

Illicit drugs use, age of onset and trends. Results of the 2003 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Key words

Population survey, illicit drug use, age of onset, cannabis-related problems, Severity of Dependence Scale, trends

Abstract

Aim: With the 2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA), the monitoring of the use of illegal drugs in the German adult population was continued. **Method:** The sample consisted of 8,061 18 to 59 year-old adults. The survey used self-administered questionnaires; the response rate was 55 %. **Results:** Among 18 to 39 year olds, lifetime prevalence of the use of cannabis, amphetamines, Ecstasy and cocaine/crack has increased significantly. According to the Severity of Dependence scale, 1.1% of the sample were cannabis dependent and 0.1% cocaine dependent. **Conclusions:** The increase in the prevalence of drug use is mainly due to an increase in cannabis use. The growing number of cannabis users calls for effective drug prevention.

► Ludwig Kraus¹, Rita Augustin¹, Boris Orth¹

Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003

Schlüsselwörter

Bevölkerungsbefragung, illegale Drogen, Einstiegsalter, cannabisbezogene Probleme, Severity of Dependence Skala, Trends

Zusammenfassung

Ziel: Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 werden die Beobachtungen des Konsums illegaler Drogen bei Erwachsenen in Deutschland fortgesetzt. **Methode:** Die Stichprobe umfasst 8.061 Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren. Die Datenerhebung erfolgte schriftlich, die Antwortrate betrug 55 %. **Ergebnisse:** Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy und Kokain/Crack der 18- bis 39-Jährigen ist signifikant gestiegen. Nach der Severity of Dependence Skala wurden 1,1% der Stichprobe als cannabisabhängig und 0,1% als kokainabhängig eingestuft. **Schlussfolgerungen:** Die zunehmende Prävalenz des Gebrauchs illegaler Drogen ist vor allem auf den Anstieg des Cannabiskonsums zurückzuführen. Die wachsende Zahl von Cannabiskonsumern erfordert effektive präventive Maßnahmen.

Einleitung

Konsum und Konsummuster illegaler Drogen werden in den meisten europäischen Ländern mit Hilfe von Bevölkerungsbefragungen erhoben und dokumentiert. Die im Querschnitt erfassten Prävalenzwerte weisen in fast allen Ländern in den letzten 10 bis 15 Jahren auf eine Zunahme des Konsums von Cannabis hin. Aus einigen Ländern wurden auch Zunahmen des Amphetamin-, Ecstasy- und Kokainkonsums berichtet, die Prävalenzwerte liegen jedoch auf weit niedrigerem Niveau als die für den Cannabiskonsum (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002). Trendbeobachtungen zum Opiatkonsum auf europäischer Ebene liegen nicht vor. Schätzungen auf der Grundlage verschiedener Datenquellen zeigen aber in den Ländern der Europäischen Union deutliche Unterschiede in der Belastung durch Opiatkonsum (Kraus, Augustin, Frischer, Kümmler, Uhl & Wiessing, 2003). Legt man je-

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

doch zur Beobachtung problematischen Drogenkonsums Daten von behandelten Drogenabhängigen zu Grunde, lässt sich europaweit ein Rückgang des Anteils intravenös konsumierender Drogenkonsumenten erkennen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002).

In Deutschland ist eine Zunahme des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit Mitte der 1980er Jahre dokumentiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001; Kraus & Augustin, 2001). Eine Zunahme ist nicht nur auf Seiten der Konsumenten zu beobachten, sondern betrifft auch die Anzahl derjenigen, die wegen cannabisbezogener Probleme um Behandlung bzw. Beratung nachfragen. Wie aus der Deutschen Suchthilfestatistik hervorgeht, hat sich die Anzahl der Behandlungszugänge zwischen 1992 und 2002 von 2.600 auf 14.700 mehr als verfünffacht (Simon, Sonntag, Bühlinger & Kraus, 2004b). Demgegenüber bewegen sich die Prävalenzwerte des Kokainkonsums in der Bevölkerung trotz einer leichten Zunahme immer noch auf einem niedrigen Niveau im Bereich von 2–3% (Lebenszeit). Dennoch fanden Studien in spezifischen Gruppen wie in der Partyszene und der offenen Drogenszene einen hohen Anteil von Personen, die neben anderen Drogen auch Kokain gebrauchen (Tossmann, Boldt & Tensil, 2001; Thiel, Homann, Vertheim & Degkwitz, 2000; Vertheim, Haasen, Prinzleve, Degkwitz & Krausz, 2001). Schätzungen zum Umfang der Opiatkonsumenten in Deutschland lassen auf eine leichte Zunahme in den 1990er Jahren schließen. Die Anzahl Opiatabhängiger im Jahr 2000 wird auf etwa 180.000 geschätzt (Augustin & Kraus, 2004). Statistiken über Delikte von Drogenkonsumenten und Delikte im Zusammenhang mit dem Drogenhandel deuten aber bei Opiaten und Kokain auf keine weitere Zunahme hin (Bundeskriminalamt, 2003).

Beobachtungen über die Entwicklung des Drogenkonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in

Deutschland sprechen übereinstimmend für eine Angleichung der Konsumprävalenzen in den neuen Bundesländern an die der alten Bundesländer (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001; Kraus & Augustin, 2001). Zudem werden in allen Studien ausgeprägte Geschlechtsunterschiede berichtet. Der Anteil der Mädchen und jungen Frauen mit Konsumerfahrung ist deutlich niedriger als der der männlichen Jugendlichen und jungen Männer (Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003; Roth, 2002).

Untersuchungen zum Erstgebrauchsrisiko von Cannabis zeigen zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr einen stetigen Anstieg der Inzidenz mit einem schwachen Rückgang bis zum 24. Lebensjahr. Bis zum Alter von 18 Jahren hatte die Hälfte der befragten 14- bis 24-Jährigen erste Erfahrungen mit Cannabis gemacht (Perkonig, Beloch, Garczynski, Nelson & Pfister, 1997). Neuere Untersuchungen zum Einstiegsalter fanden eine Verschiebung des Inzidenzrisikos in der jüngsten Altersgruppe. Im Vergleich zu älteren Geburtskohorten hatte diese Gruppe früher zum ersten Mal Kontakt mit illegalen Drogen (Müller & Gmel, 2002; Sydow et al., 2001).

Für eine Beschreibung der Drogensituation in Deutschland müssen verschiedene Aspekte und Datenquellen berücksichtigt werden. Während Frühinformationssysteme Hinweise auf neu sich etablierende Drogen geben (Simon, Baumgärtner, Hermann, Kemesies & Rabes, 2004a), müssen Aussagen über Konsumenten mit einer bereits fortgeschrittenen Problematik mit Hilfe von Konsumentenstichproben gewonnen und deren Umfang mit indirekten Methoden geschätzt werden (Stimson, Hickman, Quirk, Frischer & Taylor, 1997). Mit Bevölkerungssurveys können dagegen Verbreitung und Konsummuster sowie Einstiegsprozesse und Konsequenzen des Konsums illegaler Drogen erfasst werden, die sich bereits etabliert haben. Mit der aktuellen Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 können die Beobachtungen zum Konsum illegaler Dro-

gen fortgesetzt und aktuelle Ergebnisse zu Prävalenz und Häufigkeit, Alter des Erstkonsums von Cannabis sowie zu cannabis- und kokainbezogenen Problemen dargestellt werden. Im Folgenden werden Ergebnisse zur Situation 2003 und zu Trends seit 1980 bzw. 1990 berichtet.

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 wurde auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt und umfasst 8.061 erwachsene Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren. Die Responserate betrug 55%. Das Auswahlverfahren ist in Kraus und Augustin (2005) ausführlich beschrieben.

Instrumente

Prävalenz und Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen. Aus den Angaben zum Konsum der einzelnen illegalen Substanzen wurden Gesamtwerte der Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums »irgendeiner illegalen Droge« mit und ohne Cannabis berechnet. Die Kategorie »irgendeine illegale Droge« umfasst den Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain, Crack oder Pilzen. Die Häufigkeit des Konsums verschiedener illegaler Substanzen wurde für den Zeitraum der letzten 12 Monate kategorial erhoben (einmal, 2- bis 5-mal, 6- bis 9-mal, 10- bis 19-mal, 20- bis 59-mal, 60- bis 99-mal, 100- bis 199-mal, 200-mal und öfter), für den Zeitraum der letzten 30 Tage wurde die exakte Anzahl der Konsumtage erfragt. Weiterhin wurde für verschiedene illegale Drogen das Alter des Erstkonsums erfasst.

Drogenbezogene Störungen. Die Feststellung der Schwere der Abhängigkeit von Cannabis und Kokain erfolgte mit Hilfe der *Severity of Dependence Skala* (SDS) (Gossop et al., 1995). Die Skala besteht aus fünf Items, die Antworten sind so gewichtet, dass ein maximaler Wert von 20

Punkten erreicht werden kann. Für Kokainabhängigkeit wurde ein Wert von drei oder mehr Punkten als Cut-off-Wert vorgeschlagen (Kaye & Darke, 2002). Für Cannabis liegt kein Schwellenwert vor.

Analysen

Aufgrund fehlender Angaben bei einzelnen Items basiert die Auswertung nicht auf der gesamten Stichprobe. Die Anzahl der zugrundeliegenden Fälle ist jeweils in den Tabellen angegeben. In Tabellen, die verschiedene Items mit unterschiedlich vielen fehlenden Angaben enthalten, wurde aus Platzgründen auf die Angabe der ungeachteten Fallzahlen verzichtet.

Inzidenz des Erstkonsums von Cannabis. Die Angaben zum Alter des ersten Cannabiskonsums sind zensiert. Das Einstiegsalter kann höchstens so hoch sein wie das Lebensalter der Befragten, so dass der Mittelwert des Einstiegsalters von jüngeren Cannabiserfahrenen immer niedrigerer ausfallen muss als der von älteren Cannabiskonsumern. Diese Zensierung wird bei der Berechnung der empirischen Verteilungs- und Hazardfunktionen des Alters des ersten Cannabiskonsums mit Hilfe des Sterbetafelschätzers berücksichtigt (Blossfeld, Hamerle & Mayer, 1986; Singer & Willet, 1991). Die empirische Verteilungsfunktion gibt den Anteil der Personen wieder, die bis zu einem bestimmten Alter Erfahrung mit Cannabis hatten. Die Hazardfunktion bezieht die Anzahl der Erstkonsumenten in einem bestimmten Alter auf alle Personen, die dieses Alter erreicht haben und bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht Cannabis konsumiert haben.

Trends des Konsums illegaler Drogen. Trendvergleiche der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz wurden für den Gebrauch der Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain/Crack vorgenommen. Je nach Substanz und Altersgruppe gehen die Trendvergleiche zeitlich unterschiedlich weit zurück. Illegale Dro-

gen gesamt bezieht sich auf den Konsum mindestens einer der oben genannten Substanzen, wobei Ecstasy 1995 in den Fragebogen aufgenommen wurde. Zusätzlich gehen ab der Erhebung 2000 die Angaben zu psychoaktiven Pilzen in die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen gesamt ein. Die Frage zur Einnahme von Drogen und Medikamenten, die nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung eingenommen wurden, enthielt in den Erhebungen bis 1990 eine Auflistung von Drogen und Medikamenten, die entsprechend ihres Wirkstoffes den Kategorien Amphetamine und Opiate zugeordnet wurden. Ab 1995 wurden nur noch die Kategorien Amphetamine/Aufputzmittel sowie Heroin, andere Opiate (z. B. Codein, Opium, Morphinum) und Methadon vorgegeben.

Statistische Verfahren. Als Maß für den Zusammenhang zwischen Prävalenz und Geschlecht bzw. Altersgruppe werden Odds Ratios und die zugehörigen Konfidenzintervalle angegeben. Die Odds Ratios wurden mit logistischen Regressionen mit Altersgruppe und Geschlecht als Kontrollvariablen berechnet. Für die Trendanalysen wurden die 95%-Konfidenzintervalle der Prävalenzwerte angegeben. Unter Berücksichtigung des Effekts des mehrstufigen Auswahlverfahrens wurden die Standardabweichungen mit SUDAAN 7.5 berechnet (Shah, Barnwell & Bieler, 1997).

Ergebnisse

Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

Insgesamt haben 25,2% der befragten 18- bis 59-Jährigen mindestens einmal im Leben irgendeine illegale Droge genommen (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze). Männer haben mit 31,3% deutlich häufiger Drogenerfahrung als Frauen mit 18,9% (OR: 2,04; KI: 1,81–2,29). In den letzten 12 Monaten hatten mit 7,4% (Männer: 9,6%; Frauen: 5,0%; OR: 2,10; KI: 1,76–2,51) weit weniger Befragte illegale Drogen konsumiert und in den letzten 30 Ta-

gen gaben nur noch 3,9% (Männer: 5,3%; Frauen: 2,3%; OR: 2,46; KI: 1,96–3,08) Drogenkonsum an. Cannabis ist mit Abstand die am weitesten verbreitete Substanz, die Prävalenz ist jeweils nur wenig geringer als die für den Konsum irgendeiner illegalen Droge (Tabelle 1). Während der Anteil der Lebenszeiterfahrung mit illegalen Drogen ohne Cannabis bei 7,1% liegt (12 Monate: 2,1%, 30 Tage: 0,9%), erreichen die Einzelsubstanzen insgesamt nur geringe Werte.

Im Vergleich zu den Älteren (25–59 Jahre) sind die Prävalenzwerte für den Konsum irgendeiner illegalen Droge der 18- bis 24-jährigen jungen Erwachsenen bezogen auf die Lebenszeit etwa doppelt (43,9% vs. 22,6%; OR: 2,75; KI: 2,41–3,12), in den letzten 12 Monaten mehr als viermal (22,8% vs. 5,2%; OR: 5,56; KI: 4,70–6,57) und in den letzten 30 Tage mehr als fünfmal (14,0% vs. 2,5%; OR: 6,36; KI: 5,12–7,90) so hoch. Ebenso gaben weit mehr junge als ältere Erwachsene den Konsum (12 Monate und 30 Tage) von Amphetaminen, Ecstasy, Kokain und Pilzen an.

Multiple Drogenerfahrung ist weit verbreitet. Jeder vierte Drogenerfahrene (25,4%) hat zwei oder mehr illegale Drogen wenigstens einmal probiert, jeder siebte (13,7%) drei oder mehr. Von denen, die Drogen im Jahr vor der Erhebung konsumiert haben, berichteten 23,6% von der Einnahme von zwei oder mehr Substanzen, 10,8% von drei oder mehr und 3,6% von fünf oder mehr. Mit multipler Drogenerfahrung ist aber nicht notwendigerweise eine gleichzeitige Einnahme dieser Substanzen verbunden.

Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen

Von denjenigen, die einen Cannabiskonsum im letzten Jahr angaben, konsumierte etwa jeder Fünfte Cannabis mindestens wöchentlich (60-mal oder öfter). Der Anteil der Konsumenten der jeweiligen Substanz mit mindestens wöchentlichem Konsum liegt für Ecstasy bei 13%, für Amphetamine bei 9% und für Kokain bei 4% (Tabelle

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

| Lebenszeit | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 |
| Irgendeine illegale Droge ¹ | 25,2 | 31,3 | 18,9 | 41,5 | 45,1 | 40,1 | 27,0 | 21,8 | 9,7 |
| Cannabis | 24,5 | 30,5 | 18,3 | 40,5 | 44,2 | 38,9 | 26,5 | 21,1 | 9,1 |
| Andere Drogen als Cannabis | 7,1 | 8,9 | 5,1 | 12,3 | 13,0 | 11,9 | 7,4 | 5,6 | 2,9 |
| Amphetamine | 3,4 | 4,4 | 2,3 | 5,4 | 6,3 | 6,4 | 3,2 | 2,7 | 1,4 |
| Ecstasy | 2,4 | 3,2 | 1,7 | 6,3 | 6,3 | 6,1 | 2,9 | 0,8 | 0,2 |
| LSD | 2,5 | 3,2 | 1,7 | 2,2 | 3,8 | 3,5 | 2,8 | 2,4 | 1,1 |
| Heroin | 0,6 | 0,8 | 0,3 | 0,4 | 1,0 | 0,8 | 0,7 | 0,4 | 0,3 |
| Methadon | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 0,6 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,1 |
| Andere Opiate | 1,2 | 1,6 | 0,8 | 0,7 | 1,8 | 1,8 | 1,6 | 1,1 | 0,6 |
| Kokain | 3,1 | 4,2 | 2,0 | 3,9 | 4,8 | 5,8 | 4,4 | 2,3 | 0,6 |
| Crack | 0,4 | 0,8 | 0,1 | 0,4 | 0,6 | 0,4 | 0,6 | 0,5 | 0,1 |
| Pilze | 2,7 | 3,5 | 2,0 | 7,1 | 6,1 | 5,4 | 2,7 | 2,0 | 0,4 |
| 12-Monate | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 |
| Irgendeine illegale Droge | 7,4 | 9,6 | 5,0 | 25,2 | 21,7 | 14,5 | 6,6 | 3,4 | 1,3 |
| Cannabis | 6,9 | 9,1 | 4,7 | 24,2 | 21,1 | 13,5 | 6,5 | 2,9 | 0,9 |
| Andere Drogen als Cannabis | 2,1 | 3,0 | 1,0 | 7,9 | 5,3 | 4,4 | 1,7 | 1,1 | 0,3 |
| Amphetamine | 0,9 | 1,3 | 0,5 | 4,2 | 2,6 | 2,2 | 0,8 | 0,3 | 0,1 |
| Ecstasy | 0,8 | 1,2 | 0,3 | 2,5 | 1,9 | 1,9 | 0,9 | 0,2 | 0,0 |
| LSD | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,8 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 0,0 |
| Heroin | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,1 | 0,0 |
| Methadon | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,6 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| Andere Opiate | 0,2 | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,1 |
| Kokain | 1,0 | 1,4 | 0,5 | 2,4 | 1,8 | 1,9 | 1,1 | 0,6 | 0,1 |
| Crack | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| Pilze | 0,6 | 0,9 | 0,2 | 4,0 | 2,2 | 1,5 | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| 30-Tage | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 |
| Irgendeine illegale Droge | 3,9 | 5,3 | 2,3 | 16,5 | 12,7 | 8,3 | 3,3 | 1,4 | 0,6 |
| Cannabis | 3,4 | 4,7 | 2,1 | 14,3 | 10,8 | 7,3 | 3,0 | 1,1 | 0,3 |
| Andere Drogen als Cannabis | 0,9 | 1,5 | 0,4 | 4,1 | 2,7 | 2,0 | 0,8 | 0,5 | 0,2 |
| Amphetamine | 0,4 | 0,6 | 0,2 | 2,0 | 1,3 | 1,0 | 0,3 | 0,1 | 0,1 |
| Ecstasy | 0,2 | 0,5 | 0,0 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,3 | 0,1 | 0,0 |
| LSD | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Heroin | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Methadon | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Andere Opiate | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 |
| Kokain | 0,4 | 0,6 | 0,1 | 1,1 | 0,5 | 0,9 | 0,4 | 0,3 | 0,0 |
| Crack | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 1,0 | 0,2 | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |

¹ Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze

5 im Anhang). Zwischen 50 % und 60 % der Konsumenten dieser Substanzen berichteten aber einen seltenen Konsum von bis zu fünfmal in den letzten 12 Monaten. Auffällig sind die hohen Konsumfrequenzen von den in dieser Befragung erreichten Konsumenten von Opiaten und Crack. Von den Cannabiskonsumenten mit Konsum in den letzten 30 Tagen konsumiert knapp ein Viertel Cannabis (fast) täglich (Tabelle 6 im Anhang).

In Abbildung 1 sind die Anteile der Konsumhäufigkeit der Konsumenten

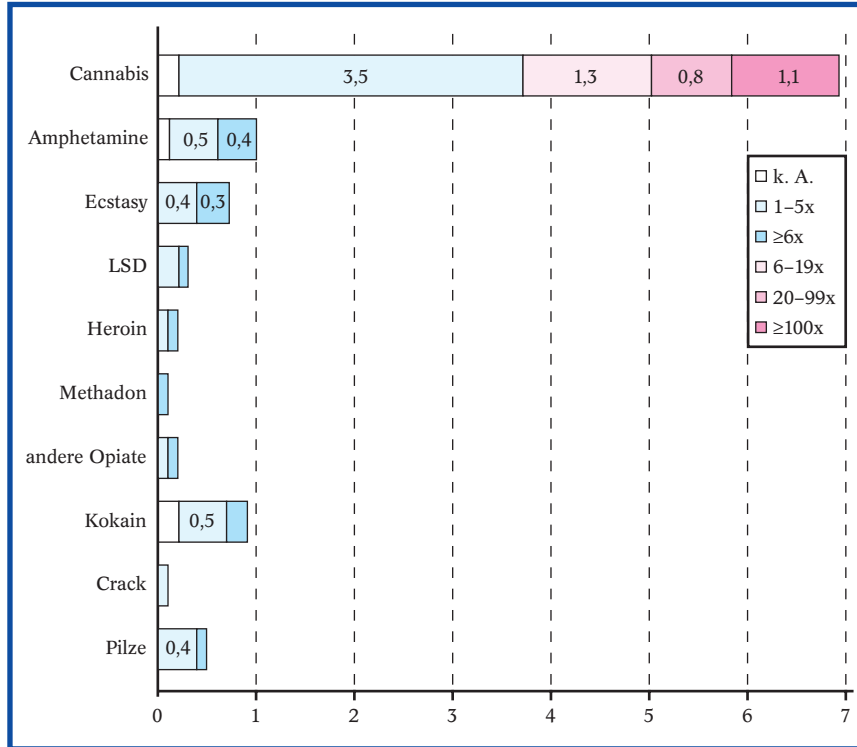
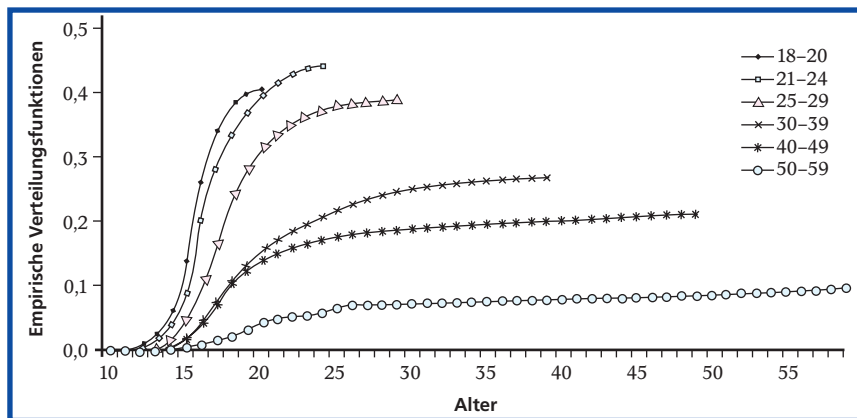
der jeweiligen Substanz (letzten 12 Monate) auf die Gesamtstichprobe bezogen. Ein mehr als 100-maliger Cannabiskonsum wurde von 1,1 % der Gesamtstichprobe berichtet und einen mehr als fünfmaligen Konsum von Cannabis gaben 3,2 % an. Ein mehr als fünfmaliger Konsum der anderen Substanzen war relativ selten.

Alter des Erstkonsums von Cannabis

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen mit dem Alter der Befragten einen unter-

schiedlichen Kurvenverlauf. Je jünger die Befragten sind, desto steiler steigen die Kurven an. Während bis zum Alter von 20 Jahren 4,4 % der 50- bis 59-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40- bis 49-Jährigen 14,1 %, bei den 30- bis 39-Jährigen 16,3 %, bei den 25- bis 29-Jährigen 32,2 % sowie bei den 21- bis 24-Jährigen 40,0 % und bei den 18- bis 20-Jährigen bereits 40,5 % (Abbildung 2).

Erwartungsgemäß ist auch das Risiko für den ersten Cannabiskonsum in jedem Alter umso höher, je jünger die

Abbildung 1: 12-Monats-Frequenz des Konsums illegaler Drogen (bezogen auf die Gesamtstichprobe)**Abbildung 2: Empirische Verteilungsfunktion des Alters des ersten Cannabis-konsums**

Befragten sind. Das Altersmaximum hat sich von etwa 18–20 Jahre in den Altersgruppen der über 25-Jährigen auf etwa 16 Jahre in den beiden jüngeren Altersgruppen verlagert (Abbildung 3).

Inzidenz ersten Cannabiskonsums

Die Inzidenz des ersten Cannabiskonsums zeigt einen Anstieg in den

1960er und 1970er Jahren, gefolgt von einem konstanten Verlauf in den 1980er Jahren und einem erneuten, aber steileren Anstieg seit 1990. Während die Inzidenz der erwachsenen Einsteiger in den Cannabiskonsum konstant bis Mitte der 1990er Jahre anstieg, nimmt die Kurve der jugendlichen Einsteiger ab etwa 1981 einen

von den erwachsenen Einsteigern abweichenden Verlauf mit einem Rückgang in den 1980er Jahren und einem anschließenden starken Anstieg in den 1990er Jahren. Der Kurvenverlauf in jüngster Zeit kann nicht als Rückgang der Inzidenz interpretiert werden, da er nur noch auf den Angaben der jüngsten Altersgruppe beruht (Abbildung 4).

Cannabisabhängigkeit

Bezogen auf die Gesamtstichprobe gab etwa jeder Vierzehnte der Befragten an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Nimmt man einen Wert von drei Punkten als Cut-off-Wert für Cannabisabhängigkeit, lassen sich 1,1% der Befragten nach der Definition des *SDS* als cannabisabhängig diagnostizieren. Unter Berücksichtigung, dass bereits eine positive Angabe im *SDS* ein Indikator für einen problematischen Cannabiskonsum ist, kann man davon ausgehen, dass etwa 2% der Stichprobe cannabisbezogene Probleme entwickelt hat. Von den Cannabiskonsumern erreichten 28,2% mindestens einen Punkt in der *Severity of Dependence Skala*, 15,7% mindestens drei Punkte (Tabelle 2).

Kokainabhängigkeit

Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten wurde von 1,0% der Gesamtstichprobe und damit von weit weniger Personen als der Konsum von Cannabis berichtet. Legt man in der *Severity of Dependence Skala* den vorgeschlagenen Cut-off-Wert von drei oder mehr Punkten zugrunde, liegt bei 15,9% der Konsumenten eine Kokainabhängigkeit vor. Bezogen auf die Gesamtstichprobe entspricht dies einem Anteil von 0,1%. Unter Verwendung von mindestens einem Punkt im *SDS* als Indikator für einen problematischen Kokainkonsum dürften 28,9% der Konsumenten oder 0,3% der Stichprobe Probleme entwickelt haben (Tabelle 3).

Trends

Die Lebenszeitprävalenzen des Konsums von Cannabis, Opiaten, Amphet-

Abbildung 3: Hazardraten des Alters ersten Cannabiskonsums

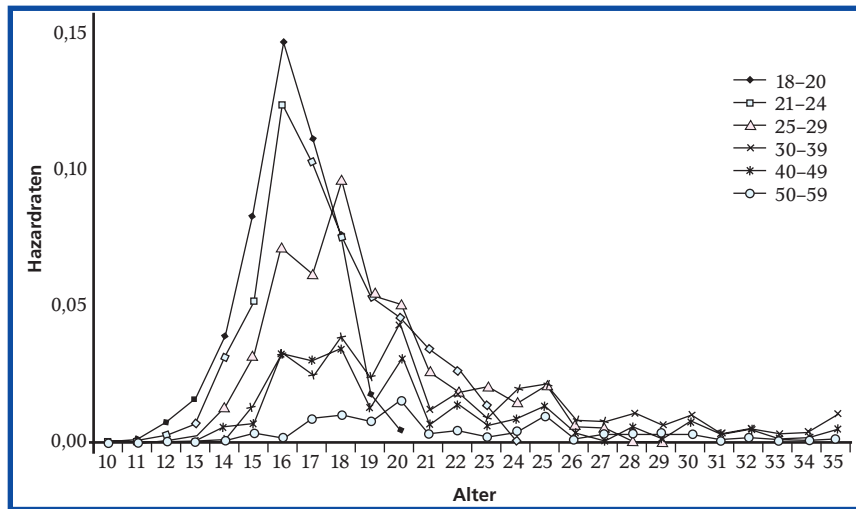
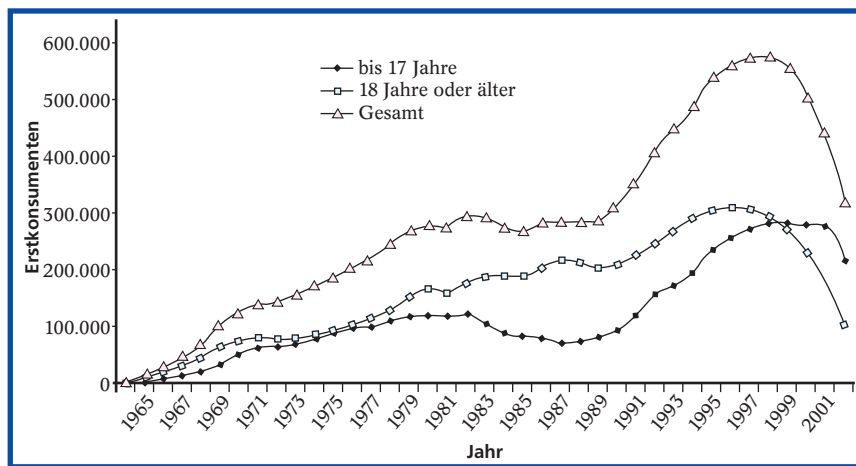


Abbildung 4: Neue Cannabiskonsumenten nach Einstiegsjahr (gleitende Drei-Jahres-Durchschnitte)



taminen, Kokain, irgendeiner illegalen Droge sowie die 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen

Droge lassen sich für die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Westdeutschland seit 1980 beobachten. Die Erfah-

ung mit irgendeiner illegalen Droge hat sich in dieser Gruppe im Zeitraum von 23 Jahren von 15,4% auf 44,2% fast verdreifacht, die 12-Monats-Prävalenz von 6,3% auf 23,5% fast vervierfacht. Der hohe Anteil des Cannabiskonsums an der Gesamtprävalenz zeigt sich an den nur geringfügig geringeren Prävalenzen des Cannabiskonsums im Vergleich zu den Lebenszeit- und 12-Monats-Werten des Konsums irgendeiner illegalen Droge. Während die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Opiaten im Zeitverlauf nur geringfügig schwankte, sind auch die Erfahrung mit Amphetaminen und die mit Kokain/Crack signifikant gestiegen.

Die Entwicklung in Gesamtdeutschland seit 1990 zeigt bei den 18- bis 39-Jährigen ebenfalls einen deutlichen Anstieg in der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums. Leichte Zunahmen lassen sich in Bezug auf die Lebenszeiterfahrung mit Amphetaminen, Ecstasy und Kokain beobachten, während die Werte für Opiate über die Zeit zwischen 1% und 2% schwankten.

Diskussion

Die Wiederholungsbefragung zum Substanzkonsum von 2003 gibt deutliche Hinweise auf eine weitere Zunahme des Konsums illegaler Drogen in der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Anstieg, der seit Mitte der 1980er Jahre zu beobachten ist, insbesondere auf eine Zunahme des Cannabiskonsums zurückgeht. Mit Ausnahme von Opiaten sind die Prävalenzwerte des Gebrauchs aller anderen Substanzen in der 18- bis 39-

Tabelle 2: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund in der Severity of Dependence Skala (SDS) für Cannabisabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumenten der letzten 12 Monate)

| Lebenszeit | Gesamt | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | | |
|------------------|------------|------------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Männer | Frauen | 18-20 | 21-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 |
| Gesamtstichprobe | 7979 | 3576 | 4403 | 822 | 1044 | 1197 | 1595 | 1681 | 1640 |
| SDS (≥ 1) | 1,9 (203) | 2,9 | 0,9 | 8,9 | 6,5 | 3,6 | 1,8 | 0,5 | 0,0 |
| SDS (≥ 3) | 1,1 (113) | 1,7 | 0,4 | 5,2 | 3,3 | 2,1 | 1,2 | 0,2 | 0,0 |
| Konsumenten | 693 | 398 | 295 | 189 | 208 | 153 | 87 | 43 | 13 |
| SDS (≥ 1) | 28,2 (200) | 32,6 | 19,1 | 36,9 | 31,5 | 27,1 | 29,4 | 16,3 | 0,0 |
| SDS (≥ 3) | 15,7 (111) | 18,7 | 9,7 | 21,5 | 15,9 | 15,4 | 19,6 | 4,1 | 0,0 |

Tabelle 3: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund in der Severity of Dependence Skala (SDS) für Kokainabhängigkeit (Gesamtstichprobe und Cannabiskonsumenten der letzten 12 Monate)

| Lebenszeit | Gesamt | Geschlecht | | Altersgruppen | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 |
| Gesamtstichprobe | 8015 | 3594 | 4421 | 827 | 1057 | 1198 | 1604 | 1686 | 1643 |
| SDS (≥ 1) | 0,3 (25) | 0,4 | 0,1 | 1,1 | 0,4 | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| SDS (≥ 3) | 0,1 (12) | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,6 | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| Konsumenten | 82 | 53 | 29 | 18 | 17 | 21 | 15 | 9 | 2 |
| SDS (≥ 1) | 28,9 (25) | 31,0 | 21,3 | 47,3 | 24,1 | 37,8 | 20,8 | 32,4 | 0,0 |
| SDS (≥ 3) | 15,9 (12) | 17,0 | 11,9 | 7,6 | 11,7 | 33,2 | 13,5 | 11,8 | 0,0 |

Tabelle 4: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

| Prävalenz | Alter | Erhebungsjahr | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------|---------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| | | 1980 | | 1986 | | 1990 | | 1995 | | 1997 | | 2000 | | 2003 | |
| | | % | 95%-KI | % | 95%-KI | % | 95%-KI | % | 95%-KI | % | 95%-KI | % | 95%-KI | % | 95%-KI |
| Illegale Drogen | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–24 ¹ | 15,4 | 14,3–16,5 | 14,0 | 12,5–15,5 | 18,2 | 17,1–19,3 | 26,4 | 22,2–30,5 | 26,9 | 22,7–31,1 | 38,5 | 34,7–42,3 | 44,2 | 41,2–47,3 |
| 12-Monate | 18–24 ¹ | 6,3 | 5,6–7,1 | 7,0 | 5,9–8,1 | 9,0 | 8,2–9,8 | 18,0 | 14,4–21,7 | 15,0 | 11,6–18,4 | 22,6 | 19,5–25,7 | 23,5 | 21,1–25,9 |
| Cannabis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–24 ¹ | 14,6 | 13,5–15,7 | 13,3 | 11,8–14,8 | 17,7 | 16,6–18,7 | 24,9 | 20,8–28,9 | 24,0 | 20,0–28,1 | 38,3 | 34,4–42,1 | 43,6 | 40,6–46,7 |
| 12-Monate | 18–24 ¹ | | | | | 8,7 | 7,9–9,5 | 16,8 | 13,2–20,4 | 13,2 | 9,9–16,5 | 22,1 | 19,0–25,2 | 22,8 | 20,4–25,3 |
| Amphetamine | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–24 ¹ | 2,7 | 2,2–3,2 | 2,6 | 1,9–3,3 | 3,0 | 2,5–3,5 | 6,7 | 4,4–9,1 | 2,7 | 1,4–4,0 | 4,8 | 3,1–6,4 | 6,0 | 4,8–7,3 |
| Ecstasy | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–24 ¹ | | | | | | | 6,2 | 3,9–8,5 | 5,5 | 3,6–7,5 | 5,5 | 3,8–7,2 | 5,4 | 4,3–6,7 |
| Opiate | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–24 ¹ | 1,5 | 1,1–1,9 | 1,4 | 0,9–1,9 | 1,3 | 1,0–1,6 | 3,7 | 1,8–5,5 | 1,1 | 0,3–1,9 | 1,4 | 0,5–2,2 | 2,1 | 1,3–2,9 |
| Kokain/Crack | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–24 ¹ | 0,6 | 0,4–0,9 | 0,8 | 0,4–1,1 | 1,5 | 1,1–1,9 | 5,1 | 3,1–7,1 | 2,4 | 1,1–3,7 | 4,0 | 2,6–5,5 | 4,4 | 3,4–5,5 |
| Illegale Drogen | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–39 | | | | | 14,6 | 14,0–15,2 | 19,0 | 17,3–20,7 | 18,9 | 17,2–20,6 | 27,7 | 25,1–30,3 | 33,8 | 31,8–35,8 |
| 12-Monate | 18–39 | | | | | 4,3 | 4,0–4,6 | 8,3 | 7,1–9,6 | 7,9 | 6,6–9,1 | 10,8 | 9,3–12,3 | 12,3 | 11,1–13,4 |
| Cannabis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–39 | | | | | 14,0 | 13,5–14,6 | 18,2 | 16,5–19,9 | 17,6 | 15,9–19,3 | 27,2 | 24,6–29,8 | 33,1 | 31,1–35,0 |
| 12-Monate | 18–39 | | | | | 4,1 | 3,8–4,5 | 7,8 | 6,6–9,0 | 7,2 | 6,0–8,4 | 10,4 | 8,9–11,9 | 11,8 | 10,7–13,0 |
| Amphetamine | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–39 | | | | | 2,8 | 2,5–3,0 | 3,6 | 2,9–4,3 | 2,1 | 1,6–2,6 | 3,0 | 2,4–3,7 | 4,6 | 3,9–5,3 |
| Ecstasy | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–39 | | | | | 2,5 | 1,9–3,2 | 2,8 | 1,9–3,2 | 2,8 | 2,1–3,5 | 2,8 | 2,0–3,5 | 4,3 | 3,6–5,1 |
| Opiate | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–39 | | | | | 1,4 | 1,2–1,6 | 2,2 | 1,6–2,8 | 1,1 | 0,7–1,5 | 1,4 | 1,0–1,8 | 1,9 | 1,4–2,3 |
| Kokain/Crack | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lebenszeit | 18–39 | | | | | 1,3 | 1,1–1,5 | 3,2 | 2,5–3,9 | 2,0 | 1,4–2,6 | 3,7 | 3,0–4,5 | 4,8 | 4,0–5,6 |

¹ Westdeutschland

jährigen Bevölkerung zwischen 1990 (Ecstasy seit 1995) und 2003 signifikant gestiegen. Dass dies nicht nur auf den zu erwartenden Anstieg des illegalen Drogenkonsums in den neuen Bundesländern zurückzuführen ist, zeigt die Entwicklung der Konsumprävalenzen bei den jungen Erwachsenen in Westdeutschland. Weiterhin spricht die Zunahme des Cannabiskonsums in weiten Teilen Europas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug

Addiction, 2002) für eine globale Entwicklung und gegen eine deutsche Sonderstellung.

Aufgrund von Unterschieden in den Altersgruppen und Erhebungsjahren lassen sich die vorliegenden Prävalenzwerte des Drogenkonsums nur grob mit denen anderer Länder vergleichen. Eine Gegenüberstellung der Konsumprävalenz irgendeiner illegalen Droge in den letzten 30 Tagen von jungen Erwachsenen unserer Studie mit den Er-

gebnissen der Nationalen US-Drogenstudie im Jahre 2000 (Office of Applied Studies, 2001) sowie ein Vergleich der Prävalenz des Cannabiskonsums (Lebenszeit und letzte 30 Tage) unserer Studie mit den Angaben des niederländischen nationalen Survey von 2001 (Abraham, Kaal & Cohen, 2002) deuten nicht auf wesentliche Unterschiede zwischen Deutschland, den Niederlanden und den USA hin. Annäherungen der deutschen an die US-amerikani-

schen Drogenprävalenzwerte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden auch aus einer regionalen Jugendstudie im Münchener Raum berichtet (Perkonigg, Lieb & Wittchen, 1998). Diese Annäherungen von Prävalenzwerten in Ländern mit unterschiedlichen drogenpolitischen Ausrichtungen weisen auf einen nur geringen Einfluss der Drogenpolitik auf die Verbreitung des Drogen- und insbesondere des Cannabiskonsums hin (Kilmer, 2002; Reuband, 1995). Andererseits könnten auch die Unterschiede in der praktischen Durchführung der gesetzlichen Regelungen weniger ausgeprägt sein, als dies aufgrund der formalen Drogenpolitik zu erwarten wäre.

Obwohl die Mehrheit der Personen in unserer Stichprobe illegale Substanzen nur wenige Male genommen hat und den Konsum nach einer Probierphase wieder einstellte, gaben etwa 40% derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert hatten, einen Konsum von sechsmal oder häufiger an. Diese Befunde bestätigen die Ergebnisse aus Jugend- und Schülerstudien, die bei einem Drittel der Konsumenten über einen häufigen Konsum berichteten (Hurrelmann et al., 2003; Kraus, Heppekausen, Barrera & Orth, 2004; Perkonigg et al., 1998).

Entgegen früheren Ergebnissen zum Einstiegsalter mit den Daten des epidemiologischen Suchtsurvey bis 1995, die über einen Zeitraum von 25 Jahren keine Änderungen des Einstiegsalters beobachten konnten (Kraus, Bauernfeind & Herbst, 1998), weisen die Analysen des Alters des Erstkonsums von Cannabis auf der Grundlage der aktuellen Daten in den Altersgruppen der unter 25-Jährigen auf eine Verschiebung zu einer früheren Cannabiserfahrung hin (Müller & Gmel, 2002; Sydow et al., 2001).

Änderungen des Einstiegsverhaltens sind von hoher Relevanz, da eine frühe Erfahrung mit Cannabis in verschiedenen Studien als Risikofaktor für den Gebrauch anderer illegaler Drogen, für drogenbezogene Störungen und Störungen der psychischen Entwicklung identifiziert wurde (Bachmann, Wad-

worth, O'Malley, Johnston & Schulenberg, 1997; Fergusson & Horwood, 1997; Lynskey, Coffey, Degenhardt, Carlin & Patton, 2003; McGee, Williams, Poulton & Moffitt, 2000; Robins and Przybeck, 1985; Schumann, Augustin, Duwe & Kufner, 2000). Ob jedoch der frühe Einstieg in den Cannabiskonsum selbst Probleme verursacht oder ob andere Faktoren wie Motivation, Einfluss der Peer-Gruppe oder Verfügbarkeit sowohl mit dem frühen Einstieg in den Cannabiskonsum als auch mit den weiteren Problemen assoziiert sind, wird kontrovers diskutiert (Kandel & Chen, 2000; Morral, McCaffrey & Paddock, 2002). Vergleichende Untersuchungen der kognitiven Leistungen von Früh- und Späteinsteigern kommen jedoch zu dem Schluss, dass die bei Früheinsteigern beobachteten Aufmerksamkeitsstörungen und schlechteren kognitiven Leistungen auf den Einflüsse von Cannabis auf die Gehirnentwicklung während der Pubertät zurückzuführen sind (Schneider, 2004).

In der vorliegenden Studie wurde erstmalig die *Severity of Dependence Skala* (SDS) zur Erfassung der Schwere der Abhängigkeit von Cannabis und Kokain verwendet (Gossop et al., 1995). Die bei den jungen Erwachsenen in unserer Studie gefundenen Prävalenzen einer Abhängigkeit nach SDS fallen im Vergleich zu den vorliegenden Prävalenzwerten einer Abhängigkeit nach *DSM-IV* (Perkonigg et al., 1997) ähnlich hoch aus. Obwohl eine Validierung des Cut-off-Wertes für Cannabis noch aussteht, spricht dies für die Verwendung des SDS als Screeninginstrument für die Identifikation von Problemfällen in epidemiologischen Surveys.

Trotz methodischer Einschränkungen durch den Anteil der Personen, die den Fragebogen nicht beantworten, und durch Tendenzen der Befragten, sozial erwünscht zu antworten, liefert die Wiederholungsbefragung des epidemiologischen Suchtsurvey wertvolle Erkenntnisse über zeitliche Entwicklungen und die individuelle Variation des Drogenkonsums. Vor dem Hinter-

grund einer ungebrochenen Zunahme des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland und anderen Staaten der Europäischen Union sind die Erkenntnisse aus Einzelstudien zu den langfristigen Folgen eines frühen Einstiegs (Schneider, 2004; Solowij & Grenyer, 2002), der zunehmenden Behandlungsnachfrage (Simon et al., 2004b) oder der erheblichen Gefährdung durch Cannabis im Straßenverkehr (Kauert & Iwersen-Bergmann, 2004) besorgniserregend. Gleichzeitig zeigen sie die Schwächen der Wirksamkeit bisheriger präventiver Anstrengungen und weisen auf die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit von personenorientierten und strukturellen drogenpräventiven Maßnahmen hin.

Literatur

- Abraham, M. D., Kaal, H. L. & Cohen, P. D. A. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands 2001*. Amsterdam: Cedro Centrum voor Drugsonderzoek.
- Augustin, R. & Kraus, L. (2004). Changes in prevalence of problem opiate use in Germany between 1990 and 2000. *European Addiction Research*, 10, 61–67.
- Bachmann, J. G., Wadsworth, K. N., O'Malley, P. M., Johnston, L. D. & Schulenberg, J. E. (1997). *Smoking, drinking, and drug use in young adulthood. The impacts of new freedoms and new responsibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blossfeld, H.-P., Hamerle, A. & Mayer, K. U. (1986). *Ereignisanalyse*. Frankfurt/Main: Campus.
- Bundeskriminalamt (2003). *Bundeslagebild Rauschgift 2003*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2000/01*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2002*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92, 279–296.

- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, *90*, 607–614.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitsurvey*. Weinheim: Juventa.
- Kandel, D. B. & Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol*, *61*, 367–378.
- Kauert, G. & Iwersen-Bergmann, S. (2004). Drogen als Ursache für Verkehrsunfälle, im Fokus: Cannabis. *Sucht*, *50*, 327–333.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, *97*, 727–731.
- Kilmer, B. (2002). Do cannabis possession laws influence cannabis use? In I. P. Spruit (Ed.), *Cannabis 2002 report* (pp. 119–137). Brussels: Ministry of Public Health
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 bei Erwachsenen in Deutschland: Konzeption und Methodik. *Sucht*, *51* (Sonderheft 1), S6–S18.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, *47* (Sonderheft 1), S3–S86.
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A. & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. *Addiction*, *98*, 471–485.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Herbst, K. (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben? Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980–1995. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *27*, 20–29.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 141). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Lynskey, M. T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J. B. & Patton, G. (2003). A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, *98*, 685–692.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, *95*, 491–503.
- Morrall, A., McCaffrey, D. & Paddock, S. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*, *97*, 1493–1504.
- Müller, S. & Gmel, G. (2002). Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung. *Sozial- und Präventivmedizin*, *47*, 14–23.
- Office of Applied Studies (2001). *Summary of findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Perkonig, A., Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, Ch. B. & Pfister, H. (1997). Prävalenz von Drogenmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnose und Auftreten erster Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *26*, 247–257.
- Perkonig, A., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (1998). Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *European Addiction Research*, *4*, 58–66.
- Reuband, K.-H. (1995). Drug use and drug policy in Western Europe. Epidemiological findings in a comparative perspective. *European Addiction Research*, *1*, 32–41.
- Robins, L. N. & Przybeck, T. R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In C. L. Jones & R. J. Battejes (Eds.), *Etiology of drug abuse: implications for prevention* (NIDA Research Monograph 56, pp. 178–192). Washington: Government Printing Office.
- Roth, M. (2002). Verbreitung und Korrelate des Konsums legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *10*, 23–35.
- Schneider, M. (2004). Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. *Sucht*, *50*, 309–319.
- Schumann, J., Augustin, R., Duwe, A. & Küfner, H. (2000). Welchen Einfluß haben erste Erfahrungen und Begleitumstände zu Beginn des Drogenkonsums auf den weiteren Verlauf? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *8*, 69–82.
- Shah, B., Barnwell, B. & Bieler, G. (1997). *SUDAAN user's manual* (Release 7.5). Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Simon, R., Baumgärtner, T., Hermann, N., Kemmesies, U. & Rabes, M. (2004a). Regionale Frühinformationssysteme für Drogen: Konzeption und Stand. *Sucht*, *50*, 38–45.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004b). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland* (Forschungsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 318). <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F318.pdf>.
- Singer, J. D. & Willett, J. B. (1991). Modeling the days of our lives: using survival analysis when designing and analyzing longitudinal studies of duration and the timing of events. *Psychological Bulletin*, *110*, 268–290.
- Solowij, N. & Grenyer, B. F. (2002). Are the adverse consequences of cannabis use age-dependent? *Addiction*, *97*, 1083–1086.
- Stimson, G. V., Hickman, M., Quirk, A., Frischer, M. & Taylor, C. (Eds.) (1997). *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe* (Scientific Monograph Series No. 1). Strasbourg: Council of Europe.
- Sydow, v. K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. & Wittchen, H. U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *44*, 347–371.
- Thiel, G., Homann, B., Verthein, U. & Degkwitz, P. (2000). Kokainkonsumtinnen in der offenen Hamburger Hauptbahnhofszone. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, *23*, 27–33.
- Tossmann, P., Boldt, S. & Tensil, M.-D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European Addiction Research*, *7*, 2–23.
- Verthein, U., Haasen, C., Prinzleve, M., Degkwitz, P. & Krausz, M. (2001). Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *European Addiction Research*, *7*, 176–183.

Anhang

Tabelle 5: 12-Monats-Frequenz des Konsums illegaler Drogen (Konsumenten der letzten 12 Monate)

| | Gesamt | | Frequenz | | | | | | | |
|---------------|--------|-------|----------|------|------|--------|--------|--------|----------|-------|
| | N | k. A. | 1x | 2–5x | 6–9x | 10–19x | 20–59x | 60–99x | 100–199x | ≥200x |
| Cannabis | 718 | 2,5 | 21,9 | 29,1 | 9,8 | 8,4 | 9,3 | 2,7 | 4,3 | 12,0 |
| Amphetamine | 99 | 8,5 | 19,9 | 29,5 | 12,8 | 11,4 | 8,6 | 4,6 | 2,5 | 2,2 |
| Ecstasy | 76 | 3,6 | 32,7 | 25,6 | 12,8 | 9,1 | 3,7 | 5,7 | 5,5 | 1,4 |
| LSD | 22 | 4,1 | 48,7 | 26,6 | 4,0 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 10,9 | 4,2 |
| Heroin | 11 | 0,0 | 24,5 | 13,8 | 24,2 | 0,0 | 4,0 | 0,0 | 29,3 | 4,2 |
| Methadon | 12 | 11,9 | 7,5 | 3,3 | 0,0 | 0,0 | 6,9 | 0,0 | 18,0 | 52,4 |
| Andere Opiate | 19 | 15,1 | 17,8 | 30,7 | 5,5 | 4,4 | 6,1 | 0,0 | 11,0 | 9,4 |
| Kokain | 86 | 18,6 | 25,1 | 30,6 | 6,8 | 5,9 | 9,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 |
| Crack | 7 | 7,5 | 31,6 | 33,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 27,2 | 0,0 |
| Pilze | 73 | 7,2 | 50,9 | 24,6 | 10,0 | 3,0 | 0,0 | 2,4 | 0,0 | 1,9 |

Tabelle 6: 30-Tage-Frequenz des Konsums illegaler Drogen (Konsumenten der letzten 30 Tage)

| | Gesamt | | Konsumtage | | | | |
|---------------|--------|-------|------------|-------|------|-------|-------|
| | N | k. A. | 1 | 2–5 | 6–9 | 10–19 | 20–30 |
| Cannabis | 371 | 2,4 | 26,3 | 31,1 | 3,6 | 13,8 | 22,9 |
| Amphetamine | 47 | 9,8 | 39,1 | 38,1 | 4,1 | 5,3 | 3,6 |
| Ecstasy | 22 | 6,2 | 31,9 | 45,6 | 12,0 | 4,2 | 0,0 |
| LSD | 6 | 28,9 | 4,8 | 37,3 | 0,0 | 29,0 | 0,0 |
| Heroin | 9 | 0,0 | 19,5 | 57,1 | 6,0 | 17,4 | 0,0 |
| Methadon | 7 | 18,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 81,5 |
| Andere Opiate | 10 | 41,6 | 2,3 | 46,3 | 0,0 | 0,0 | 9,8 |
| Kokain | 33 | 2,9 | 30,2 | 44,0 | 17,7 | 2,6 | 2,6 |
| Crack | 1 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Pilze | 16 | 23,2 | 55,3 | 14,5 | 0,0 | 0,0 | 7,0 |

Korrespondenzadresse

Dr. Ludwig Kraus
 IFT Institut für Therapiefor-
 schung
 Leiter des Fachbereichs Epidemio-
 logische Forschung
 Parzivalstr. 25
 D - 80804 München
 Germany
 Tel. +49-89-36 08 04-30
 Fax +49-89-36 08 04-49
 kraus@ift.de