufweisen, wurde der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl et al., 1991) eingesetzt. In der Literatur ist dazu bisher wenig bekannt. Die Autoren selbst berichten zwar eine hohe Reliabilität und Validität. Die Etablierung der Testgüte an einer repräsentativen Stichprobe steht aber noch aus. Die erhobenen Prozentwerte und Trends stimmen weitgehend mit denen aus dem DSM-IV überein, wobei die bereits beschriebenen Geschlechts- und Altersunterschiede im KFM deutlicher zutage treten. Vom inhaltlichen Aspekt her problematisch erscheint vor allem das Item »Sozialer Rückzugswunsch«. Dieses Item wurde am häufigsten bejaht, da es sich aber nicht direkt auf Medikamente bezieht, sondern (eher suchtspezifisch) der Erfassung der Lebenskompetenzen dient, muss ein hoher Wert hier noch nicht weiter bedenklich sein. Schwierig zu beurteilen sind außerdem einige weitere Items, die sich auf die Motive der Medikamenteneinnahme beziehen (z. B. »Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht«), da in manchen Fällen ein Verzicht auf Medikamente nicht erwartet werden kann.

## Tabak

Zigarettenkonsum wird seit 1995 mit einem Frequenz-Menge-Index erhoben. Da sich das Rauchverhalten in den beiden Landesteilen weitgehend angeglichen hat, wurde auf einen eingehenden Vergleich zwischen West- und Ostdeutschland verzichtet. Die Prävalenz der Raucher und Raucherinnen zwischen 18 und 59 Jahren wurde 2000 auf 35% (WB: 16,7 Mio.) geschätzt (Männer 39%, Frauen 31%), die Anteile lagen bei den Männern niedriger als 1997 (Männer 43%, Frauen 30%). Da der Anteil der Raucher abnahm und der Anteil der Raucherinnen leicht zunahm, nähern sich die Prävalenzen immer mehr an,

ein Trend, der auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zu beobachten war (Junge & Nagel, 1999). In der Bundesstudie waren die höchsten Raucherquoten bei den Jüngeren zu beobachten. Dennoch ist Rauchen für junge Erwachsene (18 bis 24 Jahre) erfreulicherweise weniger attraktiv als noch 1980 (Kraus & Augustin, 2000). In den letzten 20 Jahren fiel die Raucherquote bei den jungen Männern von 61% (1980) auf 45% (2000), bei den Frauen von 54% (1980) auf 40% (2000). Allerdings lässt sich bei den jungen Frauen in den letzten fünf Jahren wieder ein Anstieg der Raucherquote beobachten.

Der Anteil starker Raucher mit einem Zigarettenkonsum von durchschnittlich mehr als 20 Zigaretten täglich belief sich auf 35% aller Raucher (WB: 5,8 Mio.), Männer waren mit 41% deutlich häufiger starke Raucher als Frauen mit 28%. Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anteil der starken Raucher parallel zur Prävalenz der Raucher zurückgegangen. Betrachtet man die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen, so fiel der Anteil der starken Raucher bei den jungen Männern in den letzten 20 Jahren deutlich, bei den Frauen etwas weniger stark. Dadurch ergibt sich im Jahr 2000 mit ca. 7% eine Übereinstimmung der Prävalenz männlicher und weiblicher starker Raucher.

Neu in den Fragebogen aufgenommen wurden zwei Instrumente zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit. Sowohl der Fagerström Test (FTND; Heather-ton et al., 1991) als auch die Kriterien des DSM-IV (Saß et al., 1998) untersuchen Nikotinabhängigkeit mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Der FTND befasst sich vorwiegend mit körperlicher Abhängigkeit von Nikotin. Nach Breslau und Johnson (2000) wurden Personen mit einem Score von vier oder mehr Punkten im FTND als deutlich nikotinabhängig klassifiziert, dies waren in der vorliegenden Studie 35% der befragten Raucher (Männer mit 38,5% etwas häufiger als Frauen mit ca. 30%). Zu beobachten war außerdem ein größerer Anteil Nikotinabhängiger gerade bei den älteren Rauchern und Raucherinnen, was darauf hindeuten könnte, dass die Abhängigkeit zunimmt je länger geraucht wird. Die Ergebnisse des FTND eignen sich besonders gut für Abstinenzprognosen (Breslau & Johnson, 2000). Eine Abstinenz wird umso unwahrscheinlicher, je höher der Score im FTND liegt.

Einen anderen Ansatz verfolgt das internationale Klassifikationssystem DSM-IV zur Erfassung psychischer Störungen. Nach Meyer et al. (2000a) ist Nikotinabhängigkeit, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, die Einzeldiagnose mit der höchsten Lebens-

zeitprävalenz bei allen psychiatrischen Diagnosen überhaupt. In der vorliegenden Studie beziehen sich die Zahlen auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung. Insgesamt erhielten 8,2% (WB: 3,9 Mio.) der 18- bis 59-Jährigen eine DSM-IV Diagnose Nikotinabhängigkeit. Männer wurden etwas häufiger als Frauen als nikotinabhängig eingestuft (9% vs. 7%). Bezogen auf die Raucher werden 22,2% als nikotinabhängig diagnostiziert. Demgegenüber schätzen Batra und Fagerström (1997) unter Zugrundelegung der diagnostischen Kriterien des ICD-10 den Anteil der Nikotinabhängigen unter den Rauchern auf 70% bis 80%. Parallel zur Raucherprävalenz, die ebenfalls bei jungen Erwachsenen besonders hoch ist, erzielen die jungen Erwachsenen auch bei der Nikotinabhängigkeit besonders hohe Werte (18 bis 20 Jahre: 18%, 21 bis 24 Jahre: 12%). Ähnliche Werte finden sich bei Nelson und Wittchen (1998). Sie berichten eine 12-Monats-Prävalenz für Nikotinabhängigkeit von 14% bis 18% für junge Erwachsene zwischen 18 und 24 Jahren.

Bezieht man die Anteile der Nikotinabhängigen nach DSM-IV nur auf die Population der aktuellen Raucher und vergleicht die Zahlen mit den Ergebnissen aus dem FTND, so findet man widersprüchliche Aussagen. Der Anteil der nach DSM-IV Nikotinabhängigen war bei den Jüngeren besonders hoch und sank mit zunehmendem Alter. Im Gegensatz dazu werden im FTND die Anteile der deutlich Abhängigen mit zunehmendem Alter immer höher. Der FTND enthält als Item unter anderem auch die Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten. Diese Zahl steigt mit zunehmendem Alter, was eher für ein größeres Suchtpotenzial bei Älteren spricht. Daher ist zu vermuten, dass Jugendliche und junge Erwachsene beim DSM-IV ein anderes Antwortverhalten zeigen als ältere Personen. Eine erhöhte Sensibilität des DSM bei Jugendlichen ist sowohl in dieser als auch in früheren Studien (Kraus & Bauernfeind, 1998a; Grant, 1997; Holly et al., 1997) im Bereich Alkohol zu beobachten.

Erstmals erfasst wurde in dieser Studie die Änderungsbereitschaft nach dem Modell von Prochaska und DiClemente (1992). Dabei kam ein von Etter und Perneger (1999) überarbeiteter Fragebogen zur Anwendung. Die Klassifikation in verschiedene Stufen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung) dient dazu, spezifische Entwöhnungsprogramme und Interventionen für die einzelnen Stufen anbieten zu können und Abstinenz zu prognostizieren. In den frühen Stufen des Modells (Absichtslosigkeit und Absichtsbil-

dung), die als diejenigen mit der geringsten Wahrscheinlichkeit zur Verhaltensänderung gelten und für die es bislang kaum gezielte Interventionsprogramme gibt, befinden sich in der vorliegenden Studie 56% der Raucher und Exraucher und 91% der aktuellen Raucher. Nach einer Studie von Rumpf et al. (1998) in der Region Lübeck waren ca. 95% aller Raucher in einer dieser beiden Stufen. Dies sind, verglichen mit Daten aus den USA, enorm hohe Anteile in den frühen Stufen (Velicer et al., 1995). Untersucht wurde außerdem, ob sich die prozentuale Verteilung in den einzelnen Stufen ändert, wenn man nach der Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten in starke, mittelstarke und leichte Raucher sowie Gelegenheitsraucher, also solche, die nicht täglich rauchen, differenziert. Abweichende Zahlen ergaben sich vor allem in der Gruppe der Gelegenheitsraucher, ein Problem, auf das bereits Etter und Perneger (1999) hinwiesen. Sie fordern wegen der Mehrdi-

mensionalität der Stufen und dem Problem der Einordnung der Gelegenheits- und Exraucher in das Modell eine grundsätzliche Überarbeitung des diskreten 5-Stufen-Modells sowie eine Standardisierung der Fragebögen, nach denen Klassifikationen vorgenommen werden, um die Vergleichbarkeit verschiedener Studien zu gewährleisten.

Personen, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, gaben häufiger an, Hilfsangebote in Anspruch genommen zu haben als Personen, die erfolgreich waren (38% vs. 13%). Bei den Hilfsmitteln rangieren Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos in beiden Gruppen weit oben, gefolgt von verschiedenen Nikotinsubstitutionspräparaten. Angebote wie Akupunktur, Entwöhnungskurse oder -seminare und Hypnose wurden mit unter 2% relativ selten genannt. In einer Untersuchung in Schleswig-Holstein (Meyer et al., 2000a) findet sich eine ähnliche Rangfolge der benutzten Hilfsmittel.

## Literaturverzeichnis

- Abbott, F. V. & Fraser, M. I. (1998). Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 23, 13–34.
- Bailey, S. L. (1999). The measurement of problem drinking in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 234–244.
- Barsch, G. (1991). Das Drogenthema zwischen Gefühl und Verstand. Ergebnisse einer Jugendstudie in Ostberlin. *Sucht*, 37, 146–151.
- Batra, A. (2000). *Tabakabhängigkeit – Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 97. Darmstadt: Steinkopff.
- Batra, A. & Fagerström, K. O. (1997). Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht*, 43, 277–282.
- Behrens, K. (1994). Schichtung und Gewichtung. In S. Gabler, J. Hoffmeyer-Zlotnik & D. Krebs (Hrsg.). *Gewichtung in der Umfragepraxis* (S. 27–41). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bell, J. F. (1991). Big is not necessarily beautiful in survey design: Measurement error and the APU science survey. *The Statistician*, 40, 291–300.
- Breslau, N. & Johnson, E. O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health*, 90, 1122–1127.
- British Medical Association (BMA) (1995). *Alcohol: Guidelines on sensible drinking*. London: British Medical Association.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128. Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (2000). *Rauschgiftjahresbericht 1999*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1991). *Informationsgewohnheiten und Vorstellungen zu den Auswirkungen des Drogenkonsums in den neuen Bundesländern*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1994). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 1993/94*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2000/01*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Caetano, R. (1999). The identification of alcohol dependence criteria in the general population. *Addiction*, 94, 255–267.
- De Leeuw, E. D. (1992). *Data quality in mail, telephone, and face to face surveys*. Amsterdam: TT-Publikaties.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (1987). *Medikamentenabhängigkeit*. Hamm: Achenbach.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (Hrsg.) (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Edwards, G. (Hrsg.) (1997). *Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduktion des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A. & Drop, M. J. (1997). Inconsistencies in adolescents' self-reports of initiation of alcohol and tobacco use. *Addictive Behaviors*, 22, 613–623.
- Etter, J.-F. & Perneger, Th., V. (1999). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction*, 94, 1881–1889.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2000). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union–2000*. Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Lisbon: EMCDDA.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235–241.
- Fichter, M.M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Graham, K. & Vidal-Zeбалlos, D. (1998). Analyses of use of tranquilizers and sleeping pills across five surveys of the same population (1985–1991): the relationship with gender, age and use of other substances. *Social Science and Medicine*, 46, 381–395.
- Grant, B. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 464–473.
- Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: John Wiley & Sons.
- Harkin, A. M., Anderson, P. & Goos, C. (1997). *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine

- dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119–1127.
- Herbst, K., Kraus, L. & Scherer, K. (1996). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Herbst, K., Kraus, L., Scherer, K., & Schumann, J. (1995). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Telefonische Erhebung 1994*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Herbst, K., Schumann, J. & Kraus, L. (1994). *Zusatz- und Kontrolluntersuchung im Rahmen der Bundesstudie des Bundesministeriums für Gesundheit: »Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren«*. IFT-Berichte Bd. 73. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Herbst, K., Schumann, J. & Wiblishauser, P. M. (1993). *Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Untersuchung in den neuen Bundesländern 1992*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Holly, A., Türk, D., Nelson, C. B., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 171–178.
- Holzbach, R. (2000). Benzodiazepinabhängigkeit. *Abhängigkeiten*, 6, 5–16.
- Hüllinghorst, R. (2000). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2001* (S. 17–30). Geesthacht: Neuland.
- Infratest Gesundheitsforschung (1983). *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Erwachsene*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit.
- Infratest Gesundheitsforschung (1987). *Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren. Bundesrepublik Deutschland*. Bericht: 83–4232. München: Infratest.
- Junge, B. (1997). Tabak. In DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 1998* (S. 19–42). Geesthacht: Neuland.
- Junge, B. & Nagel, M. (1999). Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, 1–5.
- Kandel, D. B. & Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. In C. L. Jones & R. J. Battejes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. (ADM) 85–1335, pp. 193–235). Washington: Government Printing Office.
- Kirschner, R. (1997). *Jugend und illegale Drogen in Ostdeutschland. Eine bevölkerungsrepräsentative Längsschnittuntersuchung*. München: Profil.
- Kleiber, D. & Kovar, K.-A. (1997). *Auswirkungen des Cannabiskonsums*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kleiber, D., Stosberg, K., Täschner, K.-L., Tossmann, H. P. & Wiesbeck, G. A. (1992). Erfahrungen mit Cannabiskonsumern. Ergebnisse einer Umfrage bei Kliniken und Drogenberatungsstellen. *Sucht*, 38, 7–17.
- Koch, A. (1997). ADM-Design und Einwohnermelderegister-Stichprobe. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 99–116). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2000). Tabakkonsumtrends bei Erwachsenen 1980 bis 1997. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2001* (S. 127–137). Geesthacht: Neuland.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction*, 96, 459–471.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998a). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, Sonderheft 1.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998b). Konsumtrends illegaler Drogen in Deutschland: Daten aus Bevölkerungssurveys 1990–1995. *Sucht*, 44, 169–182.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998c). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin 1995/1996*. IFT-Berichte Bd. 90. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Domes, R. (2000). An early detection system for drug trends in Berlin: results from an expert survey. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), *Illicit Drugs: Patterns of use patterns of response* (pp. 177–190). Innsbruck: Studien Verlag.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G. (1998). *Epidemiologie des Drogenkonsums in Deutschland. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 107. Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L., Bloomfield, K., Augustin, R. & Reese, A. (2000). Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 95, 1389–1401.
- Kraus, L., Scherer, K. & Bauernfeind, R. (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997*. IFT-Berichte Bd. 97. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Schumann, J., Wiblishauser, P. W. & Herbst, K. (1994). Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländern. *Sucht*, 40, 107–120.
- Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J. & Bühringer, G. (2000).

- Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht*, 46, 32–53.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76–87). Bern: Huber.
- Little, R. J. A. (1992). Regression with missing X's: A review. *Journal of the American Statistical Association*, 87, 1227–1237.
- Maffli, E. & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Maffli, E. & Gmel, G. (1999). Die Entwicklung des Gebrauchs von Medikamenten mit Missbrauchspotential zwischen 1992 und 1997. *Abhängigkeiten*, 5, 39–66.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12. Baden-Baden: Nomos.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000a). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*, 71, 535–542.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000b). Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 539–547.
- Miller, N. S. (1991). *The pharmacology of alcohol and drugs of abuse and addiction*. New York: Springer.
- Nelson, C. B. & Wittchen, H.-U. (1998). Smoking and nicotine dependence. *European Addiction Research*, 4, 42–49.
- Nordlohne, E., Reißig, M. & Hurrelmann, K. (1993). Drogengebrauch in Ost und West: Zur Situation des Drogengebrauchs bei Jugendlichen in den alten und neuen Ländern der Bundesrepublik. *Sucht*, 39, 10–34.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., Priest, R. G. & Guilleminault, C. (1998). Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 273–283.
- Oxley, S. (1997). *Tabakabhängigkeit – Diagnostische Kriterien und prognostische Valenz psychometrischer Methoden zur Erfassung der Stärke der Abhängigkeit für eine langfristige Abstinenz*. Inaugural-Dissertation, Universität Tübingen.
- Perkonig, A., Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, C. B. & Pfister, H. (1997). Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnose und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 247–257.
- Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000). *Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeinrichtungen (EBIS-R)*. IFT-Berichte Bd. 117. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184–214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Rehm, J. & Semplos, C. (1995). Alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction*, 90, 471–480.
- Reißig, M. (1991). Jugend und Suchtmittel. In W. Friedrich & H. Griese (Hrsg.), *Jugend und Jugendforschung in der DDR* (S. 201–209). Opladen: Leske & Budrich.
- Reuband, K. H. (1988). Drogenkonsum im Wandel. Eine retrospektive Prävalenzmessung der Drogenerfahrung Jugendlicher in den Jahren 1967 bis 1987. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erkennungssoziologie*, 8, 54–68.
- Roache, J. D. & Meisch, R. A. (1995). Findings from self-administration research on the addiction potential of benzodiazepines. *Psychiatric Annals*, 25, 153–157.
- Room, R., Bondy, S. J. & Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1998. *Addiction*, 90, 449–513.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (1998). Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. *Gesundheitswesen*, 60, 592–597.
- Rustin, T. A. (2000). Assessing nicotine dependence. *American Family Physician*, 62, 579–584.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Hogrefe: Göttingen.
- Schneider, R., Potthoff, P. & Hoeltz, J. (1995). Was trinken Jugendliche in Deutschland? *Ernährungsumschau*, 42, 208–211.
- Schnell, R. (1997). *Nonresponse in Bevölkerungsumfragen, Ausmaß, Entwicklung und Ursachen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schumann, J. & Kraus, L. (1995). Telefonische Befragung zum Konsum psychotroper Substanzen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 183–194.
- Schuster, P. & Wittchen, H.-U. (1996). Ecstasy- und Halluzinogengebrauch bei Jugendlichen – Gibt es eine Zunahme? *Verhaltenstherapie*, 6, 222–232.
- Simon, R., Bühringer, G. & Wiblishauser, P. M. (1991). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. *Sucht*, 45, Sonderheft 1.
- Soellner, R., Kleiber, D. & Tossman, H. P. (1995). Einmal

Cannabis – immer Cannabis? Prädiktoren für fortgesetzten Cannabiskonsum. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 1, 65–77.

- Speck, A. & Reimers, S. (1999). *Epidemiologie des Drogenkonsums schleswig-holsteinischer Jugendlicher*. Kiel: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein.
- Strecker, H. (1995). Ein Beitrag zu Fehlern in statistischen Erhebungen. Der Netto- und Bruttofehler sowie Beispiele für besondere Fehlerursachen. *Allgemeines Statistisches Archiv*, 79, 402–424.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland und SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht*, 46, Sonderheft 1.
- Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Velicer, W. F., Fava, J. L., Prochaska, J. O., Adams, D. B., Emmons, K. M. & Pierce, J. P. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Journal of Preventive Medicine*, 24, 401–411.
- Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., Anthony J. C. & Nelson, C. B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 52, 219–229.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik: Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123–139). Bonn: Nagel.
- WHO (1999). *Leave the pack behind*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegler, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview* (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95). München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wittchen, H.-U., Essau, C. A., Zerssen, D., von Krieg, C. J. & Hecht, H. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 241, 247–258.

### Korrespondenzanschrift:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Ludwig Kraus  
IFT Institut für Therapieforchung  
Soziale Epidemiologie und Risikoforschung  
Parzivalstr. 25  
D-80804 München  
Telefon: 089/36 08 04-30,  
Fax: 089/36 08 04-49  
E-Mail: kraus@ift.de

## Hinweise für Autoren/Manuskripteinreichungen

Die Zeitschrift SUCHT wendet sich an Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierte Praktiker. Sie veröffentlicht Artikel aller Fachdisziplinen, die sich mit der Forschung und Praxis zu substanzbezogenen Störungen und ihren Grenzgebieten befassen. Entsprechend dem komplexen Bedingungsgefüge abhängigen Verhaltens werden Manuskripte aus den Bereichen der Biochemie, Neurologie, Pharmakologie, Epidemiologie, Psychologie, Psychiatrie, Kriminologie und Soziologie gleichermaßen berücksichtigt. Auf empirisch fundierte Arbeiten wird Wert gelegt.

### 1. Rubriken

Manuskripte werden für folgende sechs Rubriken angenommen; sie dürfen an anderer Stelle noch nicht publiziert bzw. eingereicht sein:

1. *Originalarbeiten* sollen theoretischer oder empirischer Natur sein.

2. *Kurze Mitteilungen* informieren über aktuelle bzw. Ergebnisse aus laufenden Forschungsprojekten.

3. *Übersichtsarbeiten* geben den Kenntnisstand in einem bestimmten Forschungsbereich wieder (Literaturübersichten). Sie sollen aufgrund der Zielsetzung der Zeitschrift SUCHT auch Schlußfolgerungen für die weitere Forschung und (soweit zutreffend) auch für die Praxis enthalten. Sie können von Autoren unaufgefordert eingereicht oder von der Redaktion angefordert werden.

4. Die Rubrik *Praxis* beschäftigt sich mit praktischen Problemen, Lösungsansätzen und Ergebnissen, z. B.:

Neuentwicklung eines präventiven oder therapeutischen Verfahrens/Programms unter Praxisbedingungen

Allgemein bedeutsame Weiterentwicklung eines bekannten Verfahrens

Fallberichte mit einer ungewöhnlichen therapeutischen Vorgehensweise bzw. mit ungewöhnlichen positiven oder negativen Ergebnissen

Problemsituationen aus der Praxis, für die keine befriedigenden Lösungen bekannt sind

Erstmalige Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis.

5. In der Rubrik *Forum* werden Kommentare veröffentlicht. Dazu gehören Stellungnahmen zu Artikeln der Zeitschrift, juristische und gesundheitspolitische Kommentare, Buch- und Tagungsbesprechungen. Mit dem Forum strebt die Zeitschrift eine aktive Auseinandersetzung der Leser mit wichtigen und kontroversen Entwicklungen innerhalb der Suchtforschung und -praxis an.

In der Rubrik *Nachrichten* werden u. a. Informationen zu Tagungen, Publikationen und anderen Medien veröffentlicht.

### 2. Manuskriptlänge

Eine Manuskriptseite enthält 25 Zeilen x 50 Anschläge (zweizeilig geschrieben, breiter Rand rechts). Alle Manuskripte bitte vierfach einreichen. Die folgenden maximalen Seitenbegrenzungen gelten einschließlich Tabellen, Abbildungen und Literaturzitaten:

– Wissenschaftliche Originalarbeiten: 25 Manuskriptseiten

– Kurze Mitteilungen: 6 Manuskriptseiten

– Übersichtsarbeiten: 30 Manuskriptseiten

– Praxis: 10 Manuskriptseiten

– Forum: 6 Manuskriptseiten

– Nachrichten

Nachrichten, Medien- und Veranstaltungshinweise sind lediglich in zweifacher Ausfertigung an die Redaktion einzureichen.

### 3. Manuskriptform

Bitte vor Einreichung eines Manuskripts die jeweils aktuelle Checkliste für Autoren zur Manuskripterstellung von der Redaktion anfordern oder von der Web-Seite des Verlags laden (<http://www.neuland.com/sucht/index.htm>). In der Checkliste sind alle formalen Anforderungen zusammengestellt. Manuskripte werden von der Redaktion nur dann zur Begutachtung weitergeleitet, wenn sie den formalen Anforderungen der Checkliste entsprechen.

### 4. Begutachtung

Die Begutachtung der vorgelegten Arbeiten (mit Ausnahme der Nachrichten und Forumsbeiträge) erfolgt jeweils durch zwei Gutachter in anonymisierter Form.

### 5. Endfassung angenommener Manuskripte

Die Endfassung bitte mit Diskette (Word-Dokument) und reproduktionsfähigen Vorlagen der Abbildungen sowie einem Papierausdruck des gesamten Manuskriptes an die Redaktion senden.

### 6. Produkthaftung

Das Produkthaftungsrecht stellt erhöhte Anforderungen an die Sorgfaltspflicht aller mit der Erarbeitung und Verbreitung von Manuskripten Befähtigten. Dies gilt insbesondere für Autoren von wissenschaftlichen Zeitschriftenbeiträgen. Bitte prüfen Sie deshalb bei der Abfassung Ihres Beitrages sowie bei der anschließenden Korrektur stets gewissenhaft, ob die in Ihrem Manuskript enthaltenen Angaben inhaltlich richtig sind.

### 7. Urheberrecht

Mit Einreichung des Manuskriptes erklären die Autoren, daß alle Rechte an diesem Beitrag bei ihnen liegen und dieser noch nicht an anderer Stelle publiziert wurde. Für Abbildungen oder Tabellen, die bereits an anderer Stelle publiziert sind, muß von den Autoren eine schriftliche Nachdruckgenehmigung des Verlages dieser Publikation eingeholt und dem Manuskript beigelegt werden.

### 8. Rechtseinräumung

Mit der Veröffentlichung des Beitrages in der Zeitschrift SUCHT gehen alle Rechte daran auf die Neuland-Verlagsgesellschaft mbH über.

### 9. Sonderdrucke

Von den Beiträgen der Rubriken »Originalarbeiten«, »Kurze Mitteilungen«, »Übersichtsarbeiten« und »Praxis« erhalten die Autoren bzw. die Autorengruppe 50 Sonderdrucke kostenfrei. Die Lieferung erfolgt an die im Beitrag genannte Korrespondenzanschrift. Anfragen für weitere Sonderdrucke sind an den Verlag zu richten.

Wie viele Bundesbürger konsumieren welche psychoaktiven Substanzen, welche Mengen konsumieren sie, wie häufig ist dies der Fall und welche Folgen hat dies? Der Bericht bietet Detailinformationen zum Gebrauch von Alkohol, Nikotin, Cannabis und anderen illegalen Drogen, schließlich auch psychotropen Medikamenten: Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, Geschlecht und Ost- und Westzugehörigkeit werden die Anteile von Konsumierenden und für Alkohol, Nikotin und Cannabis auch die erfragten Konsummengen dargestellt.

ISBN 3-87581-224-7



[www.neuland.com](http://www.neuland.com)