

Themenschwerpunkt

# Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen

Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009

## Substance Use and Substance Use Disorders. Results of the 2009 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Alexander Pabst, Daniela Piontek, Ludwig Kraus und Stefanie Müller

IFT Institut für Therapieforchung, München

**Zusammenfassung:** *Ziel:* Untersucht wurden Prävalenzen des Konsums sowie substanzbezogener Störungen von illegalen Drogen, Alkohol, Tabakwaren und Medikamenten. *Methodik:* Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2009 umfasst 8.030 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren und wurde in einem zweistufigen Verfahren auf Grundlage der Einwohnermelderegister zufällig gezogen. Die Befragung erfolgte schriftlich, telefonisch bzw. über das Internet und erzielte eine Antwortrate von 50.1 %. *Ergebnisse:* In den letzten 12 Monaten haben 4.8 % der Befragten Cannabis, 0.8 % Kokain und 0.7 % Amphetamine konsumiert. Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 59.9 % einen risikoarmen und 16.5 % einen riskanten Alkoholkonsum an. Als aktuelle Raucher (30-Tage-Prävalenz) konnten 29.2 % der Befragten klassifiziert werden. Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 61.6 % waren Schmerzmittel die am häufigsten eingenommenen Medikamente. Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen ergaben für Cannabisabhängigkeit 1.2 % und für Nikotinabhängigkeit 6.3 %. Für problematischen Alkoholkonsum wurden 19.0 % und für problematischen Medikamentengebrauch 4.0 % ermittelt. *Schlussfolgerungen:* Die Ergebnisse belegen eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung des Substanzkonsums in Deutschland. Um negative Konsequenzen des Konsumverhaltens zu vermeiden, sind eine effektive Versorgung behandlungsbedürftiger Personen sowie frühzeitige Präventionsbemühungen erforderlich.

**Schlüsselwörter:** Bevölkerungsbefragung, Substanzkonsum, substanzbezogene Störungen

**Abstract:** *Aims:* This study assessed the prevalence of substance use and substance use disorders with regard to illegal drugs, alcohol, tobacco and prescription drugs. *Method:* The design of the 2009 Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) included a two-stage probability sample which was drawn from population registers. The sample consisted of 8.030 individuals aged 18 to 64 years; the response rate was 50.1 %. A mixed-mode design including questionnaires, telephone and internet interviews was applied. *Results:* The 12-month prevalence of illegal substance use was 4.8 % for cannabis, 0.8 % for cocaine and 0.7 % for amphetamines. With regard to the past 30 days, 59.9 % of respondents reported low-risk alcohol consumption whereas 16.5 % reported risky consumption. A total of 29.2 % of participants could be classified as current smokers (30-day prevalence). With a 12-month prevalence of 61.6 %, analgesics were the most widely used prescription drugs. The prevalence of substance use disorders was estimated at 1.2 % for cannabis dependence and at 6.3 % for nicotine dependence. Estimates for problematic alcohol use and problematic use of prescription drugs were 19.0 % and 4.0 %, respectively. *Conclusions:* Results emphasize the public health relevance of substance use in Germany. In order to avoid negative consequences related to substance use, effective treatment and prevention measures are required.

**Keywords:** population survey, substance use, substance use disorders

## Einleitung

Der Konsum psychoaktiver Substanzen stellt einen der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit und frühzeitige Sterblichkeit dar. Im Rahmen ihrer Schätzungen zur weltweiten Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung berichtet die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), dass die legalen Substanzen Tabak und Alkohol zwei der fünf wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren darstellen, die 3.7 bzw. 4.4 % aller durch Krankheit verlorenen Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs) verursachen (World Health Organization, 2009). Im Vergleich dazu beträgt der Anteil illegaler Drogen (Amphetamine und Opioide) an der weltweiten Krankheitsbelastung unter 1 %. Cannabis und Medikamente wurden in der Untersuchung der WHO nicht berücksichtigt, jedoch berichtet eine australische Studie auch in diesen Fällen von spürbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit einem Gesamtanteil der DALYs von jeweils 0.2 % (Begg et al., 2007).

Neben der individuellen Belastung durch Krankheiten und vorzeitigen Tod ist der Substanzkonsum mit beträchtlichen gesellschaftlichen Konsequenzen und hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Die direkten und indirekten Folgekosten, die allein durch den Konsum legaler Substanzen in Deutschland verursacht werden, belaufen sich jährlich auf schätzungsweise 21 Mrd. Euro für Tabak (Neubauer et al., 2006) und 24 Mrd. Euro für Alkohol (Konnopka & König, 2007). Dies entspricht mehr als 2 % des Bruttoinlandsprodukts. Dazu kommen weitere etwa 6 Mrd. Euro öffentliche Ausgaben im Bereich illegaler Drogen (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasm & Pfeiffer-Gerschel, 2010).

Den Substanzkonsum auf individueller und gesamtgesellschaftlicher Ebene zu verhindern bzw. zu reduzieren, ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Grundvoraussetzung für die Planung und Umsetzung effektiver Maßnahmen im Bereich der Prävention, Frühintervention und Behandlung sind verlässliche und aktuelle Informationen über Prävalenz, Konsummuster sowie Ausmaß problematischer Gebrauchsformen in der Bevölkerung (World Health Organization, 2000). Diese Daten bilden die Grundlage für eine Bedarfsschätzung und die Zuweisung von Ressourcen zu bestimmten Interventionen und sind somit Grundpfeiler einer evidenzbasierten drogenbezogenen Kontrollpolitik.

Nachfolgend werden Daten des aktuellen Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) aus dem Jahr 2009 vorgestellt. Zentrales Ziel ist die Beschreibung von Konsumprävalenzen und Konsummustern legaler und illegaler Substanzen sowie von Medikamenten in unterschiedlichen soziodemographischen Gruppen. Darüber hinaus werden Schätzungen zum Ausmaß substanzbezogener Störungen (Cannabis- und Nikotinabhängigkeit) sowie zu problematischem Alkohol- und Medikamentengebrauch berichtet.

## Methode

### Stichprobe

Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 wurde auf der Grundlage der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. Im ersten Schritt wurden Gemeinden bzw. Stadtteile proportional zur Anzahl der Einwohner und stratifiziert nach Bundesland, Landkreis, Regierungsbezirk und BIK-Gemeindegrößenklasse ausgewählt. Die Gemeindegrößenklassen kategorisieren die Gemeinden und Stadtteile nach Einwohnerzahl und Kernstadt bzw. Randregion. Im zweiten Schritt wurden in den ausgewählten Gemeinden Zielpersonen nach Jahrgangsstufe disproportional gezogen, so dass jüngere Erwachsene in der Stichprobe über- und ältere unterrepräsentiert sind. Unter Kombination postalischer und telefonischer Befragungsmethoden wurde im Jahr 2009 ein Mixed-Modus-Design der Datenerfassung umgesetzt, das optional auch die Beantwortung des Fragebogens im Internet ermöglichte. Nach Bereinigung liegen Daten von 8.030 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren vor. Dies entspricht einer Antwortrate von 50.1 %. Details zur Methodik der Studie und dem Auswahlverfahren der Stichprobe finden sich im Beitrag von Kraus und Pabst (2010) in diesem Heft.

### Instrumente

#### Konsum illegaler Drogen

Aus den Angaben zum Substanzkonsum wurden die Prävalenzwerte des Konsums der Drogen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin, andere Opiate, Kokain, Crack, Pilze und Spice bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung ermittelt.

#### Cannabis-, kokain- und amphetaminbezogene Störungen

Als Screening für das Vorliegen einer Abhängigkeit von Cannabis, Kokain und Amphetaminen in den letzten 12 Monaten wurde die Severity of Dependence Skala (SDS; Gossop et al., 1995) eingesetzt. Die Skala besteht aus fünf Items, die Antworten sind so gewichtet, dass ein maximaler Wert von 15 Punkten erreicht werden kann. Für Cannabisabhängigkeit wurde ein Wert von 2 oder mehr Punkten als Cut-off-Wert verwendet (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008), für Kokainabhängigkeit ein Wert von 3 oder mehr Punkten (Kaye & Darke, 2002) und für Amphetamine ein Wert von 4 oder mehr Punkten (Topp & Mattick, 1997).

#### Alkoholkonsum

Mit einem getränkespezifischen Frequenz-Menge-Index wurde der Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen sowie in

den letzten 12 Monaten vor der Erhebung erfasst. Erfragt wurden die Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke sowie die durchschnittlich konsumierte Menge jedes Getränks pro Trinkgelegenheit. Neben Bier, Wein/Sekt und Spirituosen wurden alkoholhaltige Mixgetränke (Alkopops, Longdrinks (z. B. Wodka-Lemon), Cocktails (z. B. Caipirinha) oder Bowle) als Getränkesorte erfasst. Aus den Angaben zu Frequenz und Menge des Konsums der einzelnen Getränke lässt sich die Gesamtmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Für die Umrechnung von Liter pro Getränk in Gramm Reinalkohol wurden für einen Liter Bier, Wein/Sekt und Spirituosen jeweils 4.8 Vol %, 11.0 Vol % bzw. 33.0 Vol % verwendet, was einer Alkoholmenge von 38.1 g, 87.3 g und 262.0 g Reinalkohol pro Liter entspricht (Bühringer et al., 2000). Für alkoholhaltige Mixgetränke wurde ein 0.04 Liter Glas Spirituosen zu Grunde gelegt, was bei Annahme einer durchschnittlichen Cocktailglasgröße von 0.4 Litern etwa 26.2 g Reinalkohol pro Liter alkoholische Mixgetränke entspricht.

Auf Basis der Prävalenzwerte sowie der durchschnittlichen Tagesmenge wurde das individuelle Trinkverhalten eingeteilt in lebenslang abstinent (kein Alkoholkonsum jemals im Leben), abstinent in den letzten 12 Monaten (jemals Alkohol konsumiert, aber nicht in den letzten 12 Monaten), abstinent in den letzten 30 Tagen (Alkohol in den letzten 12 Monaten konsumiert, aber nicht in den letzten 30 Tagen), risikoarmen Konsum (Männer: > 0–24 g, Frauen: > 0–12 g) und riskanten Konsum (Männer: > 24 g, Frauen: > 12 g). Die hier verwendeten Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum werden in der Literatur als Schwellendosis im Umgang mit Alkohol diskutiert, bei deren Einhaltung ein relativ geringes Risiko für die Entwicklung alkoholbedingter Störungen besteht (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008). Rauschtrinken wurde über die Anzahl der Tage erfasst, an denen in den letzten 30 Tagen zu einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol (ca. 14 g Reinalkohol pro Glas, d. h. 70 g Reinalkohol oder mehr) konsumiert wurden. Die Häufigkeit des Rauschtrinkens wurde eingeteilt in kein Rauschtrinken, 1–3mal und 4mal oder öfter.

### Problematischer Alkoholkonsum

Als Screening für problematischen Alkoholkonsum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden führt, wurde der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, de la Fuente, Saunders & Grand, 1989) eingesetzt. In den AUDIT gehen neben den Konsummengen und Konsummustern wie exzessive Trinkanlässe zusätzlich Abhängigkeitssymptome und alkoholbedingtes abweichendes Verhalten ein. Die vier-stufige Häufigkeitsskala mit Werten zwischen 0 und 4 ergibt einen Maximalwert von 40 Punkten. Ein Skalenwert von 8 und mehr Punkten wurde als Schwellenwert für riskanten oder schädlichen Konsum vorgeschlagen (Conigrave, Hall & Saunders, 1995; Saunders, Aasland, Babor,

de la Fuente & Grant, 1993). Verwendet wurde die deutsche Fassung von Rist, Scheuren, Demmel, Hagen und Aulhorn (2003). Der AUDIT bezieht sich auf Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten.

### Tabakkonsum

Raucher wurden definiert als Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Nach der Definition der WHO (1998) wurden als Nichtraucher auch Personen gezählt, die insgesamt nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht haben. Ex-Raucher sind Personen, die schon mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte konsumiert haben, in den letzten 30 Tagen jedoch abstinent waren. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag wurde aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde, und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten berechnet. Zigarettenraucher wurden unterteilt in nicht tägliche Raucher (Konsum an weniger als 30 Tagen), Raucher von täglich bis zu zehn Zigaretten (Konsum an 30 Tagen und im Durchschnitt zwischen einer und 10 Zigaretten), Raucher von täglich 11–19 Zigaretten und Raucher von täglich 20 Zigaretten oder mehr.

### Nikotinabhängigkeit

Abhängigkeit von Nikotin wurde für den Zeitraum der letzten 12 Monate nach den Kriterien des DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) mit den Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) erfasst (Lachner et al., 1998; Wittchen et al., 1995).

### Medikamentengebrauch

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

### Problematischer Medikamentengebrauch

Der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl, Rist, Höcker & Miehle, 1991) erfasst problematische Konsummuster, die nicht notwendigerweise die Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit erfüllen. Für die

Tabelle 1  
 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und Substanzabhängigkeit nach SDS

	Gesamt		Geschlecht		Altersgruppen						
			Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Konsumprävalenz (12M) <sup>1</sup>	8030		3558	4472	1059	998	1108	1503	1394	1261	707
Cannabis	4.8	(519)	6.4	3.1	16.1	14.4	11.1	4.4	2.3	1.1	0.1
Amphetamine	0.7	(86)	1.1	0.4	2.6	3.0	2.1	0.5	0.3	0.0	0.0
Ecstasy	0.4	(44)	0.6	0.2	1.5	1.2	1.2	0.4	0.2	0.0	0.0
LSD	0.1	(12)	0.2	0.1	0.5	0.2	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0
Heroin	0.1	(8)	0.2	0.1	0.4	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
Andere Opiate	0.2	(18)	0.2	0.1	0.5	0.5	0.5	0.1	0.1	0.1	0.1
Kokain	0.8	(76)	1.2	0.4	1.4	2.4	2.0	1.0	0.4	0.1	0.1
Crack	0.1	(7)	0.2	0.0	0.5	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0
Pilze	0.2	(24)	0.4	0.1	1.0	0.8	0.3	0.1	0.3	0.0	0.0
Spice	0.4	(50)	0.6	0.2	1.9	1.8	1.0	0.3	0.1	0.0	0.0
SDS Cannabis (12M) <sup>2</sup>	7961		3511	4450	1037	980	1095	1498	1385	1259	707
Gesamtstichprobe	1.2	(142)	1.6	0.8	5.5	3.0	3.7	1.1	0.3	0.2	0.1
Konsumenten <sup>3</sup>	29.6	(142)	30.5	27.8	38.8	23.3	36.9	26.2	17.3	25.6	100.0
SDS Kokain (12M) <sup>2</sup>	8018		3551	4467	1057	995	1107	1500	1392	1261	706
Gesamtstichprobe	0.2	(20)	0.2	0.1	0.6	0.7	0.4	0.1	0.1	0.0	0.0
Konsumenten <sup>3</sup>	26.1	(20)	18.8	51.9	51.2	35.6	20.8	9.6	45.8	0.0	0.0
SDS Amphetamine (12M) <sup>2</sup>	8011		3545	4466	1051	993	1107	1500	1392	1261	707
Gesamtstichprobe	0.1	(20)	0.2	0.1	0.8	0.4	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Konsumenten <sup>3</sup>	26.1	(20)	21.5	36.6	44.5	17.7	36.6	0.0	0.0	0.0	0.0

<sup>1</sup>Ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf den Anteil an der Gesamtstichprobe mit validen Angaben auf mindestens einer der aufgeführten Substanzen. <sup>2</sup>Substanzabhängigkeit nach Severity of Dependence Skala (SDS) mit Score  $\geq 2$  (Cannabis) bzw.  $\geq 3$  (Kokain),  $\geq 4$  (Amphetamine); ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf die Gesamtstichprobe. <sup>3</sup>bezogen auf 12-Monats-Prävalenz des Konsums der Substanz.

auf 11 dichotomen Items basierende Skala gelten vier positive Antworten als Schwellenwert für einen problematischen Medikamentengebrauch. Der KFM bezieht sich auf die letzten 12 Monate.

## Statistische Verfahren

Als Maß für das Verhältnis der geschlechtsspezifischen Prävalenzen werden für binäre Variablen (z. B. AUDIT, Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV) Odds Ratios (OR) und für kategoriale Variablen (z. B. Konsumprävalenz von Alkohol und Tabak, Frequenz des Zigarettenkonsums) relative Risikoverhältnisse (RRR) sowie die zugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle (KI) angegeben. Die Odds Ratios wurden mittels logistischer Regressionen, die relativen Risikoverhältnisse mittels multinomialer logistischer Regressionen, jeweils adjustiert für Altersgruppe berechnet (Long & Freese, 2003). Zum Ausgleich disproportionaler Auswahlwahrscheinlichkeiten demographischer Strukturmerkmale wie Alter und Geschlecht wurden die Daten mittels Poststratifikationsgewichten an die Verteilungen der Grundgesamtheit der bundesdeutschen Bevölkerung angeglichen (Stand 31.12.2008; Statistisches Bundesamt). Die Besonderheiten des komplexen Stichprobendesigns wurden durch Survey Verfahren in Stata 10.1 SE (Stata Corp

LP, College Station, TX, USA) berücksichtigt. Zur Varianzschätzung wurde Taylorreihenentwicklung verwendet (Korn & Graubard, 1999).

## Ergebnisse

### Illegale Drogen

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Im Durchschnitt berichtete etwa eine von 20 Personen, innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis genommen zu haben (Tabelle 1). Männer zeigen eine doppelt so hohe Prävalenz wie Frauen (6.4 vs. 3.1 %, OR = 2.2, KI = 1.8–2.7). Mit zunehmendem Alter nehmen die Konsumerfahrungen deutlich ab. So liegt der Anteil der 12-Monats-Konsumenten bei den unter 30-Jährigen durchschnittlich bei 14 %, bei den Älteren jedoch nur noch bei etwa 2 %.

Im Vergleich zu Cannabis finden sich für alle anderen erfassten Einzelsubstanzen sehr geringe Prävalenzwerte von unter 1 % in den letzten 12 Monaten. Kokain und Amphetamine wurden unter den anderen illegalen Substanzen am häufigsten konsumiert. Auch hier zeigen sich deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede, d. h. der Konsum ist



Tabelle 2

Prävalenz des Alkoholkonsums, Rauschtrinkens und problematischen Alkoholkonsums nach AUDIT

	Gesamt		Geschlecht		Altersgruppen						
			Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Konsumprävalenz <sup>1</sup>	7795		3471	4324	1026	969	1078	1459	1365	1221	677
Lebenslang abstinent	2.9	(257)	2.2	3.6	6.0	3.2	3.1	4.0	2.4	2.0	1.7
nur letzte 12M abstinent	7.3	(541)	6.1	8.5	3.6	3.9	5.8	7.0	6.5	9.1	12.7
nur letzte 30T abstinent	13.4	(1128)	9.2	17.9	16.1	14.7	15.6	13.3	12.6	13.0	12.5
Risikoarmer Konsum	59.9	(4598)	64.0	55.7	55.2	61.7	60.6	62.5	62.7	57.0	53.2
Riskanter Konsum	16.5	(1271)	18.5	14.3	19.1	16.5	14.9	13.2	15.7	18.9	19.9
Rauschtrinken (30T) <sup>2</sup>	6031		2911	3120	786	777	822	1118	1074	941	513
0	66.1	(3809)	53.4	81.5	38.9	46.3	51.6	66.5	73.0	72.9	76.4
1 bis 3	21.4	(1409)	28.4	12.9	36.2	32.4	33.5	22.0	17.1	17.0	12.6
4 oder mehr	12.5	(813)	18.2	5.6	24.9	21.3	14.9	11.4	9.9	10.1	11.0
AUDIT (12M) <sup>3</sup>	7927		3525	4402	1050	987	1101	1485	1378	1231	695
Gesamtstichprobe	19.0	(1676)	29.7	7.9	39.5	35.0	29.8	18.5	13.8	13.7	11.0
Konsumenten <sup>4</sup>	21.1	(1676)	32.4	8.9	43.6	37.6	32.6	20.7	15.1	15.4	12.8

<sup>1</sup>Risikoarmer Konsum: > 0–12/24 g Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer. Riskanter Konsum: > 12/24 g Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer. <sup>2</sup>Bezogen auf Konsumenten der letzten 30 Tage: Tage mit fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen. <sup>3</sup>Problematischer Alkoholkonsum nach Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) mit Score  $\geq 8$ ; ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf die Gesamtstichprobe. <sup>4</sup>bezogen auf 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums.

bei Männern sowie in jüngeren Altersgruppen stärker verbreitet als bei Frauen und älteren Personen.

Der Anteil an Personen mit einer Abhängigkeit von Cannabis gemäß der SDS liegt bezogen auf die Gesamtstichprobe bei 1.2 %. Für Kokain betrifft dies 0.2 % und für Amphetamine 0.1 %. Von den aktuellen Konsumenten der entsprechenden Substanzen weisen 29.6 % eine Cannabisabhängigkeit sowie jeweils 26.1 % eine Kokain- und Amphetaminabhängigkeit auf. Die zuvor beschriebenen Geschlechts- und Alterseffekte sind auch in diesem Zusammenhang zu finden.

## Alkohol

Fast 77 % der erwachsenen Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, setzt sich dieser Anteil aus 59.9 % risikoarmen Konsumenten und 16.5 % riskanten Konsumenten zusammen. In beiden Gruppen ist der Anteil der Männer deutlich größer als der Anteil der Frauen (risikoarm: 64.0 vs. 55.7 %, RRR = 1.8, KI = 1.4–2.4; riskant: 18.5 vs. 14.3 %, RRR = 2.1, KI = 1.5–2.8; Basiskategorie: lebenslang abstinent). Darüber hinaus schwanken die Konsumprävalenzen über die verschiedenen Altersgruppen. Während risikoarmer Konsum in den mittleren Altersgruppen häufiger vorkommt, zeigen die jüngste sowie die zwei ältesten Altersgruppen verstärkt riskanten Konsum.

Unter den Personen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken hatten, war die Mehrheit (13.4 % der Gesamtstichprobe) nur in diesem Zeitraum abstinent. Weitere 7.3 % haben im letzten Jahr vor der Erhebung und 2.9 % noch nie im Leben Alkohol konsumiert.

Etwa ein Drittel der aktuellen Alkoholkonsumenten berichtete, mindestens einmal in den letzten 30 Tagen fünf oder mehr Gläser Alkohol zu einer Gelegenheit getrunken zu haben. Bei insgesamt 12.5 % trat dies viermal oder häufiger auf. Männer zeigen dieses riskante Trinkmuster insgesamt häufiger als Frauen (46.6 vs. 18.5 %, OR = 4.2, KI = 3.7–4.8). Mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz des Rauschtrinkens deutlich ab.

Der geschätzte Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum (AUDIT) liegt in der Gesamtstichprobe bei 19.0 % und unter den aktuellen Konsumenten bei 21.1 %. Das Risiko ist für Männer etwa fünfmal höher als für Frauen (Gesamtstichprobe: 29.7 vs. 7.9 %, OR = 5.4, KI = 4.7–6.2; Konsumenten: 32.4 vs. 8.9 %, OR = 5.4, KI = 4.6–6.2). Auch über die Altersgruppen sind deutliche Unterschiede erkennbar. Weisen noch 43.6 % der 18- bis 20-jährigen Alkoholkonsumenten Probleme auf, sinkt dieser Anteil auf 12.8 % bei den 60- bis 64-Jährigen.

## Tabak

Knapp 30 % der befragten 18- bis 64-Jährigen gaben an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal geraucht zu haben (Tabelle 3), wobei der Anteil bei Männern größer ist als bei Frauen (32.8 vs. 25.5 %, RRR = 1.7, KI = 1.5–1.9; Basiskategorie: Nichtraucher). Dagegen berichtet mehr als die Hälfte der Frauen (51.0 %), Nichtraucher zu sein, im Gegensatz zu 38.8 % der Männer. Die meisten aktuellen Raucher finden sich in den Altersgruppen von 21 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher ab, wohingegen der Anteil der Exraucher kontinuierlich ansteigt.

Tabelle 3

Prävalenz des Rauchens, der Frequenz des Zigarettenkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Konsumprävalenz (30T) <sup>1</sup>	7983	3542	4441	1057	995	1103	1499	1387	1246	696
Nichtraucher	44.8 (3858)	38.8	51.0	67.9	51.7	45.5	46.4	42.2	38.0	45.4
Extraucher	26.0 (1771)	28.5	23.6	4.9	9.8	15.5	22.8	28.7	36.2	38.2
Raucher	29.2 (2354)	32.8	25.5	27.3	38.5	39.0	30.8	29.1	25.8	16.4
Konsumfrequenz (30T) <sup>2</sup>	2238	1096	1142	264	373	407	438	374	282	100
Nicht täglich	29.6 (714)	28.4	31.0	38.1	35.5	35.3	34.3	25.7	21.3	24.0
Täglich bis 10	21.7 (530)	17.4	27.1	34.6	27.8	20.1	19.7	18.7	23.5	18.7
Täglich 11–19	23.5 (517)	25.7	20.9	19.2	27.0	25.6	22.3	26.0	20.4	18.2
Täglich 20 und mehr	25.2 (477)	28.5	21.1	8.1	9.7	19.0	23.8	29.6	34.9	39.2
DSM-IV (12M) <sup>3</sup>	7948	3521	4427	1054	992	1098	1492	1379	1239	694
Gesamtstichprobe	6.3 (531)	6.8	5.8	7.9	8.6	9.7	6.9	5.8	5.3	2.4
Konsumenten <sup>4</sup>	19.9 (531)	19.2	20.9	26.6	19.9	22.8	20.1	18.7	18.8	14.9

<sup>1</sup>Nichtraucher: Insgesamt höchstens 100mal geraucht; Extraucher: Mehr als 100mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen; Raucher: in den letzten 30 Tagen geraucht. <sup>2</sup>Bezogen auf Zigarettenraucher der letzten 30 Tage. <sup>3</sup>Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV; ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf die Gesamtstichprobe. <sup>4</sup>bezogen auf 12-Monats-Prävalenz des Rauchens.

Tabelle 4

Prävalenz des Gebrauchs von Medikamenten und problematischen Medikamentengebrauchs nach KFM

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gebrauchsprävalenz (12M) <sup>1</sup>	7959	3528	4431	1053	995	1101	1493	1379	1248	690
Schmerzmittel	61.6 (5038)	54.3	69.1	60.7	68.1	69.2	67.3	62.3	56.8	44.8
Schlafmittel	5.5 (423)	4.4	6.6	3.3	5.5	5.1	3.9	5.0	7.5	7.3
Beruhigungsmittel	4.3 (326)	3.7	4.9	3.5	4.0	3.0	3.4	4.0	5.5	6.0
Anregungsmittel	0.5 (41)	0.7	0.4	0.6	0.9	0.3	0.4	0.5	0.7	0.4
Appetitzügler	0.5 (37)	0.3	0.6	0.2	0.7	0.4	0.5	0.7	0.3	0.1
Tägliche Einnahme (30T) <sup>1</sup>	7976	3532	4444	1054	996	1102	1498	1383	1251	692
Schmerzmittel	3.1 (218)	3.1	3.2	1.3	2.0	1.4	2.1	2.8	4.9	5.8
Schlafmittel	0.7 (42)	0.6	0.7	0.0	0.4	0.3	0.0	0.9	1.2	1.3
Beruhigungsmittel	1.0 (65)	1.1	0.9	0.1	0.2	0.0	0.6	1.1	1.6	2.7
Anregungsmittel	0.1 (7)	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2
Appetitzügler	0.1 (6)	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
KFM (12M) <sup>2</sup>	7869	3490	4379	1054	989	1096	1482	1372	1208	668
Gesamtstichprobe	4.0 (293)	3.6	4.3	2.2	3.7	3.5	2.7	4.2	5.6	3.7
Konsumenten <sup>3</sup>	6.2 (293)	6.3	6.1	3.5	5.4	5.0	3.9	6.6	9.3	7.6

<sup>1</sup>Ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf den Anteil an der Gesamtstichprobe mit validen Angaben auf mindestens einer der aufgeführten Substanzen. <sup>2</sup>Problematische Medikamenteneinnahme nach Kurzfragebogen zur Medikamenteneinnahme (KFM) mit Score  $\geq 4$ ; ungewichtete Anzahl der Fälle bezogen auf die Gesamtstichprobe. <sup>3</sup>bezogen auf 12-Monats-Prävalenz der Einnahme mindestens eines Medikaments.

Von den aktuellen Zigarettenrauchern konsumieren 29.6 % nicht täglich, 21.7 % bis zu 10 Zigaretten am Tag und 23.5 % zwischen 11 und 19 Zigaretten täglich. Jeder vierte Raucher berichtete einen starken Konsum von täglich mindestens 20 Zigaretten. In dieser letzten Gruppe sind Männer deutlich häufiger vertreten als Frauen (28.5 vs. 21.1 %, RRR = 1.5, KI = 1.2–2.0; Basiskategorie: nicht täglich). Unter älteren Personen steigt die Prävalenz des starken Rauchens an. So werden unter 10 % der unter 29-

Jährigen als starke Raucher klassifiziert, jedoch 39.2 % der 60- bis 64-Jährigen.

Eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV weisen 6.3 % der Gesamtstichprobe bzw. 29.9 % der aktuellen Konsumenten auf. Raucherinnen zeigen leicht höhere Werte als Raucher, dieser Unterschied ist allerdings nicht statistisch bedeutsam (20.9 vs. 19.2 %, OR = 1.1, KI = 0.9–1.4). Abhängigkeit tritt in den jüngeren Altersgruppen tendenziell häufiger auf als in den älteren.

## Medikamente

Tabelle 4 zeigt, dass Schmerzmittel die am häufigsten eingenommenen Medikamente darstellen. Insgesamt 69.1 % der Frauen und 54.3 % der Männer haben diese Substanzen mindestens einmal in den letzten 12 Monaten genutzt (OR = 1.9, KI = 1.7–2.1). Mit deutlichem Abstand folgen Schlafmittel, die von 5.5 % der Gesamtstichprobe eingenommen wurden, und Beruhigungsmittel, die eine Prävalenz von 4.3 % aufweisen. Mit 0.5 % kommt Anregungsmitteln und Appetitzüglern eine nur geringe Bedeutung zu. Mit Ausnahme von Anregungsmitteln ist der Anteil weiblicher Konsumenten höher als der Anteil männlicher Konsumenten. Auch Alterseffekte variieren über die einzelnen Substanzen. So tritt der Gebrauch von Schmerzmitteln am häufigsten in den Altersgruppen von 21 bis 39 Jahren auf, wohingegen Schlaf- und Beruhigungsmittel häufiger von über 50-jährigen Personen eingenommen werden.

Auch in Bezug auf die tägliche Einnahme von Medikamenten liegt die Prävalenz von Schmerzmitteln mit 3.1 % am höchsten, gefolgt von Beruhigungsmitteln (1.0 %) und Schlafmitteln (0.7 %). Geschlechtsunterschiede zeigen sich kaum. Im Gegensatz zur 12-Monats-Prävalenz zeigt sich für den täglichen Gebrauch ein deutlicher Anstieg in den ältesten Altersgruppen.

In der Gesamtstichprobe liegt bei 4.0 % der Befragten ein problematischer Medikamentengebrauch vor, wobei der Anteil bei Frauen leicht, jedoch nicht signifikant größer ist als bei Männern (4.3 vs. 3.6 %, OR = 1.2, KI = 0.9–1.6). Bezogen auf die Personen, die in den letzten 12 Monaten Arzneimittel eingenommen haben, kann bei 6.2 % ein problematischer Gebrauch klassifiziert werden. In den Altersgruppen ab 40 Jahren kommt es häufiger zu einem risikanten Gebrauch als bei jüngeren Personen.

## Diskussion

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 liegen aktuelle Daten zur Verbreitung des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen in Deutschland vor. Alters- und geschlechtsspezifische Analysen ermöglichen darüber hinaus die Identifikation von Risikogruppen in der Bevölkerung, die in Prävention und Behandlung besonderer Beachtung bedürfen.

Wie seit vielen Jahren und in verschiedenen Studien belegt stellt der Konsum von Tabak und Alkohol das zahlenmäßig größte Problem dar. Die knapp 30 % aktuellen Raucher werden von der neuesten Erhebung der Studie «Gesundheit in Deutschland aktuell» (GEDA) bestätigt, die identische Prävalenzen berichtet (Lampert & List, 2010). Alters- und geschlechtsspezifische Analysen deuten auf die Existenz spezifischer Risikogruppen hin. So weisen einerseits junge Männer die höchsten Raucherra-

ten auf, andererseits findet sich vor allem unter den älteren Personen eine erhöhte Zahl starker Raucher, die somit ein besonders hohes gesundheitliches Risiko tragen. Dies scheint mit einer Stabilisierung des Rauchverhaltens über die Zeit sowie der Entwicklung von Toleranz verbunden zu sein und deutet darauf hin, dass gerade ältere Personen weniger gut auf verschiedene Interventionen wie z. B. Preiserhöhungen ansprechen (Franz, 2008). Die Reduktion des Konsums in diesen Altersgruppen stellt somit eine wichtige Herausforderung für die Tabakentwöhnung dar.

Neben dem Tabakkonsum belegen die vorliegenden Daten eine weite Verbreitung des Alkoholkonsums. Nur 10.2 % der Befragten haben im letzten Jahr vor der Erhebung abstinent gelebt. Gemessen am durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauch von 9.9 Litern reinem Alkohol jährlich nimmt Deutschland damit im internationalen Vergleich einen der obersten Plätze ein (Gaertner, Meyer, Freyer-Adam & John, 2010). Besonders wichtige Zielgruppen für Prävention und (Früh-) Intervention scheinen junge Erwachsene und Männer zu sein, die in allen Indikatoren des Konsums und alkoholbezogener Probleme die höchsten Prävalenzen aufweisen. Gerade der im Vergleich zu anderen Altersgruppen hohe Anteil an jungen Rauschtrinkern ist von gesundheitspolitischer Bedeutung, da dieses Trinkmuster mit weitreichenden akuten und sozialen Problemen verbunden ist (Gmel, Rehm, Room & Greenfield, 2000; Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009). Umfassende individualisierte Maßnahmen sind nötig, um diesen Entwicklungen zu begegnen. Ein Beispiel hierfür ist das Modellprojekt «HaLT – Hart am Limit», das personalkommunikative und verhältnispräventive Maßnahmen verbindet (Villa Schöpflin, 2008). Das Projekt ist regional bereits erfolgreich eingeführt worden und wird aktuell bundesweit implementiert.

Der weitaus größte Anteil an der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen geht auf Cannabis zurück. Für etwas mehr als 1 % der Gesamtbevölkerung liegt eine Cannabisabhängigkeit gemäß der SDS vor. Besonders stark betroffen sind auch hier junge Erwachsene unter 30 Jahren und Männer. Das hohe Risiko für kognitive und Verhaltensauffälligkeiten, das mit Cannabiskonsum verbunden ist (Fergusson, Horwood & Beautrais, 2003; Pattij, Wiskerke & Schoffelmeer, 2008), belegt die Notwendigkeit gezielter frühzeitiger Interventionen. In diesem Zusammenhang ist das Modellprojekt «FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten» zu erwähnen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2003). Dieses in sich geschlossene Beratungskonzept für die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die zum ersten Mal wegen Drogenkonsums auffällig geworden sind, zeichnet sich durch eine enge Kooperation von Drogenberatungs- bzw. Präventionsfachstellen mit Polizei, Jugendgerichtshilfen und Gerichten aus. Aufgrund positiver Erfahrungen wurde mittlerweile ein europaweites Transferprojekt («FreD goes net») initiiert.

Im Unterschied zu anderen Substanzen ist problemati-

scher Medikamentengebrauch ein Phänomen, das zu einem großen Teil ältere Personen und Frauen betrifft. Dies bestätigen auch Daten des Arzneimittelsurveys (Knopf & Melchert, 2003). Zusätzliche Analysen belegen darüber hinaus, dass der Anteil von Langzeitverordnungen sowie die Anzahl der verordneten Wirkstoffe bei älteren Frauen größer sind als bei gleichaltrigen Männern (Glaeske & Janhsen, 2007). Für diese bereits in früheren Studien gezeigten Geschlechts- und Alterseffekte sind unterschiedliche Ursachen denkbar. Frauen leiden insgesamt häufiger an den zugrunde liegenden Erkrankungen wie Depression, Angst und Schmerzen (Ihle, Laucht, Schmidt & Esser, 2007) und zeigen ein Gesundheits- und Vorsorgeverhalten, das die Einnahme von Medikamenten begünstigt (Kolip & Koppelin, 2002). Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko für viele Erkrankungen zu und die Bereitschaft, zusätzlich zu ärztlich verordneten Präparaten weitere Mittel im Rahmen einer Selbstmedikation anzuwenden, scheint besonders hoch zu sein (Junius-Walker, Theile & Hummers-Pradier, 2007). Im Hinblick auf eine erfolgreiche Prävention sind vor allem Ärzte, Apotheker und andere Fachleute in der Verantwortung. So sollte die Anwendung und Empfehlung von Medikamenten beispielsweise der 4K-Regel folgen: Klare Indikation, kleinste notwendige Dosis, kurze Anwendung und kein abruptes Absetzen (Glaeske, 2010).

Die hier berichteten Zahlen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und damit einhergehender Probleme müssen im Zusammenhang mit einigen methodischen Punkten diskutiert werden. Positiv hervorzuheben ist die Verwendung einer Zufallsstichprobe der erwachsenen deutschen Allgemeinbevölkerung. Durch die Verwendung von Poststratifikationsgewichten ist die Repräsentativität der Daten gewährleistet. Wie in allen Bevölkerungsumfragen besteht jedoch die Gefahr von Selektionseffekten und Nonresponse-Bias. Die Antwortrate von 50.1 % unterstreicht dieses Problem. Bestimmte besonders gefährdete Zielgruppen wie z. B. Wohnungslose oder institutionalisierte Personen, die vermutlich einen hohen Substanzkonsum aufweisen, sind in der Studie unterrepräsentiert. Darüber hinaus konnte im Rahmen von Nonresponse-Analysen gezeigt werden, dass Nichtteilnehmer insgesamt seltener Alkohol- und Drogenkonsum berichteten, wohingegen sich in Bezug auf den Tabakkonsum keine Unterschiede zeigten (Kraus & Pabst, 2010). In Bezug auf die Erfassung von substanzbezogenen Störungen ist kritisch zu diskutieren, dass die eingesetzten Messinstrumente unterschiedliche Konstrukte erfassen (problematischer Konsum unterhalb der Schwelle klinischer Störungen, Abhängigkeit). Die angegebenen Prävalenzwerte geben somit einen Anhaltspunkt hinsichtlich des Problempotenzials, die Zahlen sind allerdings zwischen den einzelnen Substanzen nicht vergleichbar. In diesem Zusammenhang kann auch die Wahl eines spezifischen Cut-off-Wertes bei den verwendeten Screening-Skalen diskutiert werden. Insbesondere in Bezug auf den AUDIT schätzen neuere Publikationen den

ursprünglich definierten Wert von 8 Punkten als zu hoch ein (z. B. Reinert & Allen, 2007), so dass die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums möglicherweise unterschätzt wird.

Zusammenfassend belegen die aktuellen Ergebnisse eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung des Substanzkonsums in Deutschland. Um negative Konsequenzen problematischen Konsumverhaltens zu vermeiden, ist eine effektive Versorgung potenziell behandlungsbedürftiger Personen entscheidend. In der Bundesrepublik wurden laut Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) im Jahr 2008 insgesamt 144.045 ambulante und 25.754 stationäre Behandlungen aufgrund einer primären Substanzstörung dokumentiert (Pfeiffer-Gerschel, Stepan, Hildebrand & Wegmann, 2010). Dabei stellten Störungen aufgrund des Alkoholkonsums mit 56 bzw. 77 % aller Fälle die häufigste Hauptdiagnose dar, gefolgt von Opioiden (19 bzw. 10 %) und Cannabis (13 bzw. 5 %). Der Anteil der Behandlungen aufgrund eines problematischen Konsums von Sedativa/Hypnotika lag bei 0.8 %. Weder die Daten der DSHS noch andere Quellen ermöglichen eine Schätzung der in Behandlung befindlichen Tabakkonsumenten. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Erreichbarkeit von potenziell behandlungsbedürftigen Personen durch das Hilfesystem für Opioide vergleichsweise hoch ist (Hildebrand, Sonntag, Bauer & Bühringer, 2009), wohingegen nur ein kleiner Teil der Personen mit einer alkohol-, cannabis-, medikamenten- und tabakbezogenen Störung erreicht wird.

Da die ersten Konsumerfahrungen mit legalen und illegalen Substanzen überwiegend im Jugendalter gemacht werden, sind auch präventive Maßnahmen in diesen Altersgruppen von großer Bedeutung. Zum einen können verhaltensbezogene Interventionen an Schulen oder in Kommunen durchgeführt werden, mit deren Hilfe die Jugendlichen einen verantwortungsvollen und risikoarmen Konsum erlernen sollen. Zum anderen sind weitere verhältnispräventive Initiativen wie Preiserhöhungen und Werbeverbote nötig, um längerfristig Einfluss auf den Konsum und die Entwicklung von substanzbezogenen Problemen nehmen zu können.

## Danksagung

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördert (Förderkennzeichen: 119-4914-8/32). Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

## Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es liegen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dieser Publikation vor.



## Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J.B. & Grand, M. (1989). *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Begg, S., Vos, T., Barker, B., Stevenson, C., Stanley, L. & Lopez, A.D. (2007). *The burden of disease and injury in Australia 2003*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Bühninger, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., ... Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39(1), 111–127.
- Conigrave, K.M., Hall, W.D. & Saunders, J.B. (1995). The AUDIT questionnaire: Choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349–1356.
- Fergusson, D., Horwood, L. & Beutrais, A. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98, 1681–1692.
- Franz, G.A. (2008). Price effects on the smoking behaviour of adult age groups. *Public Health*, 122, 1343–1348.
- Gaertner, B., Meyer, C., Freyer-Adam, J. & John, U. (2010). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 21–47). Geesthacht: Neuland.
- Glaeske, G. (2010). Medikamente – psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 69–95). Geesthacht: Neuland.
- Glaeske, G. & Janhsen, K. (2007). *GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 55). St. Augustin: Asgard Verlag.
- Gmel, G., Rehm, J., Room, R. & Greenfield, T.K. (2000). Dimensions of alcohol-related social and health consequences in survey research. *Journal of Substance Abuse*, 12, 113–138.
- 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.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C. & Bühninger, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55(Sonderheft 1), S15–S34.
- Ihle, W., Laucht, M., Schmidt, M.H. & Esser, G. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht* (S. 211–222). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Junius-Walker, U., Theile, G. & Hummers-Pradier, E. (2007). Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Family Practice*, 24(1), 14–19.
- Kaye, S. & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97, 727–731.
- Knopf, H. & Melchert, H.U. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (S. 491–504). Bern: Huber.
- Konnopka, A. & Koenig, H.H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics*, 25, 605–618.
- Korn, E.L. & Graubard, B.I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56, 315–326.
- Kraus, L., Baumeister, S., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 314–320.
- Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., ... Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use section. *European Addiction Research*, 4, 28–41.
- Lampert, T. & List, S.M. (2010). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 48–68). Geesthacht: Neuland.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht. (2003). *Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – FreD. Handbuch*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Long, J.S. & Freese, J. (2003). *Regression models for categorical and limited dependent variables using STATA* (revised edition). College Station, TX: Stata Press.
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1243212>.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., Koenig, H.H., Buesch, K. & Leidl, R. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: Update and a 10-year comparison. *Tobacco Control*, 15, 464–471.
- Pattij, T., Wiskerke, J. & Schoffelmeer, A.N. (2008). Cannabinoid modulation of executive functions. *European Journal of Pharmacology*, 585, 458–463.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2010). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 165–188). Geesthacht: Neuland.
- Reinert, D.F. & Allen, J.P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 185–199.
- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, J. & Aulhorn, I. (2003). Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kiferer

- (Eds.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich. Version 3.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*, 88, 791–804.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205–208). Geesthacht: Neuland.
- Steiner, S., Baumeister, S. E. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54(Sonderheft 1), S57–S63.
- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839–845.
- Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention. (2008). *Bundesmodellprojekt HaLT. Handbuch. Trainer-Manual und Projektdokumentation*. Lörrach: Villa Schöpflin.
- 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.
- Witichen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A., . . . Zieglgänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- World Health Organization. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2000). *Guide to drug abuse epidemiology*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organisation.

Eingereicht: 11.06.2010

Angenommen: 17.09.2010

Alexander Pabst

---

IFT Institut für Therapieforschung  
 Fachbereich Epidemiologische Forschung  
 Parzivalstr. 25  
 D-80804 München  
 Tel. +49 89 3-608-0433  
 Fax +49 89 3-608-0449  
 E-Mail: pabst@ift.de