

*Use and misuse  
of prescription  
medications.  
Results of the 2003  
Epidemiological  
Survey of Substance  
Abuse*

**Key words**

Population survey, use and abuse of prescription medications, attitudes towards the use of prescription medications, trends

**Abstract**

**Aim:** With the 2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA), monitoring of the use of prescription drugs in the German adult population was continued. **Method:** The sample consisted of 8,061 18 to 59 year olds. The survey used self-administered questionnaires; the response rate was 55%. **Results:** Every sixth respondent had during the previous 30 days taken at least one of the medicines from the groups of prescription drugs surveyed. Analgesics were taken far more frequently than were tranquillizers, sleeping pills, or antidepressants. According to the Short Questionnaire on Prescription Drug Use, 4.3% of the respondents showed signs of problematic use of prescription drugs. **Conclusions:** In view of a recent increase in problematic use of prescription drugs, new possibilities for procuring them should be critically considered.

► Rita Augustin<sup>1</sup>, Claudia Semmler<sup>2</sup>, Susanne Rösner<sup>1</sup> & Ludwig Kraus<sup>1</sup>

# Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003

**Schlüsselwörter**

Bevölkerungsbefragung, Medikamenteneinnahme, Medikamentenmissbrauch, Einstellungen zur Medikamenteneinnahme, Trends

**Zusammenfassung**

**Ziel:** Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 werden die Beobachtungen zur Einnahme von Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial 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:** Jeder Sechste berichtete eine häufige Einnahme von Medikamenten aus den erfragten Arzneimittelgruppen in den letzten 30 Tagen. Schmerzmittel wurden weitaus häufiger als Beruhigungs-, Schlafmittel oder Antidepressiva eingenommen. Ein problematischer Gebrauch nach dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch wurde bei 4,3% der Befragten festgestellt. **Schlussfolgerungen:** Vor dem Hintergrund einer leichten Zunahme der problematischen Medikamenteneinnahme in jüngster Zeit sind neue Beschaffungsmöglichkeiten kritisch zu sehen.

**Einleitung**

Epidemiologische Studien zum Substanzgebrauch beziehen sich vorrangig auf Tabak, Alkohol und illegale Drogen. Untersuchungen zur Einnahme, zum Missbrauch und zu Folgeproblemen von verschriebenen und nicht verschriebenen Medikamenten wurden dagegen lange Zeit vernachlässigt. Aus methodischer Sicht erklärt sich das mangelnde Interesse an diesem Thema mit dem hohen Aufwand, der für eine genaue Erfassung von Medikamenten, ihrer Dosierung, des Einnahmeverhaltens und der möglichen Konsequenzen in einer großen Stichprobe erforderlich ist. Epidemiologische Studien zum Medikamentengebrauch beschränken sich daher zumeist auf die Erfassung der Einnahmehäufigkeit von Medikamenten bestimmter Arzneimittelgruppen, wie zum Beispiel Schmerzmittel, Schlafmittel oder Beruhigungsmittel, zum Teil mit der Unterscheidung in verschriebene und nicht verschriebene Anwendung. Zu-

<sup>1</sup> IFT Institut für Therapieforschung, München

<sup>2</sup> National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, London

sätzlich wurden medikamentenbedingte Störungen mit Hilfe von diagnostischen Kriterien erfasst (Fichter, 1990; Lieb, Pfister & Wittchen, 1998).

Angaben zu Prävalenzen und zu medikamentenbezogenen Störungen auf der Grundlage diagnostischer Kriterien liegen für Deutschland nur aus wenigen regionalen Studien (Fichter, Witzke, Leibl & Hippus, 1989; König, Ruther, Remmers & Keil, 1987; Lieb et al., 1998; Weyerer & Dilling, 1991) sowie bundesweit aus einer früheren Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurvey (Kraus & Augustin, 2001) und des Bundes-Gesundheitssurvey (Knopf & Melchert, 1999) vor. Die Daten sind jedoch aufgrund der Unterschiede hinsichtlich der verwendeten Instrumente, Referenzzeiträume und insbesondere der Medikamentenklassen schwer vergleichbar.

Zusammenfassend weisen die vorliegenden epidemiologischen Daten auf eine bis zu dreifach höhere Prävalenz der Medikamenteneinnahme bei Frauen und eine mit dem Alter zunehmende Einnahmerate hin. Etwa jeder achte Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren hat schon einmal ein psychoaktives Medikament eingenommen und jeder zweite Erwachsene bis 59 Jahre nimmt mindestens ein psychoaktives Medikament pro Jahr ein. Die tägliche Einnahme von Psychopharmaka bzw. von Beruhigungsmitteln wird von jeweils über 5% der 46- bis 79-jährigen Frauen und etwa 2% der gleichaltrigen Männer berichtet. Während bei Jugendlichen der Umfang einer nicht indizierten Anwendung gering eingeschätzt wird (außer für Teilgruppen wie z. B. Opiatabhängige), dürfte dieser Anteil bei Erwachsenen wesentlich höher sein. Die durch die Einnahme psychoaktiver Medikamente verursachten Störungen sind bei Jugendlichen äußerst selten. In der erwachsenen Bevölkerung entwickelt dagegen jeder Zwanzigste, der aktuell psychoaktive Medikamente einnimmt, eine medikamentenbedingte Störung (Fichter, 1990; Knopf & Melchert, 1999; Kraus & Augustin, 2001; Lieb et al., 1998). Berechnungen zum Umfang

medikamentenbedingter Störungen in der Allgemeinbevölkerung schwanken zwischen 1,4 Mio. und 1,5 Mio. Personen (Glaeske, 2003; Kraus & Augustin, 2001).

Die vorliegenden Untersuchungen erlauben Aussagen über den Umfang der Einnahme von Medikamenten bzw. Arzneistoffgruppen und das Risikopotenzial zu bestimmten Zeitpunkten bzw. für bestimmte Teilgruppen der Bevölkerung. Es fehlen aber Informationen über Veränderungen des Einnahmeverhaltens in der Bevölkerung im Zeitverlauf, über Zusammenhänge von Einnahmehäufigkeit und Häufigkeit medikamentenbezogener Störungen sowie über die Entwicklung von Bevölkerungsgruppen mit einem überdurchschnittlich hohen Risiko. Solche Informationen sind notwendig, um Risikobelastungen abschätzen und geeignete präventive Maßnahmen im Bereich der Aufklärung oder Gesetzgebung ableiten und in ihrer Effektivität überprüfen zu können. Der Epidemiologische Suchtsurvey erfolgt zwar ebenfalls nur als Querschnittsuntersuchung, durch die regelmäßige Durchführung zur Einnahme von Medikamenten seit 1995 sind aber Trendanalysen möglich. Im Folgenden werden die aktuellen Ergebnisse aus der Erhebung 2003 zur Einnahmehäufigkeit von Arzneimittelgruppen mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, zum Umfang problematischer Einnahme sowie zu medikamentenorientierten Einstellungen dargestellt. Darüber hinaus werden Veränderungen zur Einnahmehäufigkeit der verschiedenen Arzneimittelgruppen seit 1995 ausgewertet.

### Methode Stichprobe

Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 wurde auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. Sie umfasst 8.061 Erwachsene 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 der Medikamenteneinnahme wurde getrennt für Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel und Appetitzügler in den letzten 12 Monaten sowie in den letzten 30 Tagen vor der Befragung erfasst. Diese Medikamentenklassen werden als wichtigste Gruppen im Zusammenhang mit Missbrauch bzw. Abhängigkeit genannt (Kuhs, 1994; Maffli & Gmel, 1999). Vor dem Hintergrund häufiger Fehlanwendungen (Maffli & Bahner, 1999) wurden zusätzlich auch Antidepressiva und Neuroleptika abgefragt. Da die verschiedenen Arzneimittel von den Befragten selbst in die vorgegebenen Arzneimittelgruppen (z. B. Schlaf- oder Schmerzmittel) eingeordnet werden mussten, enthielt der Fragebogen zur Vermeidung falscher Zuordnungen eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente, die den entsprechenden Gruppen zugeordnet waren.

Mit dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) wurde wie bereits im Survey 2000 ein Instrument zur Erfassung der problematischen Einnahme von Medikamenten eingesetzt (Watzl, Rist, Höcker & Miehle, 1991). Die elf Items des KFM beziehen sich sowohl auf das Verhalten als auch auf das Erleben im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten. Er zielt auf die Erfassung von Personen mit einem Einnahmeverhalten, das zwar schon bestimmte Symptome abhängigen Konsums aufweist, die aber nicht notwendig die Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV erfüllen. Als Cut-off-Wert für problematischen Medikamentenkonsum werden vier oder mehr positive Antworten verwendet.

Personen, die Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass sie Medikamente zur Lebensbewältigung einsetzen, bei Schmerzen eine höhere Bereitschaft zum Einsatz von Schmerzmittel zeigen oder Schmerzmittel zur Selbstmedikation einsetzen (Gutscher, Hornung, May &

Schär, 1986). Ein unangemessener Umgang mit Schmerz- oder Beruhigungsmitteln (»Instant Relief«) wurde mit sechs Items und Einstellungen, die eine medikamentenorientierte Lebensbewältigung widerspiegeln, wurden mit vier Items erfasst (Schär, Horning, Gutscher & May, 1985).

### Analysen

Die Prävalenz der Einnahme eines Medikaments in den letzten 12 Monaten ist definiert als die zumindest einmalige Einnahme in diesem Zeitraum. Als häufige Einnahme eines Medikaments in den letzten 30 Tagen wird eine Einnahme von einmal oder häufiger pro Woche verstanden. 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 ungewichteten Fallzahlen verzichtet.

*Trends des Medikamentenkonsums.* Trendvergleiche wurden für die mindestens einmalige wöchentliche Einnahme psychoaktiver Medikamente zwischen 1995 und 2003 vorgenommen. Im Fragebogen ab der Erhebung 2000 wurde eine Beispielliste gängiger Medikamente für die vorgegebenen Arzneimittelgruppen eingeführt. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Liste nicht erschöpfend sei und nur der Orientierung diene. Im Fragebogen

2003 wurden auch nichtopiathaltige Analgetika (z. B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol) in die Beispielliste aufgenommen.

*Statistische Verfahren.* Als Maß für den Zusammenhang zwischen Prävalenz und Geschlecht werden Odds Ratios und die zugehörigen Konfidenzintervalle angegeben. Die Odds Ratios wurden mit logistischen Regressionen mit Altersgruppe und Geschlecht als Kontrollvariablen berechnet. Für den Trendvergleich der häufigen Einnahme eines Medikaments in den letzten 30 Tagen wurden die 95 %-Konfidenzintervalle der Prävalenzwerte angegeben. Unterschiede in der Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahme (KFM) zwischen dieser und der letzten Erhebung wurden mit einer logistischen Regression mit Altersgruppe, Geschlecht und Zeitpunkt als Kontrollvariable geprüft. Unter Berücksichtigung des Effekts des mehrstufigen Auswahlverfahrens wurden die Standardabweichungen mit SUDAAN 7.5 berechnet (Shah, Barnwell & Bieler, 1997).

### Ergebnisse

#### 12-Monats-Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

Etwa zwei Drittel der Befragten nahmen in den letzten 12 Monaten mindestens eines der erfragten Medikamente (65%), wobei deutlich mehr Frauen als Männer die Einnahme irgendeines Medikaments berichteten (73,5% vs. 56,9%; OR: 2,11; KI: 1,90–2,35). Am häufigsten wurde die min-

destens einmalige Einnahme irgendeines Medikaments im letzten Jahr von den 25- bis 29-Jährigen (71,1%) berichtet (Tabelle 1). In den anderen Altersgruppen weichen die Prävalenzwerte nur geringfügig vom Gesamtwert ab.

Die Prävalenz der mindestens einmaligen Einnahme irgendeines Medikaments geht vor allem auf den hohen Anteil der Schmerzmitteleinnahme zurück. Schmerzmittel dominieren vor allen anderen Medikamenten, wobei mehr Frauen als Männer Schmerzmittel nahmen (70,4% vs. 54,1%; OR: 2,04; KI: 1,85–2,25). Mit 12-Monats-Prävalenzen von 4–5% wurden Schlaf-, Beruhigungsmittel oder Antidepressiva weitaus seltener genommen. Etwa zweimal so viele Frauen wie Männer gaben die Einnahme dieser Arzneimittelgruppen an (Schlafmittel: 6,8% vs. 3,8%; OR: 1,82; KI: 1,45–2,27; Beruhigungsmittel: 6,6% vs. 3,6%; OR: 1,88; KI: 1,51–2,36; Antidepressiva: 5,0% vs. 2,4%; OR: 2,09; KI: 1,61–2,72). Anders als bei der Einnahme von Schmerzmitteln hatte die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen bei der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln deutlich höhere Prävalenzen als die anderen Altersgruppen. Die Einnahme von Anregungsmitteln, Appetitzüglern und Neuroleptika wurde von jeweils etwa 1% der Befragten angegeben. Während sich Frauen und Männer in der Prävalenz der Einnahme von Anregungsmitteln und Neuroleptika kaum unterscheiden, nahmen etwa dreimal so viele Frauen wie Männer Appetitzügler (1,5% vs. 0,4%; OR: 4,24; KI: 2,18–8,24).

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	62,1	54,1	70,4	62,2	64,1	69,3	66,1	59,5	56,1
Schlafmittel	5,3	3,8	6,8	3,1	4,1	4,6	3,9	5,5	8,0
Beruhigungsmittel	5,1	3,6	6,6	4,5	4,0	3,8	3,9	5,1	7,8
Anregungsmittel	0,7	0,8	0,6	0,7	1,3	0,8	0,4	0,5	1,1
Appetitzügler	0,9	0,4	1,5	0,3	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8
Antidepressiva	3,7	2,4	5,0	1,7	1,7	2,1	2,4	4,3	6,5
Neuroleptika	1,1	0,9	1,2	0,2	0,4	0,5	1,0	1,3	1,6
Mindestens ein Medikament	65,0	56,9	73,5	63,5	66,7	71,1	67,8	63,2	60,6

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	13,1	10,6	15,6	10,9	9,1	9,6	11,9	13,0	18,3
Schlafmittel	1,9	1,4	2,3	1,2	0,5	0,9	1,2	1,8	4,0
Beruhigungsmittel	2,0	1,7	2,4	1,4	1,3	1,1	1,3	1,9	4,0
Anregungsmittel	0,4	0,5	0,3	0,0	0,5	0,5	0,3	0,4	0,5
Appetitzügler	0,5	0,3	0,7	0,1	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3
Antidepressiva	2,4	1,5	3,4	0,8	1,1	1,0	1,4	2,7	4,7
Neuroleptika	0,8	0,8	0,9	0,1	0,4	0,5	0,7	1,1	1,2
Mindestens ein Medikament	16,8	13,3	20,4	12,5	11,6	11,8	14,4	17,3	24,6

Tabelle 3: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Gesamtstichprobe)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7641	3423	4218	790	1023	1158	1548	1596	1526
KFM (≥ 4)	4,3 (327)	3,2	5,5	2,9	2,8	2,5	3,3	3,6	8,5

Auch eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Altersgruppen legt nahe, dass Schmerzmittel seltener von Frauen und Männern der höheren Altersgruppen eingenommen wurden als von jüngeren Befragten beider Geschlechter (Tabelle 6 im Anhang). Schlaf- oder Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva wurden jeweils von etwa jeder zehnten über 50-jährigen Frau eingenommen, spielen aber bei Männern oder jüngeren Frauen eine geringere Rolle. Appetitzügler waren für Männer aller Altersklassen nahezu bedeutungslos, während 2% der 21- bis 29-jährigen Frauen in den letzten 12 Monaten Appetitzügler verwendeten. Für Frauen in den anderen Altersklassen lagen die Prävalenzen um 1%.

### 30-Tage-Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, berichtete jeder sechste Befragte eine mindestens einmalige wöchentliche Einnahme irgendeines Medikaments. Eine häufige Einnahme wurde von Frauen (20,4%) deutlich öfter berichtet als von Männern (13,3%) (OR: 1,67; KI: 1,49–1,88). Bei beiden Geschlechtern steigen die Prävalenzen in den Altersgruppen der über 30-jähri-

gen deutlich an. Die am häufigsten eingenommenen Medikamente sind wiederum Schmerzmittel, wobei die Prävalenz bei den Frauen höher ist als bei den Männern (15,6% vs. 10,6%; OR: 1,56; KI: 1,37–1,78).

Eine häufige Einnahme von Antidepressiva gaben 2,4% der Gesamtstichprobe an, Frauen mehr als doppelt so oft wie Männer (3,4% vs. 1,5%; OR: 2,28; KI: 1,60–3,24). Schlaf- und Beruhigungsmittel wurden von etwa 2% der Befragten mindestens einmal pro Woche eingenommen, Neuroleptika von knapp 1% und Anregungsmittel sowie Appetitzügler von maximal 0,5%. Die Prävalenzen des Gebrauchs von Neuroleptika und Anregungsmitteln fallen bei Frauen und Männern ähnlich gering aus (Neuroleptika: 0,9% vs. 0,8%; Anregungsmittel: 0,3% vs. 0,5%), während mehr Frauen als Männer Schlafmittel (2,3% vs. 1,4%; OR: 1,61; KI: 1,11–2,34) und Beruhigungsmittel (2,4% vs. 1,7%; OR: 1,40; KI: 1,00–1,97) und doppelt so viele Frauen wie Männer Appetitzügler (0,7% vs. 0,3%; OR 2,77; KI: 1,22–6,30) nahmen. Bei älteren Personen beiderlei Geschlechts sind mit Ausnahme von Anregungsmitteln und Appetitzüglern höhere Prävalenzwerte zu beobachten. Bei Neuroleptika ist dies

nur in geringem Maße der Fall (Tabelle 7 im Anhang).

### Problematische Einnahme von Medikamenten

Einen Wert von vier oder mehr positiven Antworten im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) erreichen 4,3% der Befragten (Tabelle 3). Ein problematischer Medikamentengebrauch findet sich deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern (5,5% vs. 3,2%; OR: 1,79; KI: 1,41–2,28) und bei älteren häufiger als bei jüngeren Befragten. Bei den 50- bis 59-jährigen liegt bei fast jedem neunten Befragten eine problematische Medikamenteneinnahme vor.

### Medikamentenorientierte Einstellung

Auf die Fragen zur Abschätzung des Medikamentengebrauchs zur Lebensbewältigung zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede (Tabelle 4). Während jeweils mehr als vier Fünftel der befragten Männer und Frauen angaben, grundsätzlich zu versuchen, ohne Medikamente auszukommen, sind Frauen weniger geneigt, auf Beruhigungs- und Schlafmittel zu verzichten (8,8% vs. 5,5%; OR: 1,66; KI: 1,30–2,11). Weiterhin sehen sich Frauen seltener in der Lage, den (Arbeits-)

Tag ohne Medikamente durchzustehen (10,9% vs. 7,9%; OR: 1,43; KI: 1,15–1,77), und sie fühlen sich häufiger ohne Medikamente nicht als vollwertiger Mensch (7,6% vs. 5,8%; OR: 1,36; KI: 1,07–1,73). Ältere Befragte stimmten diesen Aussagen häufiger zu als jüngere.

Die Mehrheit der Befragten versucht zwar, bei Schmerzen so lange wie möglich ohne Medikamente auszukommen, aber etwa jeder Vierte gab an, gegen Kopfschmerzen sofort ein Schmerzmittel zu nehmen und nicht nachvollziehen zu können, warum andere Personen Kopfschmerzen ohne Medikamente ertragen. Jeder zwölfte Befragte berichtete, Medikamente zu nehmen, bevor die Schmerzen richtig einsetzen (8,2%). Die Einnahme von Schmerzmitteln wegen ihrer anregenden Wirkung berichteten 3,4%, eine zu häufige Einnahme von Schmerzmitteln gaben 6,6% der Befragten an (Tabelle 4). Geschlechtsunterschiede zeigten sich dahingehend, dass Frauen häufiger angaben, bei Kopfschmerzen

sofort Schmerzmittel zu nehmen (29,9% vs. 23,4%; OR: 1,40; KI: 1,22–1,61), und häufiger nicht einsetzen, Kopfschmerzen ohne Medikamente zu ertragen (24,8% vs. 21,0%; OR: 1,25; KI: 1,07–1,46). Auch berichteten Frauen häufiger, Medikamente zu nehmen, bevor die Schmerzen richtig einsetzen (9,2% vs. 7,1%; OR: 1,34; KI: 1,06–1,69).

Die Einstellung, Medikamente zur Bewältigung kritischer Situationen einzusetzen, ist hoch korreliert mit einem problematischen Gebrauch. Das relative Risiko für einen positiven Wert im KFM ist umso höher, je mehr Items zur Lebensbewältigung bejaht werden. Personen mit nur einer positiven Nennung in den vier Items zur Lebensbewältigung haben im Vergleich zu denjenigen ohne Nennungen ein 10-mal so hohes relatives Risiko für einen positiven Wert im KFM (KI: 6,33–14,89). Bei Personen, die zwei Items positiv beantworten, ist das relative Risiko bereits 45-mal so hoch (KI: 28,21–70,79). Die Odds zwischen »Instant Relief«

und KFM steigen ebenfalls mit der Anzahl positiver Angaben.

### Trends

Trendanalysen zur Medikamenteneinnahme zwischen 1995 und 2003 zeigen keine Änderungen bei der häufigen Einnahme von Schmerzmitteln. Die Prävalenz der Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika, die erst seit 2000 erfasst werden, blieb ebenfalls in etwa auf demselben Niveau. Dagegen ging die mindestens einmalige wöchentliche Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln und Anregungsmitteln seit 1995 signifikant zurück (Tabelle 5).

Ein Vergleich der problematischen Medikamenteneinnahme mit dem Wert der Untersuchung von 2000 zeigt eine Zunahme der Prävalenz von 3,3% auf 4,3% ( $T=-3,20$ ;  $p=0,0015$ ). Die Prävalenzen nehmen bei beiden Geschlechtern zu (Männer: 2000: 2,6%; 2003: 3,2%; Frauen: 2000: 4,1%; 2003: 5,5%).

**Tabelle 4: Anteile der positiven Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung mit Medikamenten und »Instant Relief« durch Schmerzmittel**

	Geschlecht		Altersgruppen						
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
<b>Lebensbewältigung</b>									
Versuche grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen	82,1	82,1	82,2	86,7	86,2	88,1	85,1	80,3	74,3
Ohne Medikamente ein halber Mensch	6,8	5,8	7,6	0,9	2,2	2,8	4,2	6,8	16,0
Weiß nicht, wie Tag ohne Medikamente durchstehen	9,6	7,9	10,9	5,8	4,5	5,1	8,0	10,2	16,7
In manchen Situationen nicht auf Beruhigungs- und Schlafmittel verzichten können	7,3	5,5	8,8	4,8	4,0	5,0	4,3	7,9	14,0
<b>Instant Relief</b>									
Versuche bei Schmerzen möglichst lange ohne Medikamente auszukommen	77,7	77,8	77,5	77,2	79,5	79,6	78,0	77,7	75,3
Nehme bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel	27,0	23,4	29,9	25,0	20,0	26,1	28,2	27,7	28,0
Nehme eher zuviel Schmerzmittel	6,6	6,5	6,7	9,8	6,2	7,7	6,2	5,8	7,4
Unverständlich, dass jemand bei Kopfschmerzen keine Medikamente nimmt	23,1	21,0	24,8	16,1	13,7	17,7	22,6	25,1	29,7
Nehme ein Medikament schon bevor Schmerzen einsetzen	8,2	7,1	9,2	7,1	5,8	6,5	8,6	7,4	11,0
Nehme Schmerzmittel wegen anregender Wirkung	3,4	3,5	3,3	1,1	1,8	2,6	2,1	3,2	7,0

Tabelle 5: Trends der 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme

Gesamt	Erhebungsjahr							
	1995		1997		2000		2003	
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Schmerzmittel	11,9	11,0–12,8	11,1	10,1–12,1	10,7	10,1–11,4	13,1	12,3–13,8
Schlafmittel	3,0	2,6–3,5	2,6	2,2–3,1	1,8	1,4–2,1	1,9	1,5–2,2
Beruhigungsmittel	4,1	3,6–4,6	3,2	2,7–3,7	2,6	2,2–3,0	2,0	1,7–2,4
Anregungsmittel	0,9	0,7–1,1	1,0	0,6–1,3	0,4	0,2–0,5	0,4	0,3–0,5
Appetitzügler	0,8	0,6–1,1	0,8	0,5–1,1	0,7	0,5–0,9	0,5	0,3–0,6
Antidepressiva					2,3	1,9–2,6	2,4	2,0–2,8
Neuroleptika					0,8	0,6–1,0	0,8	0,6–1,1
<b>Männer</b>								
Schmerzmittel	9,6	8,5–10,7	8,7	7,4–9,9	9,0	8,1–10,0	10,6	9,6–11,6
Schlafmittel	2,7	2,1–3,2	2,0	1,4–2,6	1,8	1,3–2,3	1,4	1,0–1,9
Beruhigungsmittel	3,2	2,6–3,8	2,0	1,5–2,5	2,1	1,6–2,6	1,7	1,3–2,2
Anregungsmittel	1,0	0,6–1,3	1,0	0,6–1,5	0,4	0,2–0,6	0,5	0,2–0,7
Appetitzügler	0,5	0,1–0,8	0,4	0,1–0,6	0,3	0,1–0,4	0,3	0,1–0,4
Antidepressiva					1,8	1,4–2,3	1,5	1,1–1,9
Neuroleptika					0,9	0,5–1,2	0,8	0,5–1,1
<b>Frauen</b>								
Schmerzmittel	14,3	13,0–15,6	13,6	12,1–15,0	12,5	11,5–13,5	15,6	14,6–16,7
Schlafmittel	3,4	2,8–4,0	3,3	2,5–4,0	1,7	1,3–2,1	2,3	1,8–2,9
Beruhigungsmittel	5,1	4,4–5,8	4,4	3,6–5,3	3,1	2,5–3,7	2,4	1,9–2,9
Anregungsmittel	0,9	0,5–1,2	0,9	0,4–1,3	0,3	0,1–0,4	0,3	0,1–0,4
Appetitzügler	1,2	0,8–1,5	1,2	0,8–1,7	1,1	0,8–1,4	0,7	0,5–1,0
Antidepressiva					2,7	2,2–3,2	3,4	2,7–4,0
Neuroleptika					0,7	0,4–0,9	0,9	0,6–1,2

## Diskussion

Die Erfassung der Einnahme von Medikamenten in schriftlichen Befragungen stößt auf erheblich mehr Schwierigkeiten als die Erfassung des Gebrauchs von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak. Der Gefahr der Fehlzuordnung von bestimmten Medikamenten in die vorgegebenen Medikamentenklassen wurde durch die Vorgabe einer Liste der gebräuchlichsten Medikamente begegnet. Verzichtet wurde auf detailliertere Fragen nach Art und Namen der eingenommenen Medikamente ebenso wie nach bestimmten Einnahmemustern wie Selbstmedikation, Tagesdosen oder Dauer der Einnahme, da dies mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden ist als in einer schriftlichen Studie über alle psychoaktiven Substanzen geleistet werden kann. Da die Medikamentenliste, die nur die gebräuchlichsten Medikamente enthält, nicht vollständig sein kann, sind Fehlzuordnungen nicht ausgeschlossen. Zudem fasst die Medikamentenliste Arzneimittel mit

unterschiedlichen Wirkstoffen und unterschiedlichen Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzialen zusammen, so dass eine klare Abgrenzung von Medikamenten nach Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial bei der Datenauswertung nicht geleistet werden kann.

Etwa zwei Drittel aller Befragten haben in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen genommen und insgesamt 16,8% der Befragten gaben die mindestens einmalige wöchentliche Einnahme von Medikamenten an. Wie in anderen Medikamentenstudien wurde beobachtet, dass Frauen und ältere Personen über einen häufigeren Medikamentengebrauch berichten als Männer bzw. jüngere Erwachsene (Fichter, 1990; Graham & Vidal-Zaballos, 1998; Knopf & Melchert, 1999; Maffli & Bahner, 1999; Ohayon, Caulet, Priest & Guilleminault, 1998; Weyerer & Dilling, 1991).

Die Altersbegrenzung des Epide-

miologischen Suchtsurvey auf 59 Jahre erlaubt es nicht, die Prävalenz für höhere Lebensjahre zu schätzen. Es gibt Hinweise darauf, dass Medikamente aus der Familie der Benzodiazepine älteren Patienten häufiger verschrieben werden als jüngeren (Glaeske, 2003) und die Hälfte der über 60-Jährigen regelmäßig verschreibungspflichtige Hypnotika erhält (Laux, Dietmaier & König, 2000). Bei den über 60-Jährigen ist daher mit erheblich höheren Prävalenzen sowohl der Medikamenteneinnahme als auch des problematischen Gebrauchs mit Anzeichen abhängigen Verhaltens zu rechnen (Weyerer & Zimmer, 1997).

Die mit Abstand am häufigsten eingenommenen Medikamente sind Schmerzmittel. Im Zusammenhang mit einer missbräuchlichen Verwendung von Schmerzmitteln wurde insbesondere auf koffein- und codeinhaltige Substanzen hingewiesen (Abbott & Fraser, 1998; Glaeske, 2003; Kuhs, 1994). Zudem kann langfristiger Schmerzmittelgebrauch neben den be-

kannten Nebenwirkungen zu Dauerschmerzen führen, den die Betroffenen mit der Einnahme weiterer Schmerzmittel zu lindern versuchen (Melchinger, Schnabel & Wynn, 1992). Hoch erscheint in diesem Zusammenhang der Anteil von Personen (27%), die bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel einnehmen. Berücksichtigt man, dass im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 jede dritte Frau und jeder fünfte Mann in den letzten sieben Tagen vor der Erhebung an Kopfschmerzen litt und jeder zweite Kopfschmerzpatient nie einen Arzt wegen seiner Kopfschmerzen aufsucht (Diemer & Burchert, 2003), so steht ein großer Teil der Bevölkerung unter dem Risiko, durch inadäquate Selbstmedikation einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz mit behandlungsintensiven Folgeerkrankungen zu entwickeln. Diemer und Burchert (2003) beklagen, dass weder der medikamenteninduzierte Kopfschmerz noch die Therapieleitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft ausreichend bekannt seien. Hier sind Präventionsmaßnahmen nötig, die die Notwendigkeit einer leitliniengerechten Therapie betonen sowie auf bewährte Behandlungs- und Prophylaxemethoden wie Entspannungs- und Stressbewältigungstraining oder Techniken der Muskelentspannung oder Reizverarbeitung hinweisen.

Die im Trendvergleich beobachtete Abnahme der häufigen Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln seit 1995 wird durch einen kontinuierlichen Rückgang der Verordnungszahlen zwischen 1992 und 2003 um 55% bestätigt. Zudem betrifft der Verordnungsrückgang hauptsächlich die lang wirkenden Benzodiazepine, während das Verordnungsvolumen der kurz wirkenden Nichtbenzodiazepine Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon, die nach den bisher verfügbaren Daten ein geringeres Abhängigkeitspotenzial haben, leicht angestiegen ist (Lohse & Müller-Oerlinghausen, 2004). Dagegen spiegelt sich die im Trendvergleich ebenfalls gefundene Abnahme von Anregungsmitteln nicht in den Verord-

nungszahlen wider. Die Verordnungszahlen von Psychostimulantien mit dem Wirkstoff Methylphenidat sind zwischen 1994 und 2003 von 1,2 Mio. Tagesdosen auf 19,8 Mio. Tagesdosen gestiegen, wobei diese Steigerung vermutlich auf die vermehrte Verschreibung bei hyperkinetischen Kindern zurückzuführen ist (Lohse, Lorenzen & Müller-Oerlinghausen, 2004).

Weiterhin weisen die Verordnungszahlen bei Schmerzmitteln auf eine Zunahme des Gebrauchs insbesondere von opioiden Analgetika hin. Positiv ist zu sehen, dass nur noch ein kleiner Teil der Verordnungen auf Kombinationspräparate nichtopioider Analgetika, wie z. B. Thomapyrin mit den Bestandteilen Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Koffein, entfällt, für die es keine wissenschaftliche Begründung gibt (Böger & Schmidt, 2004), die aber zu Missbrauch und chronischen körperlichen Folgen führen können (Glaeske, 1994). Dennoch befinden sich unter den nichtrezeptpflichtigen Mitteln insgesamt noch etwa 20%, die Koffein als Bestandteil enthalten (Glaeske, 2003).

Trotz der guten Übereinstimmung der Selbstangaben mit den Verordnungszahlen können die in unseren Daten zu beobachtenden zeitlichen Änderungen auch auf mögliche Unschärfen der Einordnung von Medikamenten oder Änderungen im Fragebogen zurückzuführen sein. Im Fragebogen von 1995 und 1997 war noch keine Beispielliste enthalten, so dass die Klassifizierung der Medikamente den Befragten vollständig überlassen blieb.

Dessen ungeachtet weisen die Ergebnisse unter Verwendung des gleichen Instruments auf eine Zunahme der problematischen Medikamenteneinnahme zwischen 2000 und 2003 hin. Zudem sind vor dem Hintergrund neuer Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten wie z. B. über das Internet, die die Verschreibungspflicht umgehen, Personen, die Medikamente zur Lebensbewältigung einsetzen, als besonders gefährdet anzusehen. Sollte sich die Selbstmedikation über das Internet durchsetzen, ist wegen des

signifikanten Zusammenhangs zwischen der Einstellung, Medikamente gezielt zur Lebensbewältigung einzusetzen, und einem problematischen Einnahmeverhalten mit einer weiteren Zunahme des problematischen Gebrauchs und medikamenteninduzierter Störungen zu rechnen.

## Literatur

- Abbott, F. V. & Fraser, M. I. (1998). Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 23, 13–34.
- Böger, R.H. & Schmidt, G. (2004). Analgetika. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungsreport 2004* (S. 207–221). Berlin Heidelberg: Springer.
- Diemer, W. & Burchert, H. (2003). *Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Fichter, M. M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fichter, M. M., Witzke, W., Leibl, K. & Hippus, H. (1989). Psychotropic drug use in a representative community sample: the Upper Bavarian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 68–77.
- Glaeske, G. (1994). Arzneimittel. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 95* (S. 62–92). Geesthacht: Neuland.
- Glaeske, G. (2003). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2004* (S. 64–82). Geesthacht: Neuland.
- Graham, K. & Vidal-Zeballos, 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.
- Gutscher, H., Hornung, R., May, U. & Schär, M. (1986). *Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken*. Bern: Hans Huber.
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (1999). Subjektive Angaben zur täglichen Anwendung ausgewählter Arzneimittelgruppen – Erste Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 151–157.

- König, W., Ruther, E., Remmers, A. & Keil, U. (1987). Comparison of psychotropic drug intake in two populations in West Germany. Results from the Munich Blood Pressure Study 1980/81 and the Luebeck Blood Pressure Study 1984. *Pharmacopsychiatry*, 20, 111–115.
- 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.
- Küfner, H., Rösner, S. & Liacopoulos, J. (2003). *Jahresbericht 2001 Medikamentenmissbrauch bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen* (Monitoring-System EBIS-med) (Berichtszeitraum: 1.1.2001–31.12.2001) (IFT-Berichte Bd. 135). München: Institut für Therapiefor- schung.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76–87). Bern: Huber.
- Laux, G., Dietmaier, O. & König, W. (2000). *Pharmakopsychiatrie*. München: Urban und Fischer.
- Lohse, M. J., Lorenzen, A. & Müller-Oerlinghausen, B. (2004). Psychopharmaka. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungsreport 2004* (S. 585–599). Berlin Heidelberg: Springer.
- Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2004). Hypnotika und Sedativa. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungsreport 2004* (S. 769–810). Berlin Heidelberg: Springer.
- Lieb, R., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1998). Use, abuse and dependence of prescription drugs in adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4, 67–74.
- 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.
- 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.
- Schär, M., Hornung, R., Gutscher, H. & May, U. (1985). *Selbstmedikation – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Shah, B., Barnwell, B. & Bieler, G. (1997). *SUDAAN user's manual* (Release 7.5). Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- 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.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303–311.
- Weyerer, S. & Zimber, A. (1997). Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 159–184). Göttingen: Hogrefe.

#### 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



## Anhang

Tabelle 6: 12-Monats-Prävalenz der Medikamenteneinnahme für Männer und Frauen

Männer	Altersgruppen						
	Gesamt	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	54,1	52,0	53,8	60,6	59,9	49,3	50,1
Schlafmittel	3,8	2,6	2,7	4,5	2,8	4,7	4,5
Beruhigungsmittel	3,6	3,8	2,7	3,2	2,6	3,7	5,4
Anregungsmittel	0,8	1,1	1,6	0,7	0,6	0,6	1,3
Appetitzügler	0,4	0,0	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4
Antidepressiva	2,4	1,1	0,9	2,3	1,5	3,2	3,6
Neuroleptika	0,9	0,2	0,2	0,6	1,2	0,7	1,5
Mindestens ein Medikament	56,9	53,6	56,3	63,1	61,6	52,8	53,9
<b>Frauen</b>							
Schmerzmittel	70,4	73,0	74,8	78,3	72,7	70,1	62,0
Schlafmittel	6,8	3,6	5,5	4,7	5,1	6,4	11,4
Beruhigungsmittel	6,6	5,2	5,3	4,5	5,3	6,5	10,2
Anregungsmittel	0,6	0,3	1,0	0,9	0,1	0,5	0,8
Appetitzügler	1,5	0,7	2,0	2,1	1,5	1,4	1,2
Antidepressiva	5,0	2,4	2,5	1,9	3,3	5,5	9,3
Neuroleptika	1,2	0,2	0,6	0,4	0,7	1,8	1,6
Mindestens ein Medikament	73,5	74,1	77,4	79,5	74,4	73,9	67,2

Tabelle 7: 30-Tage-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Medikamenteneinnahme für Männer und Frauen

Männer	Altersgruppen						
	Gesamt	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Schmerzmittel	10,6	7,8	6,1	6,8	9,1	11,3	15,7
Schlafmittel	1,4	1,6	0,3	0,8	0,9	1,8	2,5
Beruhigungsmittel	1,7	1,8	0,8	1,3	0,9	1,7	3,4
Anregungsmittel	0,5	0,0	0,2	0,7	0,5	0,6	0,5
Appetitzügler	0,3	0,0	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
Antidepressiva	1,5	0,6	0,5	0,9	0,6	2,0	2,8
Neuroleptika	0,8	0,0	0,2	0,6	0,9	0,7	1,1
Mindestens ein Medikament	13,3	10,2	7,5	9,0	11,0	14,4	20,1
<b>Frauen</b>							
Schmerzmittel	15,6	14,2	12,1	12,5	14,8	14,8	20,8
Schlafmittel	2,3	0,9	0,8	1,0	1,5	1,8	5,5
Beruhigungsmittel	2,4	1,0	1,8	0,9	1,8	2,2	4,6
Anregungsmittel	0,3	0,0	0,8	0,3	0,1	0,2	0,4
Appetitzügler	0,7	0,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,5
Antidepressiva	3,4	1,0	1,7	1,2	2,3	3,5	6,6
Neuroleptika	0,9	0,2	0,6	0,3	0,4	1,4	1,3
Mindestens ein Medikament	20,4	15,0	15,8	14,9	18,0	20,2	29,1

## Instructions for Authors

All submissions are accepted on the condition that they have not been published in whole or in part elsewhere or are not currently being considered or accepted for publication elsewhere. In case a submission has been published in part elsewhere, this must be stated in the covering letter to the Editor with the published version attached. If a manuscript is accepted for publication, the author(s) must assign copyright to the publisher.

### Sections

Editorial  
Research Reports  
Short Communications  
Reviews  
In Practice  
Case Studies  
Forum (Commentaries, Discussions)  
Letters to the Editor  
Book and Conference Reviews  
News  
New Publications  
Upcoming Conferences

### Manuscript Format

Please observe the formal instructions for the format and length of manuscripts for the individual sections as found on the Internet ([www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)). Incorrectly formatted manuscripts will be returned, considerably prolonging the review process.

### Submission

At the beginning of 2003 manuscripts should preferably be submitted in electronic form. Please send your text via email to the following address: [kuenzel@ift.de](mailto:kuenzel@ift.de). In addition, we ask for a hard copy for the editorial office, which must exactly correspond to the electronic version. In case you are unable to send your submission in electronically, we ask for four hard copies and a copy on disk.

### Refereeing policy

Scientific manuscripts are processed by an assistant editor until they are ready for publication or have been rejected. Each manuscript is reviewed by at least two independent referees. Submissions to the other sections and decisions about their publication are processed by the editorial office or by assistant editors (for more information see [www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)).

## Hinweise für Autoren

Beiträge für die Zeitschrift werden unter der Voraussetzung angenommen, dass sie weder als ganzes noch in Teilen an anderer Stelle publiziert oder zur Publikation eingereicht oder angenommen wurden. Falls Teilveröffentlichungen vorliegen, müssen diese im Begleitbrief deklariert und beigefügt werden. Mit der Annahme zur Publikation gehen alle Rechte an den Verlag über.

### Rubriken

Editorial  
Originalarbeiten  
Kurze Mitteilungen  
Übersichtsarbeiten  
Praxis  
Fallberichte  
Forum (Kommentare, Diskussionsforen)  
Leserbriefe  
Buch- und Tagungsbesprechungen  
Nachrichten  
Neuerscheinungen  
Tagungsankündigungen

### Manuskriptform

Bitte beachten Sie die formalen Hinweise zur Manuskriptgestaltung und zum Manuskriptumfang für die einzelnen Rubriken im Internet ([www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)). Formale Fehler führen zu einer Rücksendung des Manuskripts und verlängern den Begutachtungsprozess erheblich.

### Manuskripteinreichung

Ab Beginn des Jahres 2003 erfolgt die Manuskriptbearbeitung vorzugsweise in elektronischer Form. Bitte senden Sie Ihren Text per Email an folgende Adresse: [kuenzel@ift.de](mailto:kuenzel@ift.de). Zusätzlich erbitten wir eine Papierkopie an das Redaktionsbüro, die in allen Bestandteilen exakt mit der elektronischen Form übereinstimmen muss. Falls Sie Ihren Beitrag nicht elektronisch einsenden können, bitten wir um vier Papierkopien und eine Diskette.

### Manuskriptbearbeitung

Wissenschaftliche Manuskripte werden jeweils von einem Redakteur bis zur Publikationsreife bzw. Ablehnung betreut. Jeder Text wird von zumindest zwei unabhängigen Gutachtern beurteilt. Die Betreuung der Beiträge für die anderen Rubriken und die Entscheidung über eine Publikation erfolgt durch das Redaktionsbüro oder einzelne Redakteure (weitere Informationen unter [www.zeitschrift-sucht.de](http://www.zeitschrift-sucht.de)).