



Institut für
Therapieforschung
Parzivalstr. 25
80804 München

Ludwig Kraus
Rita Augustin
Sabine Tschernich

Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen
in Nordrhein-Westfalen 2000¹

Population Survey on the Consumption of Psychoactive Sub-
stances in North Rhine-Westphalia 2000

München 2001
IFT-Berichte Bd. 120
IFT-Reports Vol. 120

¹ Gefördert durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 120

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung
(Verantwortlich: Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Türk, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluß auf den Therapieerfolg? IFT-Bericht Bd. 114

Kraus, L., Domes, R. & Ritz, F. (2000). Früherkennungssystem für Drogentrends in Berlin – Phase II Hypothesenprüfung. IFT-Bericht Bd. 115.

Kraus, L., Shaw, R., Augustin, R. & Ritz, F. (2001). Analyse der Drogentodesfälle in Bayern. IFT-Bericht Bd. 116.

Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000). Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (EBIS-R). Berichtszeitraum: 1.1.99 - 31.12.99. IFT-Bericht Bd. 117.

Kröger, C., Heppekausen, K. & Ebenhoch, K. (2001). Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Bericht an die BZgA. IFT-Bericht Bd. 118.

Kraus, L., Beloch, E., Qammou-Engel, M. & Müller-Kalthoff, T. (2001). Verbesserung der therapeutischen Situation für Drogenkonsumenten in Augsburg unter besonderer Berücksichtigung von Maßnahmen zur Reduzierung der Zahl der Todesfälle. IFT-Bericht Bd. 119.

Die Berichte können von Fachinstitutionen kostenlos angefordert und von Studenten über die Universitätsbibliothek ausgeliehen werden.

Vorwort

Erstmalig wurde für die Repräsentativerhebung 2000 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen („Bundesstudie“) eine Sonderauswertung für Nordrhein-Westfalen erstellt. Die Bundesstudie, die seit 1980 alle zwei bis fünf Jahre durchgeführt wird, hatte 2000 einen Stichprobenumfang von N = 8139 Personen (18 bis 59 Jahre). Zusätzlich zu dem Anteil aus dieser Stichprobe, der auf das Gebiet von Nordrhein-Westfalen entfällt, wurde für die Regionalauswertung eine Stichprobe von 15 bis 17-Jährigen gezogen. Dadurch lassen sich in Nordrhein-Westfalen Daten für Jugendliche und Erwachsene über die Zeit vergleichen.

Die Daten, insbesondere Trendanalysen über einen längeren Zeitraum, sind ein wichtiger Bestandteil der Informationsgrundlage für die Beurteilung von Trends in einem Bundesland und für die Planung fachlicher Schwerpunkte von Behörden und Verbänden. Insofern sind regionale Auswertungen zusätzlich zur Bundesauswertung sinnvoll, um spezifische Entwicklungen, etwa in Hinblick auf einzelne Flächenstaaten oder Stadtstaaten, besser auswerten und für die jeweilige Arbeit nutzen zu können.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat. Dies ist vor allem auf den Konsum von Cannabis zurückzuführen. Die stärksten Veränderungen sind bei den 15 bis 17-jährigen Jugendlichen zu beobachten. Hier hat sich die Lebenszeitprävalenz von Cannabis mehr als verdreifacht (6% auf 20%). Die Zunahme der Cannabispävalenz zeigt sich auch beim aktuellen Gebrauch (12-Monats-Prävalenz) bei den jungen Erwachsenen. Zu nennen ist hier der Anstieg bei den 18 bis 29-Jährigen von 6% auf 20%. Im Gegensatz dazu sind die Veränderungen bei den anderen illegalen Drogen nur geringfügig.

Durch den Ausbau des Fragenkatalogs in der Bundesstudie zu den substanzinduzierten Störungen wird deutlich, dass in Deutschland ganz im Gegensatz zur öffentlichen Diskussion ein im Vergleich zum Drogenproblem vielfach höheres Alkohol- und Nikotinproblem vorliegt. Nicht zuletzt ist auch der Missbrauch von psychoaktiven Medikamenten höher einzustufen. Gut 3% aller Befragten (5% der Männer) in Nordrhein-Westfalen werden als alkoholabhängig diagnostiziert. Einen mindestens riskanten Alkoholkonsum (mehr als 30g/20g pro Tag für Männer bzw. Frauen) haben 17,3% der Befragten. Sehr bedenklich und ein wichtiger Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen ist das Ergebnis, dass bereits 12,6% der 15 bis 17-jährigen Jungen und 14,3% der Mädchen das Kriterium eines mindestens riskanten Alkoholkonsums erfüllen. Eine Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten weisen 2,5% der Befragten auf, eine Nikotinabhängigkeit liegt bei 9,4% der Befragten vor. Der Anteil der Raucher mit durchschnittlich mindestens 20 Zigaretten pro Tag beträgt 35%.

Durch die Aufschlüsselung nach Altersgruppen und Geschlecht sowie die zunehmend bessere Erfassung der negativen Konsequenzen des Gebrauchs einzelner Substanzen ist die Datengrundlage für eine zielorientierte Prävention bzw. frühzeitige Intervention kontinuierlich verbessert. Es wäre wünschenswert, wenn die Informationen für die Auswahl und Gestaltung präventiver und therapeutischer Maßnahmen auch zunehmend genutzt werden. Darüber hinaus sollten Veränderungen in der örtlichen Problemlage durch die eingesetzten Maßnahmen nicht nur an

den einzelnen Zielgruppen überprüft werden, sondern auch im Hinblick auf die Auswirkungen in der gesamten Population.

Nach Vorliegen der Daten aus der Bundesstudie 2000 für das gesamte Bundesgebiet ist es auch möglich, diese bzw. die Daten einzelner Bundesländer mit denen des Landes Nordrhein-Westfalen zu vergleichen, um die spezifischen Unterschiede und Bedingungen analysieren zu können.

Mai 2001

Dr. Gerhard Bühringer
Leiter des Instituts

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	9
Kurzfassung	11
1 Einleitung	13
2 Methode	15
2.1 Stichprobe	15
2.2 Gewichtung	15
2.3 Instrumente	17
2.4 Auswertung	20
3 Illegale Drogen	23
3.1 Lebenszeitprävalenz	23
3.2 12-Monats-Prävalenz	24
3.3 30-Tage-Prävalenz	28
3.4 Frequenz des Drogenkonsums	28
3.5 Einschätzung von Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft	30
3.6 Einschätzung des Drogenproblems	31
3.7 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV	32
3.8 Tabellen zu illegalen Drogen	33
4 Alkohol	39
4.1 Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht	39
4.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten	41
4.3 Trinksituationen	44
4.4 Einstellungen zum Thema Alkohol	45
4.5 Folgen des Alkoholkonsums	47
4.6 Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV	48
4.7 Tabellen zu Alkohol	49
5 Medikamente	51
5.1 Prävalenz der Einnahme von Medikamenten	51
5.1.1 Einnahme in den letzten 12 Monaten	51
5.1.2 Einnahme in den letzten 30 Tagen	52
5.2 Screening zur problematischen Einnahme von Medikamenten	55
5.3 Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV	55
5.4 Tabellen zu Medikamenten	57

6	Tabak	59
6.1	Tabakwaren	59
6.2	Tabakkonsum.....	60
6.2.1	Prävalenz des Tabakkonsums	61
6.2.2	Umfang des Zigarettenkonsums.....	62
6.3	Nikotinabhängigkeit nach Fagerström	63
6.4	Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV	63
6.5	Rauchstadium und Änderungsbereitschaft	65
6.6	Beendigung des Tabakkonsums.....	66
6.7	Passivrauchen.....	67
6.8	Tabellen zu Tabak	69
7	Konsummuster.....	71
7.1	Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen	71
7.2	Illegale Drogen und Alkohol.....	72
7.3	Illegale Drogen und Tabak.....	72
7.4	Alter des ersten Drogenkonsums.....	72
8	Trends 1990-2000.....	75
8.1	Methode	75
8.2	Illegale Drogen	76
8.3	Alkohol.....	83
8.4	Tabak	89
9	Diskussion.....	93
	Literaturverzeichnis	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Verteilungen von gewichteter und ungewichteter Stichprobe und Grundgesamtheit (Angaben in %)	16
Tabelle 2:	Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen.....	18
Tabelle 3:	Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden	30
Tabelle 4:	Probierbereitschaft illegaler Drogen	31
Tabelle 5:	Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem	31
Tabelle 6:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen	32
Tabelle 7:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen	33
Tabelle 8:	12-Monats-Frequenz illegaler Drogen	34
Tabelle 9:	30-Tage-Frequenz illegaler Drogen	34
Tabelle 10:	Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden nach Alter.....	35
Tabelle 11:	Probierbereitschaft illegaler Drogen nach Alter	36
Tabelle 12:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen	37
Tabelle 13:	Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten	40
Tabelle 14:	Trinksituationen	44
Tabelle 15:	Einstellungen zum Thema Alkohol.....	46
Tabelle 16:	Konsequenzen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten	47
Tabelle 17:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	48
Tabelle 18:	Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht.....	49
Tabelle 19:	Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten nach Geschlecht	49
Tabelle 20:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	50
Tabelle 21:	12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente	52
Tabelle 22:	Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen	53
Tabelle 23:	Prävalenz der problematischen Medikamenteneinnahme (KFM)	55
Tabelle 24:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV-Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)	56
Tabelle 25:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Abhängigkeit von verschiedenen Medikamenten	56
Tabelle 26:	12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente nach Geschlecht.....	57
Tabelle 27:	Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht.....	57
Tabelle 28:	Prävalenz der Kriterien für problematische Medikamenteneinnahme (KFM)	58
Tabelle 29:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)	58
Tabelle 30:	Hauptsächliche und weitere Tabakwaren	60
Tabelle 31:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von Schnupf- und Kautabak	60
Tabelle 32:	Raucher, Exraucher und Nichtraucher	62
Tabelle 33:	Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag	62
Tabelle 34:	Prävalenz der Nikotinabhängigkeit (FTND) bei aktuellen Zigarettenrauchern.....	63
Tabelle 35:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Nikotinabhängigkeit	64

Tabelle 36:	Änderungsbereitschaft nach Höhe des Zigarettenkonsums pro Tag von Rauchern und Exrauchern.....	66
Tabelle 37:	Aufforderungen zum Thema „Rauchen aufhören“ in den letzten 12 Monaten.....	66
Tabelle 38:	Benutzte Hilfsmittel, um mit dem Rauchen aufzuhören	67
Tabelle 39:	Aussagen zum Passivrauchen von Nicht- und Exrauchern	68
Tabelle 40:	Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Geschlecht	69
Tabelle 41:	Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag nach Geschlecht	69
Tabelle 42:	Schwere der Nikotinabhängigkeit (FTND)	69
Tabelle 43:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Nikotinabhängigkeit.....	70
Tabelle 44:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen	71
Tabelle 45:	Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen	71
Tabelle 46:	Drogenprävalenz nach Alkoholkonsum	72
Tabelle 47:	Drogenprävalenz nach Tabakkonsum.....	72
Tabelle 48:	Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990-2000	79
Tabelle 49:	12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen 1990-2000	80
Tabelle 50:	Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen 1990-2000	88
Tabelle 51:	30-Tage-Prävalenz des Rauchens und starken Rauchens 1990-2000	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen	25
Abbildung 2:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz für Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen.....	25
Abbildung 3:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz für Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen.....	26
Abbildung 4:	Lebenszeitprävalenz einzelner illegaler Substanzen	26
Abbildung 5:	12-Monats-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen	27
Abbildung 6:	30-Tage-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen	27
Abbildung 7:	12-Monats-Frequenz 15 bis 17-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis).....	29
Abbildung 8:	12-Monats-Frequenz 18 bis 29-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis).....	29
Abbildung 9:	Alkoholkonsum der Männer in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-30g; riskant: >30-60g; gefährlicher/Hochkonsum: >60g)	41
Abbildung 10:	Alkoholkonsum der Frauen in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-20g; riskant: >20-40g; gefährlicher/Hochkonsum: >40g)	41
Abbildung 11:	Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei männlichen Konsumenten.....	43
Abbildung 12:	Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei weiblichen Konsumenten	43
Abbildung 13:	Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Männern.....	54
Abbildung 14:	Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Frauen.....	54
Abbildung 15:	Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag	61
Abbildung 16:	Prävalenz der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV und FTND	64
Abbildung 17:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Drogenkonsums	73
Abbildung 18:	12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 15 bis 17-Jährige 1990-2000.....	78
Abbildung 19:	12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 18 bis 29-Jährige 1990-2000.....	78
Abbildung 20:	Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 15 bis 17-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000.....	82
Abbildung 21:	Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 18 bis 29-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000.....	82
Abbildung 22:	Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 30 bis 39-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000.....	82
Abbildung 23:	Prävalenz des Bierkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000.....	86
Abbildung 24:	Prävalenz des Weinkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000.....	86
Abbildung 25:	Prävalenz des Spirituosenkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1995-2000.....	86
Abbildung 26:	Konsumfrequenz von Bier nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000.....	87

Abbildung 27:	Konsumfrequenz von Wein nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000.....	87
Abbildung 28:	Konsumfrequenz von Spirituosen nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1995-2000.....	87
Abbildung 29:	30-Tage-Prävalenz des Rauchens und starken Rauchens nach Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000.....	89
Abbildung 30:	30-Tage-Prävalenz des Rauchens nach Alter 1990-2000	90
Abbildung 31:	30-Tage-Prävalenz des starken Rauchens nach Alter 1990-2000	90

Kurzfassung

Für das Land Nordrhein-Westfalen wurde eine Regionalauswertung der Bundesstudie „Repräsentativerhebung 2000 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen“ durchgeführt. Dabei wurde zusätzlich zur Stichprobe aus der Repräsentativerhebung (18 bis 59 Jahre) eine Aufstockungstichprobe von 15 bis 17-Jährigen gezogen.

Aktuelle Ergebnisse

Illegale Drogen

Erfahrung mit illegalen Drogen hatten 24,4% der Männer und 16,9% der Frauen im Alter zwischen 15 und 59 Jahre (Lebenszeitprävalenz). Der allergrößte Teil der Drogenerfahrung ist auf Cannabis zurückzuführen. In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 7,4% der befragten 15 bis 59-Jährigen illegale Drogen genommen. Dabei war der Anteil der jüngeren aktuellen Konsumenten besonders hoch (15 bis 17 Jahre: 17,6%, 18 bis 24 Jahre: 28,3%). Eine Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV erhielten 0,9% der Befragten.

Alkohol

Der Anteil von Personen mit mindestens riskantem Alkoholkonsum (Männer mindestens 30g, Frauen mindestens 20g Reinalkohol pro Tag) lag für Männer bei 21,4% und für Frauen bei 13,1%. Von den 15 bis 17-jährigen Mädchen wiesen bereits 14,3% und von den Jungen 12,6% einen mindestens riskanten Alkoholkonsum auf. Insgesamt wurde bei 3,4% der Befragten Alkoholabhängigkeit und bei 3,8% Alkoholmissbrauch (ohne Abhängigkeit) nach DSM-IV festgestellt.

Medikamente

Medikamente mit psychoaktiver Wirkung nahmen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 15,3% der Frauen und 11,1% der Männer mindestens einmal pro Woche ein. Erfasst wurde der Konsum von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Antidepressiva, Neuroleptika sowie Appetitzüglern. Schmerzmittel werden dabei mit Abstand am häufigsten angegeben. Nach DSM-IV waren 2,5% der Befragten abhängig von Medikamenten.

Tabak

Insgesamt 37,5% der befragten Männer und 35,2% der Frauen gaben an, derzeit zu rauchen. Davon sind 35% starke Raucher, d.h. ihr Konsum liegt bei durchschnittlich 20 oder mehr Zigaretten pro Tag. Am höchsten sind die Anteile der Raucher bei den 18 bis 24-Jährigen (43%). In dieser Altersgruppe und bei den 15 bis 17-Jährigen sind die Anteile der Raucherinnen höher als die der Raucher. Nach DSM-IV erhielten 9,4% aller Befragten die Diagnose „Nikotinabhängigkeit“.

Konsummuster

Von den drogenerfahrenen Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) haben 23,5% Erfahrungen mit mehr als einer illegalen Substanz (Lebenszeitprävalenz). Bei den älteren Drogenkonsumenten (18 bis 24 Jahre) liegt der Anteil derer, die schon verschiedene Substanzen konsumiert haben, bei 17,5%. Zwischen der Erfahrung mit illegalen Drogen und dem Konsum von Alkohol und Tabak besteht ein enger Zusammenhang, unter Rauchern und Personen mit hohem Alkoholkonsum finden sich vergleichsweise viele Drogenerfahrene und -konsumenten.

Veränderungen seit 1990

Die aktuellen Ergebnisse können mit den Resultaten aus der Untersuchung von 1990 für den Altersbereich von 15 bis 39 Jahren verglichen werden. Im Bereich illegaler Drogen ist eine starke Zunahme der Prävalenz von Cannabis beobachtbar. Die 12-Monats-Prävalenz von Cannabis hat sich seit 1990 sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen in etwa verdreifacht. Der Konsum von alkoholischen Getränken ist durch relativ stabile Verhältnisse geprägt, wobei bei den 18 bis 39-Jährigen gegenüber 1997 ein leichter Anstieg der Prävalenz des Konsums und der Konsumfrequenz zu verzeichnen ist. Die Prävalenz des Rauchens ist bei den Erwachsenen deutlich zurückgegangen. Bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) hat sich gegenüber 1990 jedoch kaum eine Veränderung ergeben.

1 Einleitung

Im Rahmen der Bundesstudie „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ wurde erstmalig auch für das Land Nordrhein-Westfalen das Altersspektrum von 18 bis 59 Jahre durch eine relativ umfangreiche Zusatzstichprobe um die Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen erweitert. Dadurch konnten Jugendliche als eigenständige Altersgruppe ausgewertet und mit den Erwachsenen verglichen werden.

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

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

Der vorliegende Bericht zum Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen in Nordrhein-Westfalen gibt nach einer Darstellung von Instrument und Erhebungsmethode in Kapitel 2 einen Überblick über die aktuellen Ergebnisse zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Medikamenten und Tabak aus der Erhebung 2000 (Kapitel 3 bis Kapitel 6). Kapitel 7 geht über zu detaillierten Fragestellungen und analysiert unter dem Stichwort Konsummuster den Konsum verschiedener illegaler Drogen und den Zusammenhang zwischen Alkohol- bzw. Tabakkonsum. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine Untersuchung zum Alter des ersten Drogengebrauchs. Zeitliche Veränderungen des Konsums von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak werden schließlich in Kapitel 8 behandelt.

2 Methode

2.1 Stichprobe

Die Grundgesamtheit dieser Studie besteht aus der Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens im Alter zwischen 15 und 59 Jahren. Sie umfasst ca. 11 Mio. Personen. Die Ziehung der Stichprobe der 18 bis 59-Jährigen erfolgte im Rahmen der Bundesstudie. Die Respondenten wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. Um eine größtmögliche geographische und siedlungsstrukturelle Proportionalität zur Grundgesamtheit zu gewährleisten, wurden Schichtungszellen aus der Kombination von Kreisen, Regierungsbezirken und Bundesländern mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen, einer Einteilung der Gemeinden und Stadtteile nach Einwohnerzahl und Kernstadt bzw. Randregion (Behrens, 1994), gebildet. In einer ersten Stufe wurden 153 Sample Points, d.h. Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten innerhalb dieser Schichtungszellen, zufallsgesteuert ausgewählt. Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in einem zweiten Schritt direkt aus den Einwohnermelderegistern. Dabei wurden die Personenadressen in diesen Gemeinden in einer systematischen Zufallsauswahl (Intervallziehung) gezogen. Ausgehend von einer zufälligen Startadresse wurden über eine feste Schrittweite die Adressen aus dem Gesamtbestand der Personen mit Hauptwohnsitz in der jeweiligen Gemeinde ausgewählt.

Aus dieser Basisstichprobe der 18 bis 59-Jährigen aus der Bundesstudie wurden für die Regionalauswertung die Personen mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen ausgewählt. Eine Aufstockungsstichprobe für die 15 bis 17-Jährigen wurde in den ausgewählten 32 Gemeinden Nordrhein-Westfalens gezogen, indem die Altersgruppenabgrenzung für die Ziehung aus den Einwohnermelderegistern nach unten erweitert wurde.

Mit den Feldarbeiten wurde nach einer Ausschreibung die Firma INFAS beauftragt. Die Datenerhebung begann im Mai 2000 und wurde im Oktober 2000 abgeschlossen. Die Fragebogen wurden postalisch versandt und von den angeschriebenen Personen schriftlich beantwortet. Telefonische Nachfragen bei Unklarheiten und Inkonsistenzen sowie die Aufbereitung der Daten erfolgten parallel nach Rücklauf der Fragebogen. Auswertbare Daten liegen von 2474 Personen vor.

2.2 Gewichtung

Aufgrund der nach den Altersgruppen disproportionalen Aufstockung der Stichprobe für Nordrhein-Westfalen entsprach die Altersverteilung in der Gesamtstichprobe nicht der Altersverteilung in der Grundgesamtheit. Im Hinblick auf Verteilungsaussagen bzw. Schätzungen von Populationsparametern war es daher notwendig, die Disproportionalität durch eine geeignete Gewichtung auszugleichen und die Altersverteilung innerhalb der Stichprobe der Altersverteilung der Zielpersonen in Nordrhein-Westfalen anzugleichen. In Tabelle 1 werden die gewichtete und die ungewichtete Stichprobenverteilung von Alter und Geschlecht der Verteilung der Grundgesamtheit gegenübergestellt. Beim Vergleich der ungewichteten Stichprobe mit der Grundge-

samtheit zeigt sich, dass Männer unter- und Frauen überrepräsentiert sind. Nach der Gewichtung sind die Verteilungen der Stichprobe und der Grundgesamtheit identisch.

Tabelle 1: Verteilungen von gewichteter und ungewichteter Stichprobe und Grundgesamtheit (Angaben in %)

Männer	Ungewichtet	Gewichtet	Bevölkerung
15-59 Jahre	45,92	50,72	50,72
15-17 Jahre	11,28	2,67	2,67
18-24 Jahre	5,54	6,08	6,08
25-29 Jahre	2,63	6,17	6,17
30-39 Jahre	8,25	14,27	14,27
40-49 Jahre	8,16	11,28	11,28
50-59 Jahre	10,06	10,24	10,25
Frauen			
15-59 Jahre	54,08	49,28	49,28
15-17 Jahre	13,90	2,52	2,52
18-24 Jahre	8,41	5,92	5,92
25-29 Jahre	3,68	5,90	5,90
30-39 Jahre	10,75	13,54	13,54
40-49 Jahre	9,86	11,13	11,13
50-59 Jahre	7,48	10,27	10,27

Die Ausschöpfungsquote beträgt 42,5% und liegt unter der Ausschöpfungsquote früherer (Bundes-) Studien. Dies kann, gemessen an den aktuellen Ausschöpfungsquoten von Erhebungen mit persönlichen Interviews, als gut bewertet werden. Die Ausschöpfungsquote errechnet sich als Anteil der ausgefüllten Fragebögen an der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe. Da bei der Definition der qualitätsneutralen Ausfälle bei Random-Route-Erhebungen erheblicher Ermessensspielraum auf Seiten der Interviewer besteht (Schnell, 1997), ist anzunehmen, dass bei diesem Sample Design die Ausschöpfungsquoten eher überschätzt werden und mit Ausschöpfungsquoten von Einwohnermeldeamts-Stichproben nicht verglichen werden können.

2.3 Instrumente

Der Fragebogen ist eine vollständig überarbeitete und aktualisierte Version des 1997 in der Bundesstudie (Kraus & Bauernfeind, 1998a) verwendeten Instruments. Er ist nach den vier Themenbereichen illegale Drogen, Alkohol, Medikamente und Tabak gegliedert. Einleitend waren Fragen zur Soziodemographie, zum Freizeitverhalten und zur allgemeinen Gesundheit zu beantworten. Den Abschluss bildeten Fragen zur Bestimmung pathologischen Spielverhaltens sowie zu ökonomischen Verhältnissen. Alles in allem umfasst das Erhebungsinstrument ca. 120 Fragen.

Der erste große Themenkomplex Drogen enthielt Fragen zur Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie zur Einnahmefrequenz und zum Einstiegsalter verschiedener illegaler Substanzen. Neben der Beschaffbarkeit und Probierebereitschaft lag der Schwerpunkt auf den DSM-IV-Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit. Der zweite Themenbereich Alkohol erfasste Mengen und Häufigkeiten des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke. Neben unterschiedlichen Trinksituationen wurden Einstellungen zum Alkoholkonsum abgefragt. Auch hier wurden die DSM-IV-Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit erfasst. Der dritte Themenkomplex behandelte die Einnahme von Medikamenten, geordnet nach den Substanzgruppen Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva und Neuroleptika. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen der Medikamenteneinnahme wurden erhoben sowie die Häufigkeit der Einnahme in den letzten 30 Tagen. Des Weiteren wurden die Kriterien zur Abhängigkeit nach DSM-IV abgefragt und anhand eines Kurzfragebogens (Watzl et al., 1991) bestimmte problematische Aussagen zum Medikamentengebrauch erfasst. Der vierte Themenbereich Nikotin erfasste die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Rauchens sowie die Konsummenge der 30-Tage-Prävalenten. Neben den DSM-IV-Kriterien der Nikotinabhängigkeit wurde der Fagerström-Test (Heatherton et al., 1991) zur Bestimmung der Stärke der Nikotinabhängigkeit eingesetzt. Eine Einschätzung der Veränderungsmotivation wurde nach Prochaska und DiClemente (1992) vorgenommen, einschließlich der Aufhörversuche und der dabei verwendeten Hilfsmittel. Eine weitere Sektion beschäftigte sich mit dem Passivrauchen.

Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV

Die größte Veränderung der aktuellen Fragebogenversion besteht in der durchgängigen Bestimmung der DSM-IV-Kriterien für Abhängigkeit für alle Sektionen sowie für Missbrauch für die Sektionen Alkohol und illegale Drogen. Es ist deshalb möglich, klinische Diagnosen zu vergeben, die zwar nicht die Validität und Reliabilität einer fundierten psychiatrischen Befunderstellung haben, die aber dennoch über Gefährdungsaussagen beruhend auf Mengenangaben (z.B. im Alkoholbereich) deutlich hinausgehen. Auf eine Operationalisierung des Missbrauchs bei Medikamenten wurde wegen der nicht gesicherten Reliabilität dieser Diagnose (Pfeiffer & Simon, 2000) verzichtet. Beim Nikotinkonsum existiert keine Missbrauchsdefinition.

Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz liegt nach DSM-IV dann vor, wenn mindestens drei der in Tabelle 3 aufgeführten sieben Kriterien zu irgendeinem Zeitpunkt in demselben 12-Monats-Zeitraum aufgetreten sind. Bei Substanzmissbrauch muss mindestens eines der vier genannten Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein, ohne dass jemals

Abhängigkeit von der jeweiligen Substanzklasse vorliegt (Saß et al., 1998). Die Itemformulierung für die Erfassung dieser Symptome erfolgte in Anlehnung an die erweiterte Version des Münchener Diagnostic Interview Schedule (MCIDI; Wittchen et al., 1995). Alle Items entsprechen inhaltlich den DSM-IV-Kriterien.

Tabelle 2: Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen

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

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

Frequenz-Menge-Index zum Alkoholkonsum

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

Frequenz-Menge-Index zum Zigarettenkonsum

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

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)

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

Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND)

Entscheidend für die Therapie der Nikotinabhängigkeit ist es, je nach Grad der Abhängigkeit spezifische Entwöhnungsprogramme anbieten zu können. Um den Grad der individuellen Nikotinabhängigkeit quantifizieren zu können, wurde mit dem Fagerström Test zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit (FTND; Heatherton et al., 1991) eine Revision des Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) von Fagerström (1978) in den Fragebogen aufgenommen. Kernstück des FTND sind zwei Items, die die Anzahl der konsumierten Zigaretten pro Tag und die Zeitspanne bis zum Konsum der ersten Zigarette am Morgen erheben. Diese Items weisen den größten inhaltlichen und empirischen Bezug zur Stärke der physischen Abhängigkeit auf, die ursprünglich mit dem FTQ gemessen werden sollte. Auch die weiteren vier Items des FTND befassen sich indirekt mit der Vermeidung von Entzugserscheinungen (z.B. „Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?“). Insgesamt zeigt sich, dass die physische Abhängigkeit umso höher ist (Rustin, 2000) und es umso schwieriger wird, das Rauchen aufzugeben (Breslau & Johnson, 2000; Oxley, 1997), je höher der erreichte Summenscore im FTND liegt.

Änderungsbereitschaft (Stages of Change)

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

2.4 Auswertung

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

Prinzipiell gibt es bei der Datenanalyse drei Möglichkeiten der Behandlung fehlender Angaben: (1) Auswertung nur der Personen, die alle Fragen vollständig beantwortet haben; (2) Auswertung der Personen, die die jeweilige Frage beantwortet haben; (3) Ersetzen der fehlenden Angaben durch Schätzwerte (Little, 1992). Bei der Auswertung wurde außer bei der Prävalenz der Drogenkonsumenten die zweite Methode verwendet: Personen mit fehlenden oder inkonsistenten Angaben bei der auszuwertenden Frage wurden nicht berücksichtigt. Bei der Prävalenz des Drogenkonsums kam die dritte Methode zur Anwendung. Dabei wurden die Schätzwerte für die fehlenden Angaben allerdings nicht durch ein statistisches Modell ermittelt, sondern angenommen, dass Personen, die Fragen zu illegalen Drogen nicht beantworten, über keine Erfahrung mit diesen Substanzen verfügen und sich daher nicht angesprochen fühlten. Unterstützt wird

diese Hypothese dadurch, dass in früheren Erhebungen Personen mit vergleichsweise geringem Alkoholkonsum Fragen zu Folgen des Alkoholkonsums unbeantwortet ließen (Kraus, Bauerneind & Bühringer, 1998; Herbst, Schumann & Kraus, 1994) und durch die demographische Struktur der „Verweigerer“ in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001): Vergleichsweise hohe Anteile fehlender Angaben finden sich im Drogenbereich bei den über 50-Jährigen, mit der höchsten Prävalenz bei den über 50-jährigen ostdeutschen Frauen, d.h. bei dem Personenkreis mit der geringsten Drogenerfahrung.

Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die gewichteten Daten der befragten Altersgruppe von 15 bis 59 Jahre. Dabei bezeichnen in den Tabellen ganzzahlige Werte ungewichtete Fallzahlen und Zahlen mit Dezimalkomma Prozentwerte. Wurden die Ergebnisse verschiedener Fragen mit unterschiedlicher Anzahl fehlender oder inkonsistenter Angaben in einer Tabelle zusammengefasst, so wurde aus Platzgründen auf die Angabe der ungewichteten Fallzahlen der einzelnen Fragen verzichtet.

3 Illegale Drogen

Im Drogenbereich wurde der Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, und anderen Opiaten wie Codein, Opium, Morphinum und Methadon sowie Kokain und Crack erhoben. Als weitere Substanz wurden Pilze, und zwar sowohl Fliegenpilze als auch psylocibinhaltige Pilze, aufgenommen. Darüber hinaus wurde nach dem Schnüffeln an Klebstoffen, Lösungsmitteln und Treibgasen gefragt. Khat, das ebenso wie die psylocibinhaltigen Pilze seit dem 1.2.1998 unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, wurde wegen seiner noch geringen Bedeutung – im Jahr 1999 verzeichnete das Bundeskriminalamt lediglich 98 Sicherstellungsfälle von Khat (Bundeskriminalamt, 2000) – nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wurde nach dem Schnüffeln an Klebstoffen, Lösungsmitteln und Treibgasen gefragt.

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

Als Indikator der Verfügbarkeit illegaler Drogen gilt die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, mit der eine bestimmte Substanz innerhalb von 24 Stunden beschafft werden kann. Die Attraktivität verschiedener Substanzen wurde mit der Bereitschaft, eine bestimmte Substanz probieren zu wollen, erfasst. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf den DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit und Missbrauch. Die Diagnose bezieht sich auf die letzten 12 Monate vor der Befragung.

3.1 Lebenszeitprävalenz

Von den befragten 15 bis 59-Jährigen gaben 20,7% an, zumindest einmal im Leben eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack) konsumiert zu haben, dabei waren Männer häufiger (24,4%) vertreten als Frauen (knapp 17%) (Tabelle 7). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens sind dies 2,3 Mio. Personen (1,36 Mio. Männer und 920.000 Frauen). Bei den 18 bis 29-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz deutlich höher als bei den anderen Altersgruppen (Abbildung 1). Dies gilt sowohl für Cannabis als auch für andere illegale Drogen (Abbildungen 2 und 3). Bei der Lebenszeitprävalenz ist Cannabis die mit Abstand am häufigsten genannte illegale Droge. Ein Fünftel der Befragten gab an, zumindest einmal Cannabis konsumiert zu haben, danach folgen Amphetamine und Kokain (jeweils ca. 2%), LSD (1,4%), Ecstasy (1,1%) sowie andere Opiate (wie Codein, Opium oder Morphinum), Heroin, Methadon und Crack (jeweils unter 1%, Tabelle 7). Die Lebenszeitprävalenz der verschiedenen Substanzen, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, findet sich in Abbildung 4. Deutlich sichtbar ist auch hier der große Anteil der Lebenszeitprävalenten in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen. Halluzinogen wirkende Pilze zählen zwar seit 1998 zu den illegalen Drogen, wurden aber, um die Vergleichbarkeit mit früheren Studien zu gewährleisten, in der Auswertung nicht zu den illegalen Drogen gezählt. Auch Schnüffelstoffe (Klebstoffe, Lösungsmittel oder

Treibgase) zählen nicht zu den illegalen Drogen. Von den Befragten gaben 1,6% an, zumindest einmal im Leben Pilze als Rauschmittel konsumiert zu haben, 1% der Befragten haben schon einmal Schnüffelstoffe benutzt (Tabelle 7).

3.2 12-Monats-Prävalenz

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 7,4% der Befragten illegale Drogen konsumiert (Tabelle 7). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens sind dies ca. 820.000 aktuelle Konsumenten (ca. 490.000 Männer und 330.000 Frauen). Es finden sich bei der 12-Monats-Prävalenz nur geringe Geschlechtsunterschiede, lediglich bei den 18 bis 29-Jährigen liegt der Anteil der Männer deutlich höher (25,3%) als bei den gleichaltrigen Frauen (15,7%; Abbildung 1). Betrachtet man den Drogenkonsum der letzten 12 Monate nach den verschiedenen Altersgruppen, so ist auffällig, dass bei den Frauen sowohl bei Cannabis als auch bei anderen illegalen Drogen die Gruppe der 15 bis 17-Jährigen die höchsten Prävalenzen aufweist, während bei den Männern die 18 bis 29-Jährigen den größten Anteil stellen (Abbildung 2 und 3).

Wie schon bei der Lebenszeitprävalenz nimmt auch bei der 12-Monats-Prävalenz Cannabis unter allen Substanzen den größten Raum ein. Insgesamt 7,3% aller Befragten gaben an, im Jahr vor der Erhebung Cannabis konsumiert zu haben (Tabelle 7). Danach folgen Kokain (0,7%), Amphetamine (0,6%) und Ecstasy (0,4%). Opiate und LSD spielten bei den Befragten kaum eine Rolle. Auffallend bei Ecstasy und bei den Amphetaminen ist der große Anteil der 15 bis 17-jährigen Konsumenten (jeweils über 2%; Abbildung 5).

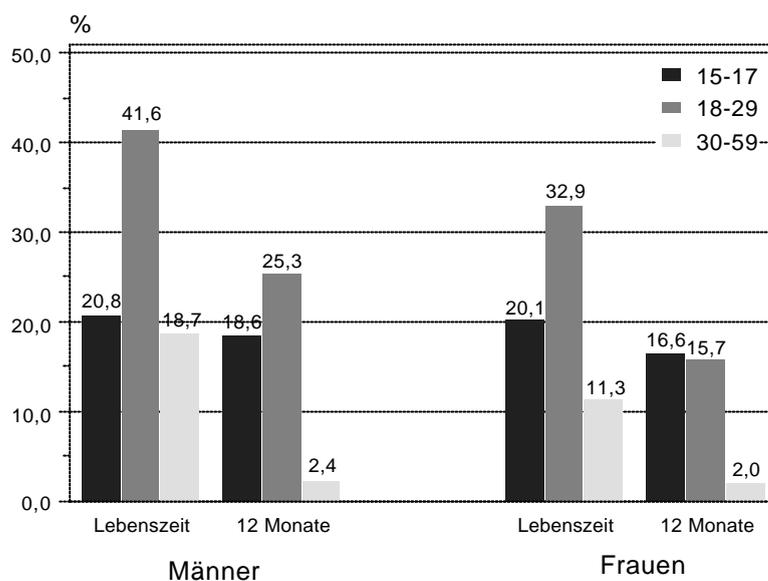


Abbildung 1: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen

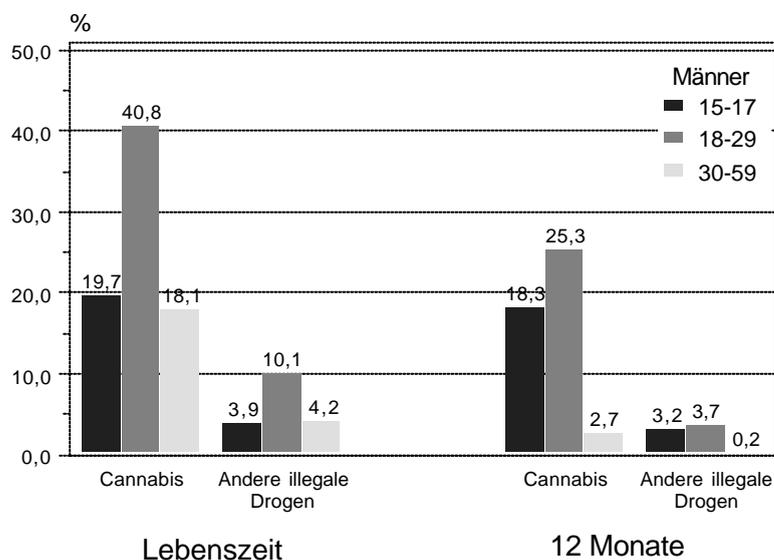


Abbildung 2: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz für Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen

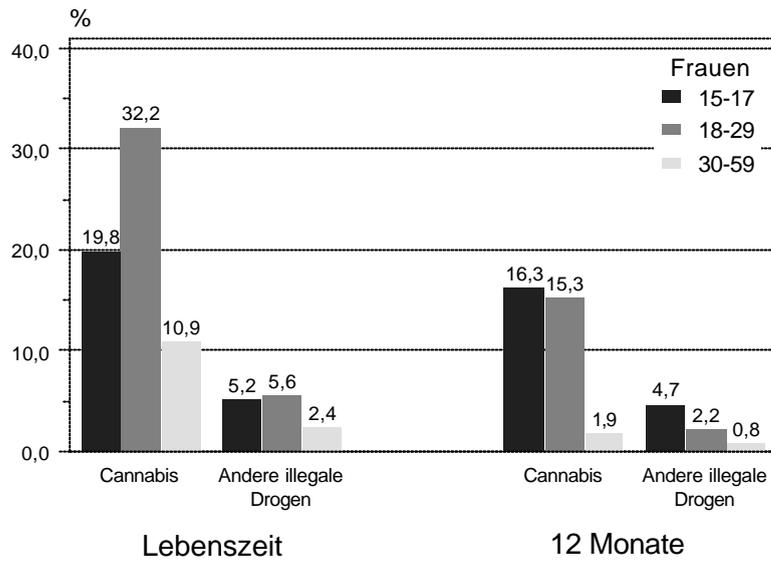


Abbildung 3: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz für Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen

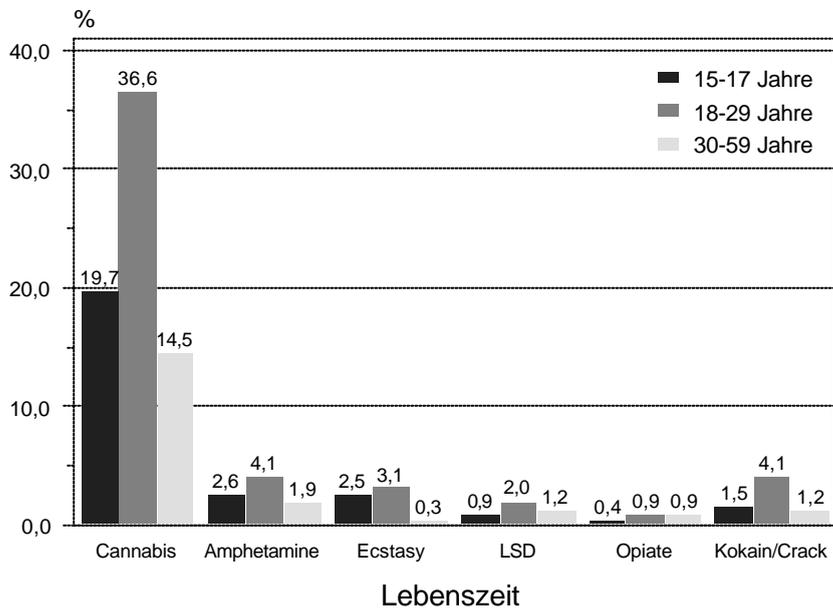


Abbildung 4: Lebenszeitprävalenz einzelner illegaler Substanzen

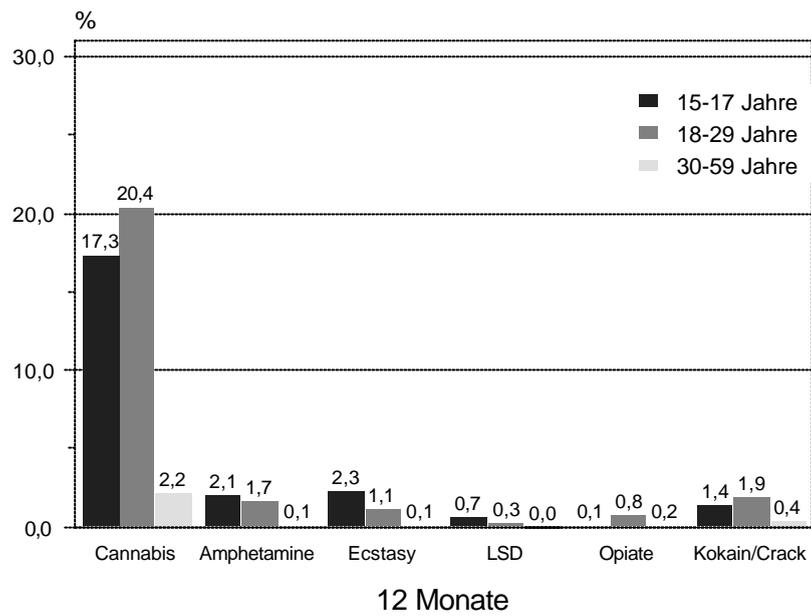


Abbildung 5: 12-Monats-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen

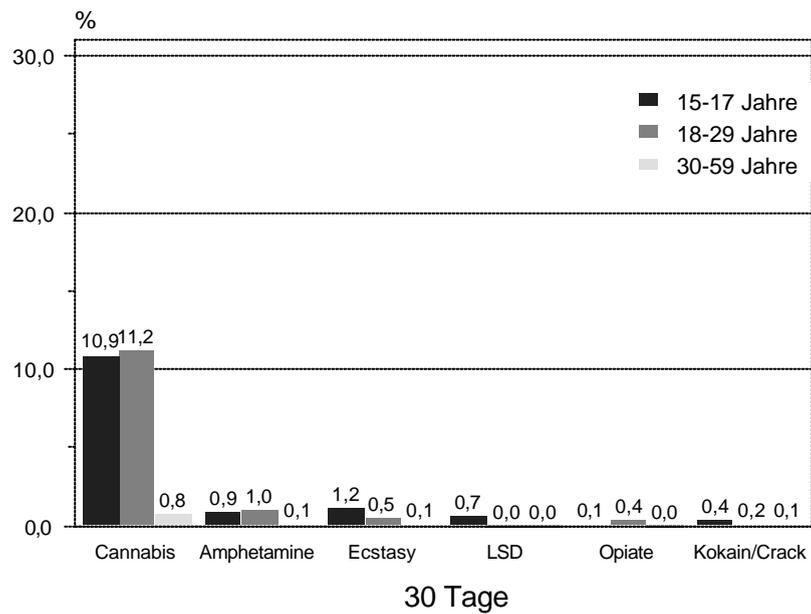


Abbildung 6: 30-Tage-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen

3.3 30-Tage-Prävalenz

Insgesamt 4% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung illegale Drogen konsumiert zu haben. Dabei wurde Cannabis am häufigsten genannt (3,9%), gefolgt von Amphetaminen (0,3%) und Ecstasy (0,2%; Tabelle 7). Etwas mehr Männer (5,1%) als Frauen (2,6%) gaben Konsum von Cannabis im Monat vor der Befragung an, bei den Amphetaminen und bei Ecstasy war es umgekehrt, die Frauen stellten hier beide Male den größeren Anteil. Eine Darstellung der 30-Tage-Prävalenz verschiedener Substanzen nach drei Altersgruppen findet sich in Abbildung 6.

3.4 Frequenz des Drogenkonsums

In Tabelle 8 ist dargestellt, wie häufig die Befragten in den letzten 12 Monaten verschiedene illegale Drogen genommen haben, aufgeschlüsselt nach Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) und Erwachsenen (18 bis 59 Jahre). Aufgrund der geringen Anzahl der Respondenten bei dieser Frage sind Interpretationen der Ergebnisse nur für Cannabis möglich. Die Abbildungen 7 und 8 zeigen die Konsumfrequenzen der 15 bis 17-jährigen bzw. 18 bis 29-jährigen Cannabiskonsumenten. Über ein Viertel (27,4%) der befragten jugendlichen Cannabiskonsumenten hat im Jahr vor der Befragung 2-5mal, 15,5% haben sogar fast täglich Cannabis konsumiert. Die meisten jungen Erwachsenen konsumierten Cannabis 2-5mal in den letzten 12 Monaten (33% der Befragten), fast täglich konsumierten nur etwa 5% der Befragten Cannabisprodukte. Zusätzliche Informationen zur Konsumfrequenz der Befragten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung liefert Tabelle 9.

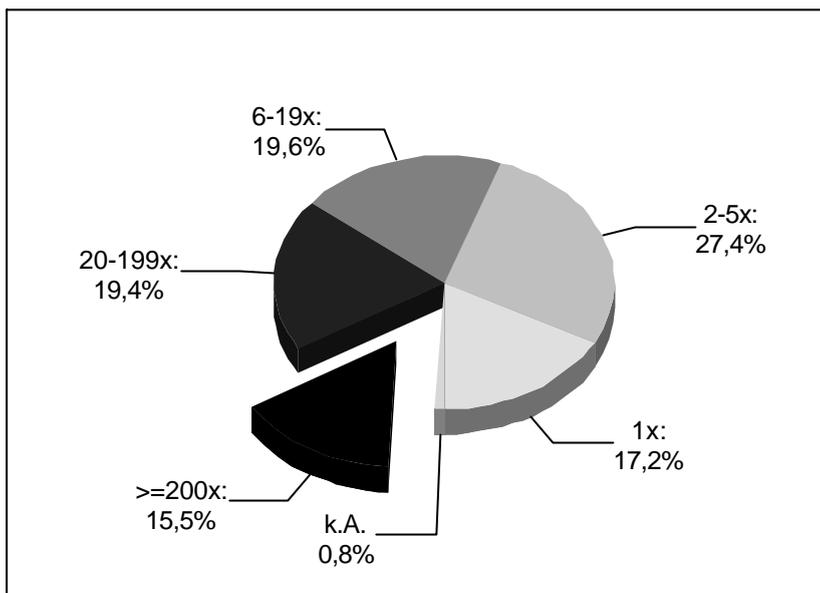


Abbildung 7: 12-Monats-Frequenz 15 bis 17-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis)

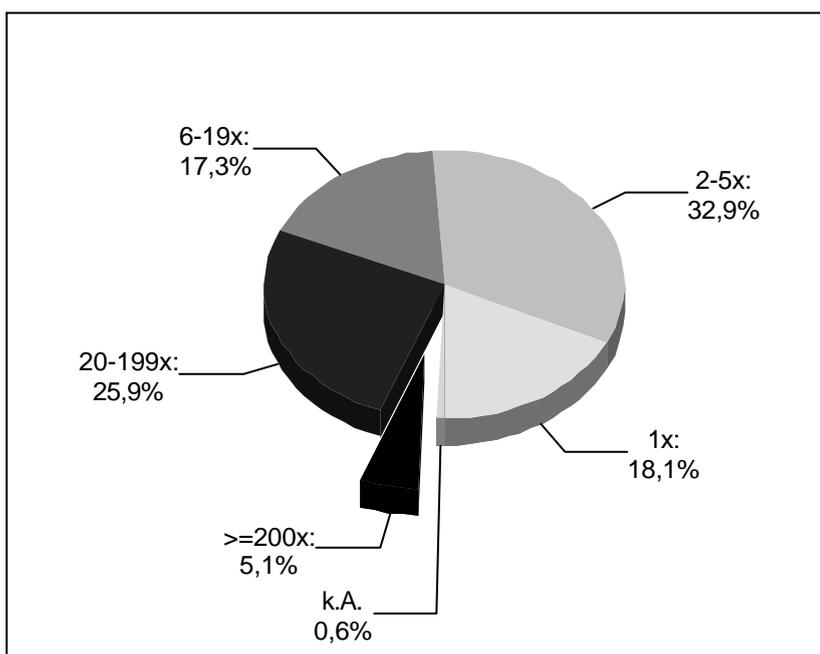


Abbildung 8: 12-Monats-Frequenz 18 bis 29-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis)

3.5 Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierebereitschaft

Mehr als 60% der Befragten, die keine Erfahrung mit illegalen Drogen haben, sehen sich außerstande, innerhalb von 24 Stunden eine illegale Droge zu beschaffen (Tabelle 3). Deutliche Unterschiede treten bei den verschiedenen Substanzen auf. Für am leichtesten verfügbar hielten die Befragten ohne Drogenerfahrung Cannabis (18%) und Amphetamine (ca. 11%), danach folgt Ecstasy mit 10%. Bei den anderen illegalen Drogen wie z.B. Heroin, Kokain und LSD glauben zwischen 5% und 6% der Unerfahrenen, dass sie innerhalb von 24 Stunden leicht zu besorgen wären. Schlüsselt man die Beschaffbarkeit nach Altersgruppen auf, so zeigt sich, dass Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren, die noch keine Erfahrung mit Drogen haben, illegale Drogen für deutlich leichter verfügbar halten als Erwachsene (Tabelle 10). So glauben beispielsweise 35,7% der Jugendlichen ohne Drogenerfahrung, innerhalb von 24 Stunden leicht an Cannabis zu kommen (gegenüber 17% der Erwachsenen), 19,5% halten Ecstasy für leicht verfügbar (Erwachsene: 9,8%) und 16,1% der Jugendlichen glauben, leicht an Amphetamine zu kommen. Auch LSD halten zahlreiche Jugendliche für leicht beschaffbar (12,7%).

Tabelle 3: Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden

	leicht		schwierig		gar nicht	
	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren
Cannabis	17,8	67,9	18,9	18,3	63,3	13,8
Amphetamine	11,5	24,7	22,8	36,4	65,8	38,9
Ecstasy	10,3	26,9	21,4	35,8	68,3	37,3
LSD	6,2	14,5	21,1	42,5	72,8	43,0
Heroin	5,0	9,1	20,6	38,1	74,4	52,8
Methadon	4,6	7,6	21,1	36,7	74,3	55,8
Andere Opiate	6,3	11,5	22,0	37,5	71,7	51,0
Kokain	5,5	14,9	21,3	38,2	73,2	46,8
Crack	5,0	9,7	21,7	37,1	73,3	53,3

Deutlich geringer als die Beschaffbarkeit ist die Bereitschaft, angebotene Drogen anzunehmen. Von den Drogenunerfahrenen würden nur 6,5% der Männer und 4,8% der Frauen Cannabis probieren, wenn es ihnen angeboten würde (Tabelle 4). Bei Amphetaminen sind es gut 3% der Männer und 2% der Frauen. Danach folgen Ecstasy, Pilze, andere Opiate und Kokain mit jeweils um die 1%. Bei den anderen illegalen Drogen (Crack, LSD, Heroin, Methadon) ist die Probierebereitschaft der Drogenunerfahrenen sehr gering (jeweils unter 1%).

Betrachtet man die Probierebereitschaft getrennt nach Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) und Erwachsenen (18 Jahre und darüber), so fällt auf, dass die Jugendlichen ohne Drogenerfahrung deutlich eher bereit wären, angebotene illegale Drogen anzunehmen (Tabelle 11). Jeder zehnte der befragten Jugendlichen wäre bereit, Cannabis zu probieren, bei den Amphetaminen sind es 4,5%, bei Ecstasy noch 4% und bei LSD ca. 2%. Danach folgen „Andere Opiate“ und Crack mit jeweils ca. 1%. Bei Pilzen, Heroin, Methadon und Kokain liegt die Probierebereitschaft der drogenunerfahrenen Jugendlichen sogar unter der der Erwachsenen.

Von den Drogenerfahrenen würde jeder zweite Cannabis annehmen, bei Pilzen sind es fast 12%, danach folgen Amphetamine, Ecstasy und Kokain mit jeweils ca. 7-8% (Tabelle 4). Auch bei den Drogenerfahrenen liegt die Probierebereitschaft der Jugendlichen deutlich über der der Erwachsenen (Tabelle 11). Etwa drei Viertel der befragten drogenerfahrenen Jugendlichen würde Cannabis annehmen, über ein Viertel würde Pilze probieren und etwa 20% würden Ecstasy probieren. Danach folgen bei den drogenerfahrenen Jugendlichen Amphetamine (17%), Kokain und LSD (jeweils ca. 14%).

Tabelle 4: Probierebereitschaft illegaler Drogen

	keine Drogenerfahrung			Drogenerfahrung		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Cannabis	5,6	6,5	4,8	48,1	48,6	47,3
Amphetamine	2,5	3,2	1,9	7,8	8,1	7,5
Ecstasy	1,3	1,5	1,1	7,2	6,1	8,9
LSD	0,8	0,9	0,6	4,9	5,3	4,5
Heroin	0,7	0,8	0,6	1,0	0,9	1,2
Methadon	0,8	0,8	0,7	1,3	1,5	1,0
Andere Opiate	1,2	1,4	0,9	3,2	4,0	2,0
Kokain	1,0	1,2	0,7	7,2	6,0	9,0
Crack	0,9	1,0	0,8	1,6	1,4	1,9
Pilze	1,1	1,6	0,7	11,9	12,9	10,6

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

3.6 Einschätzung des Drogenproblems

Die Befragten sollten angeben, ob ihrer Meinung nach in Deutschland das Drogenproblem größer, gleich groß oder kleiner als das Alkoholproblem ist. Fast die Hälfte der Befragten (46%) war der Meinung, Alkohol- und Drogenproblem seien etwa gleich groß (Tabelle 5). Gut 38% hielten das Drogenproblem für kleiner als das Alkoholproblem, 14,3% waren der Meinung, Drogen seien in Deutschland ein größeres Problem als Alkohol. Es fällt auf, dass der Anteil derjenigen, die das Drogenproblem für größer halten, gerade bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen höher ist als bei den Älteren.

Tabelle 5: Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	2474	1136	1338	623	345	156	470	446	434
Größer	14,3 (424)	15,4	13,2	26,3	20,8	15,9	10,7	12,4	13,6
Gleich groß	46,0 (1143)	41,7	50,5	43,1	47,8	43,8	45,7	44,2	49,5
Kleiner	38,3 (869)	41,9	34,6	28,8	29,8	39,7	42,8	41,4	35,3
Weiß nicht	1,3 (38)	1,0	1,7	1,8	1,6	0,5	0,8	2,0	1,6

3.7 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV

Untersuchungen mit dem Ziel der Diagnostik von Missbrauch und Abhängigkeit erfordern in der Regel einen kostenaufwendigen Einsatz von klinisch geschulten Interviewern. Der Fragebogen zur Erhebung 1997 sah zum ersten Mal die Erfassung der diagnostischen Kriterien nach DSM-IV (Saß et al., 1998) in einer schriftlichen Befragung vor. Die berechneten Werte beziehen sich auf mindestens eine Diagnose bei den Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate oder Kokain.

Eine Abhängigkeitsdiagnose nach den DSM-IV-Kriterien erhielten 0,9% der Befragten (1,4% Männer und 0,5% Frauen). Bei den Abhängigen entfiel der größte Anteil (5,2%) auf die Altersklasse der jungen Erwachsenen (18 bis 24 Jahre), danach folgen die 15 bis 17-Jährigen (2,6%). Die am häufigsten genannten Kategorien waren „Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt“ (1,5% nannten diese Kategorie), „Entzugssymptome“ (1%) und „Toleranzentwicklung“ (0,9%; Tabelle 12).

Insgesamt erhielten 0,5% der Befragten die Diagnose „Missbrauch von illegalen Drogen“ (0,7% Männer und 0,2% Frauen; Tabelle 6). Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so fällt auf, dass die meisten Personen mit Missbrauchsdiagnose aus der Altersgruppe der 18 bis 24-Jährigen stammen (2,6%), danach folgen die 15 bis 17-jährigen Jugendlichen (1,6%). Die am häufigsten genannte Kategorie war hier „Soziale und zwischenmenschliche Probleme“ (0,9%), gefolgt von „Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule“ (0,5%; Tabelle 12). Eine Hochrechnung auf die nordrhein-westfälische Wohnbevölkerung ergibt 100.000 Personen mit Abhängigkeits- und 55.000 Personen mit Missbrauchsdiagnose.

Tabelle 6: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
DSM-IV Missbrauch	0,5	0,7	0,2	1,6	2,6	--	0,3	--	--
DSM-IV Abhängigkeit	0,9	1,4	0,5	2,6	5,2	0,8	0,4	--	--

3.8 Tabellen zu illegalen Drogen

Tabelle 7: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Lebenszeit	2474	1136	1338	623	345	156	470	446	434
Cannabis	20,1 (493)	23,7	16,4	19,7	39,8	33,3	21,6	13,0	6,7
Amphetamine	2,4 (60)	3,0	1,9	2,6	4,5	3,7	1,9	2,4	1,2
Ecstasy	1,1 (39)	1,0	1,1	2,5	4,8	1,3	0,6	--	0,2
LSD	1,4 (31)	1,7	1,1	0,9	1,7	2,4	1,1	2,1	0,5
Heroin	0,3 (5)	0,4	0,1	0,1	--	0,8	0,4	0,2	--
Methadon	0,2 (3)	0,3	0,1	--	--	0,8	--	0,3	0,3
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	0,8 (15)	1,1	0,5	0,3	0,2	1,6	1,3	1,0	--
Kokain	1,9 (41)	2,0	1,7	1,4	2,9	5,0	1,9	1,1	0,3
Crack	0,1 (6)	--	0,1	0,7	0,2	--	--	--	--
Andere Drogen als Cannabis	4,5 (109)	5,6	3,3	4,6	8,1	7,7	3,8	4,4	1,4
Illegale Drogen insgesamt	20,7 (508)	24,4	16,9	20,4	40,5	34,1	22,0	13,7	7,2
Schnüffelstoffe	1,0 (32)	1,5	0,4	2,7	2,0	0,8	1,4	0,5	--
Pilze	1,6 (44)	1,9	1,2	2,0	5,4	0,8	1,8	1,1	--
12-Monate	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Cannabis	7,3 (245)	8,8	5,8	17,3	27,9	12,9	4,2	1,2	0,5
Amphetamine	0,6 (25)	0,6	0,6	2,1	2,5	0,8	0,2	0,2	--
Ecstasy	0,4 (24)	0,3	0,6	2,3	2,2	--	0,2	--	--
LSD	0,1 (7)	0,1	0,1	0,7	0,6	--	--	--	--
Heroin	0,1 (1)	0,2	--	--	--	0,8	--	--	--
Methadon	0,1 (1)	0,2	--	--	--	0,8	--	--	--
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	0,2 (4)	0,3	0,1	0,1	--	0,8	0,4	--	--
Kokain	0,7 (23)	0,6	0,9	1,4	1,9	1,6	0,7	0,2	--
Crack	0,1 (5)	--	0,1	0,6	0,2	--	--	--	--
Andere Drogen als Cannabis	1,3 (49)	1,2	1,4	3,9	4,4	1,6	1,0	0,4	--
Illegale Drogen insgesamt	7,4 (250)	8,8	6,1	17,6	28,3	12,9	4,2	1,4	0,5
Schnüffelstoffe	0,2 (10)	0,4	0,1	1,2	0,6	0,8	--	--	--
Pilze	0,4 (17)	0,6	0,2	1,4	2,7	--	--	--	--
30-Tage	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Cannabis	3,9 (140)	5,1	2,6	10,9	17,3	5,3	1,7	0,5	--
Amphetamine	0,3 (14)	0,2	0,5	0,9	1,9	--	--	0,2	--
Ecstasy	0,2 (13)	0,1	0,4	1,2	1,1	--	0,2	--	--
LSD	-- (5)	--	0,1	0,7	--	--	--	--	--
Heroin	0,1 (1)	0,2	--	--	--	0,8	--	--	--
Methadon	0,1 (1)	0,2	--	--	--	0,8	--	--	--
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	-- (1)	--	--	0,1	--	--	--	--	--
Kokain	0,1 (5)	--	0,2	0,4	0,2	--	0,2	--	--
Crack	0,1 (4)	--	0,1	0,4	0,2	--	--	--	--
Andere Drogen als Cannabis	0,6 (23)	0,4	0,8	1,6	2,2	0,8	0,4	0,2	--
Illegale Drogen insgesamt	4,0 (146)	5,1	3,0	11,2	17,7	5,3	1,9	0,7	--
Schnüffelstoffe	0,1 (3)	0,1	--	0,3	0,4	--	--	--	--
Pilze	0,1 (5)	0,2	--	0,5	0,7	--	--	--	--

Tabelle 8: 12-Monats-Frequenz illegaler Drogen

	Gesamt		Frequenz							
	N	k. A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	>=200x
Jugendliche (15-17)										
Cannabis	107	0,8	17,2	27,4	10,2	9,4	6,0	4,0	9,4	15,5
Amphetamine	13	8,8	44,6	17,6	8,8	13,5	--	6,7	--	--
Ecstasy	15	--	26,0	21,9	12,1	7,9	7,9	12,1	12,1	--
LSD	5	--	18,8	24,6	18,8	--	--	--	18,8	18,8
Heroin	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Methadon	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Andere Opiate	1	--	--	--	--	--	--	--	--	100,0
Kokain	9	10,4	34,4	24,0	20,8	--	--	10,4	--	--
Crack	4	--	--	50,0	--	--	25,0	--	--	25,0
Schnüffelstoffe	7	--	42,3	15,3	15,3	--	11,7	--	--	15,3
Pilze	9	10,1	46,5	33,3	10,1	--	--	--	--	--
Erwachsene (18-59)										
Cannabis	138	1,5	19,5	34,3	5,7	10,9	12,9	4,2	5,4	5,5
Amphetamine	12	--	34,2	42,8	11,5	--	5,7	--	5,7	--
Ecstasy	9	--	23,5	34,7	14,3	9,2	9,2	--	--	9,2
LSD	2	--	100,0	--	--	--	--	--	--	--
Heroin	1	--	--	--	--	--	--	--	--	100,0
Methadon	1	--	--	--	--	--	--	--	--	100,0
Andere Opiate	3	44,0	23,6	32,4	--	--	--	--	--	--
Kokain	14	--	27,0	28,6	18,4	7,6	4,2	6,6	--	7,6
Crack	1	--	--	100,0	--	--	--	--	--	--
Schnüffelstoffe	3	--	17,0	83,0	--	--	--	--	--	--
Pilze	8	13,7	63,7	22,5	--	--	--	--	--	--

Tabelle 9: 30-Tage-Frequenz illegaler Drogen

	Gesamt		Konsumtage				
	N	k. A.	1	2-5	6-9	10-19	20-30
Jugendliche (15-17)							
Cannabis	67	1,3	21,6	30,7	10,6	13,2	22,5
Amphetamine	6	--	52,4	15,9	--	15,9	15,9
Ecstasy	8	--	38,4	15,2	--	11,6	34,8
Erwachsene (18-59)							
Cannabis	73	1,3	26,2	37,0	10,3	13,3	11,9
Amphetamine	8	--	79,4	10,3	10,3	--	--
Ecstasy	5	24,6	--	59,7	15,8	--	--

Tabelle 10: Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden nach Alter

	leicht		schwierig		gar nicht	
	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren
Jugendliche (15-17)						
Cannabis	35,7	89,4	22,7	9,0	41,6	1,6
Amphetamine	16,1	28,7	32,0	41,0	51,9	30,3
Ecstasy	19,5	42,9	29,7	37,1	50,9	20,1
LSD	12,7	32,0	27,8	38,8	59,4	29,2
Heroin	6,8	17,6	29,2	41,2	64,0	41,2
Methadon	4,2	13,2	28,5	41,0	67,3	45,8
Andere Opiate	5,7	15,1	29,1	41,0	65,3	44,0
Kokain	9,1	26,0	28,8	35,4	62,0	38,6
Crack	10,0	24,8	28,9	34,0	61,1	41,2
Erwachsene (18-59)						
Cannabis	16,8	66,7	18,7	18,8	64,5	14,5
Amphetamine	11,2	24,5	22,2	36,1	66,5	39,4
Ecstasy	9,8	26,1	21,0	35,7	69,3	38,2
LSD	5,8	13,5	20,7	42,7	73,5	43,8
Heroin	4,9	8,6	20,1	37,9	75,0	53,4
Methadon	4,7	7,3	20,7	36,4	74,7	56,3
Andere Opiate	6,3	11,3	21,6	37,3	72,1	51,4
Kokain	5,3	14,3	20,9	38,4	73,8	47,3
Crack	4,7	8,8	21,3	37,3	74,0	53,9

Kategorien der Skala: leicht - schwierig - gar nicht

Tabelle 11: Probierbereitschaft illegaler Drogen nach Alter

	Jugendliche (15-17 Jahre)			Erwachsene (18-59 Jahre)		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Drogenunerfahrene	496	221	275	1470	661	809
Cannabis	10,4	10,1	10,6	5,4	6,3	4,5
Amphetamine	4,5	3,2	5,9	2,4	3,2	1,7
Ecstasy	4,0	3,2	4,8	1,2	1,4	0,9
LSD	1,9	2,3	1,5	0,7	0,8	0,6
Heroin	0,6	0,5	0,7	0,7	0,8	0,6
Methadon	0,6	0,5	0,7	0,8	0,8	0,7
Andere Opiate	1,4	0,9	1,8	1,1	1,4	0,8
Kokain	0,6	0,5	0,7	1,0	1,3	0,7
Crack	1,2	1,4	1,1	0,9	1,0	0,8
Pilze	1,0	0,5	1,5	1,1	1,6	0,7
Drogenerfahrene	127	58	69	381	196	185
Cannabis	72,7	75,9	69,1	46,7	47,3	45,9
Amphetamine	17,2	15,5	19,1	7,3	7,7	6,7
Ecstasy	19,5	17,2	22,1	6,5	5,5	8,0
LSD	14,2	13,8	14,7	4,4	4,8	3,8
Heroin	3,0	1,7	4,4	0,9	0,8	1,0
Methadon	4,6	3,4	5,9	1,1	1,4	0,7
Andere Opiate	6,4	6,9	5,9	3,0	3,9	1,7
Kokain	14,2	13,8	14,7	6,8	5,6	8,6
Crack	6,9	5,2	8,8	1,3	1,2	1,4
Pilze	25,9	24,1	27,9	11,2	12,3	9,4

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

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

Missbrauch	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
(1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule	0,5	0,8	0,1	1,2	2,1	0,8	0,3	--	--
(2) Substanzgebrauch in gefährl. Situationen	0,3	0,6	0,1	0,5	2,1	--	0,3	--	--
(3) Probleme mit dem Gesetz wg. Substanzgebrauch	0,2	0,3	--	0,6	1,1	--	--	--	--
(4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme	0,9	1,3	0,5	1,8	4,9	0,8	0,4	--	--
Abhängigkeit									
(1) Toleranzentwicklung	0,9	1,1	0,7	4,0	3,9	0,8	0,5	--	--
(2) Entzugssymptome	1,0	1,4	0,7	2,9	4,1	1,3	0,6	0,2	--
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	1,5	2,0	0,8	4,7	7,1	1,6	0,6	--	--
(4) Kontrollminderung	0,7	0,9	0,4	1,7	3,6	0,8	0,2	--	--
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	0,8	1,3	0,3	2,8	4,7	0,8	--	--	--
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	0,4	0,7	0,2	1,3	1,7	0,8	0,2	--	--
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	0,7	0,9	0,4	2,1	3,1	0,8	0,4	--	--

4 Alkohol

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

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

4.1 Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht

Zur Analyse der in Gramm Reinalkohol pro Tag umgerechneten Angaben zum Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurden die von Bühringer et al. (2000) vorgeschlagenen Konsumklassen Abstinenz, risikoarmer Konsum (Männer: 0-30g, Frauen: 0-20g), riskanter Konsum (Männer: 30-60g, Frauen: 20-40g), gefährlicher Konsum (Männer: 60-120g, Frauen: 40-80g) sowie Hochkonsum (Männer: >120g, Frauen: >80g) übernommen.

Abstinenz

Insgesamt gaben 3,2% der Befragten an, noch nie Alkohol getrunken zu haben, mit 3,4% waren es bei den Frauen etwas mehr als bei den Männern mit 3%. Erwartungsgemäß fällt die Lebenszeit-Abstinenzrate mit dem Alter der Respondenten von 14,5% bei den 15 bis 17-Jährigen auf 1,5% bei den 50 bis 59-Jährigen.

In den letzten 12 Monaten haben 6,4% der Befragten keinen Alkohol getrunken, mit 7,1% waren es etwas mehr Frauen als Männer (5,8%; Tabelle 13). Die höchsten Abstinenzraten wiesen mit 15,7% die Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) und die jungen Erwachsenen (18 bis 24 Jahre; gut 8%) auf. Danach folgen die 50 bis 59-Jährigen mit 7,4%. Die niedrigsten Abstinenzraten finden sich bei den 25 bis 29- und 30 bis 39-Jährigen (jeweils 4,5%).

Konsumintensität

Insgesamt waren 6,4% der Befragten im Jahr vor der Erhebung abstinent, über drei Viertel wiesen risikoarmen Konsum auf, etwa 12% riskanten Konsum, 4,4% gefährlichen Konsum und 0,8% Hochkonsum (Abbildungen 9 und 10). Hochgerechnet auf die nordrhein-westfälische Wohnbevölkerung sind dies 1,35 Mio. Personen mit riskantem und 485.000 mit gefährlichem Alkoholkonsum sowie 90.000 Personen mit Hochkonsum. Trotz der höheren Klassengrenzen für Männer ist der Anteil der Männer in den Klassen riskanter Konsum und gefährlicher Konsum deutlich höher als bei den Frauen (Tabelle 13). Bei beiden Geschlechtern sind kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen festzustellen. Nur bei den 18 bis 29-jährigen Männern fällt der im Vergleich zu den anderen Altersgruppen etwas größere Anteil derer mit riskantem und gefährlichem bzw. Hochkonsum auf. Auffallend ist außerdem, dass die 15 bis 17-jährigen Mädchen häufiger als die gleichaltrigen Jungen riskanten bzw. gefährlichen Alkoholkonsum angeben (Abbildungen 9 und 10, Tabelle 18).

Konsummenge

Werden die pro Konsument ermittelten Grammwerte reinen Alkohols in den letzten 12 Monaten auf die Gesamtstichprobe bezogen und in Liter Reinalkohol umgerechnet, ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols im Zeitraum eines Jahres vor der Untersuchung von 6,7 Liter. Die Konsummenge für Männer beträgt 8,9 Liter, die für Frauen 4,4 Liter Reinalkohol.

Tabelle 13: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

	Geschlecht				Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	
	2157	991	1166	524	300	139	415	398	381	
Abstinent	6,4 (179)	5,8	7,1	15,7	8,1	4,5	4,5	6,0	7,4	
Risikoarmer Konsum	76,3 (1625)	72,9	79,8	70,9	71,2	75,1	83,4	76,6	71,2	
Riskanter Konsum	12,1 (239)	15,2	8,9	8,5	11,2	15,7	9,2	12,9	14,3	
Gefährlicher Konsum	4,4 (92)	5,4	3,4	3,5	7,3	4,1	2,6	4,0	6,0	
Hochkonsum	0,8 (22)	0,8	0,8	1,4	2,1	0,6	0,2	0,6	1,1	

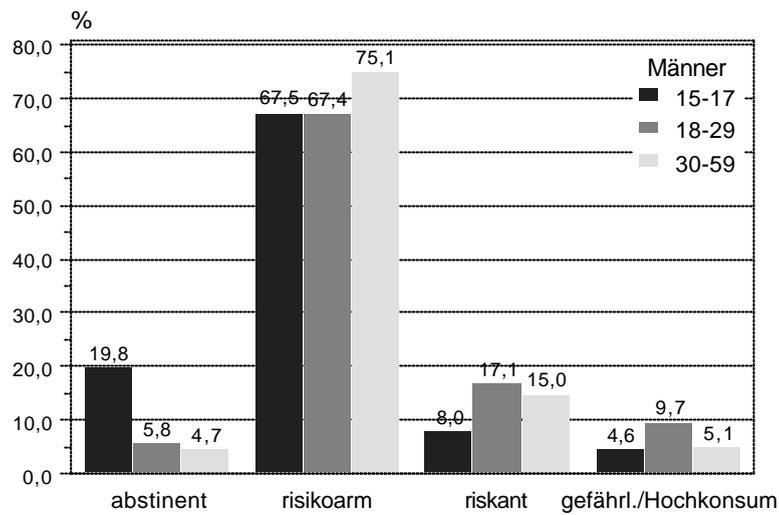


Abbildung 9: Alkoholkonsum der Männer in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-30g; riskant: >30-60g; gefährlicher/Hochkonsum: >60g)

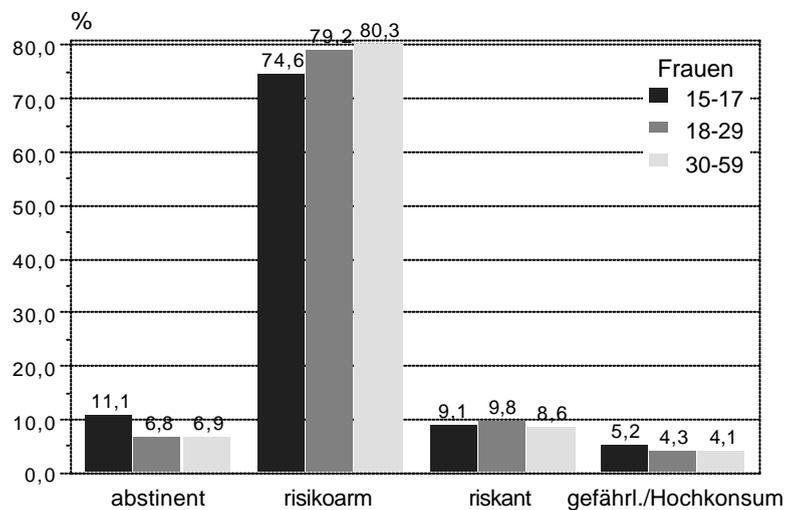


Abbildung 10: Alkoholkonsum der Frauen in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-20g; riskant: >20-40g; gefährlicher/Hochkonsum: >40g)

4.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten

Über 83% der Männer haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung zumindest ein Glas Bier getrunken, mehr als die Hälfte (54,7%) zumindest ein Glas Wein bzw. Sekt und etwa 43% haben Spirituosen zu sich genommen (Tabelle 19). Vergleicht man die einzelnen Altersgruppen, so findet man bei den Erwachsenen kaum Unterschiede, die Gruppe der 15 bis 17-jährigen Männer weist jedoch bei allen Getränkesorten deutlich niedrigere Werte auf. Bier wurde von 61% der Jungen konsumiert, Wein/Sekt und Spirituosen wurden gleichermaßen zu 34 bzw. 35% in den letzten 30 Tagen zumindest einmal konsumiert.

Bei den Frauen wurde Wein/Sekt am häufigsten genannt (67%). Etwas mehr als die Hälfte (54%) der befragten Frauen hat in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung zumindest ein Glas Bier zu sich genommen, deutlich weniger Frauen (29%) nannten Spirituosen. Wie schon bei den Männern sind die Anteile bei Bier und Wein in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 17 Jahre) jeweils niedriger als bei den Älteren. Dagegen geben bei den Frauen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich häufiger als die Älteren an, in den letzten 30 Tagen Spirituosen konsumiert zu haben. Bei den 18 bis 24-Jährigen waren es 54%, bei den 15 bis 17-Jährigen sind es fast 40%, der Durchschnitt (alle Altersgruppen) liegt bei 29% (Tabelle 19).

Die Abbildungen 11 und 12 zeigen den durchschnittlichen Verbrauch der Konsumenten des jeweiligen Getränks in Liter pro Woche nach Geschlecht und drei Altersgruppen. Bei den 18 bis 29-jährigen Männern ergibt sich mit 4,1 Litern pro Woche ein besonders hoher Bierkonsum. Die 15 bis 17-Jährigen sowie die 30 bis 59-Jährigen konsumierten durchschnittlich jeweils etwa 3 Liter Bier pro Woche. Der Konsum von Wein bzw. Sekt nimmt mit dem Alter der befragten Männer kontinuierlich zu. Er liegt bei den 15 bis 17-Jährigen bei 0,2 Liter pro Woche, bei den 30 bis 59-Jährigen bei 0,6 Liter pro Woche. Der Spirituosenkonsum war bei den Männern mit 0,1 Liter pro Woche in jeder Altersgruppe etwa gleich.

Die 15 bis 17-jährigen Biertrinkerinnen tranken mit durchschnittlich 2,0 Liter Bier mehr als die 18 bis 29-Jährigen (1,8 Liter) und die 30 bis 59-Jährigen (1,2 Liter). Der durchschnittliche Konsum von Wein bzw. Sekt ist bei den 30 bis 59-jährigen Frauen mit 0,6 Liter pro Woche am höchsten, die jüngeren tranken nur 0,4 Liter. Bei den Spirituosen wiederholt sich das beim Bier beschriebene Muster: Der Durchschnittskonsum sinkt mit dem Alter. Mit durchschnittlich 0,12 Litern pro Woche trinken die 15 bis 17-jährigen Spirituosentrinkerinnen mehr als das Doppelte des Durchschnitts aller Altersgruppen (0,05 Liter; Tabelle 19).

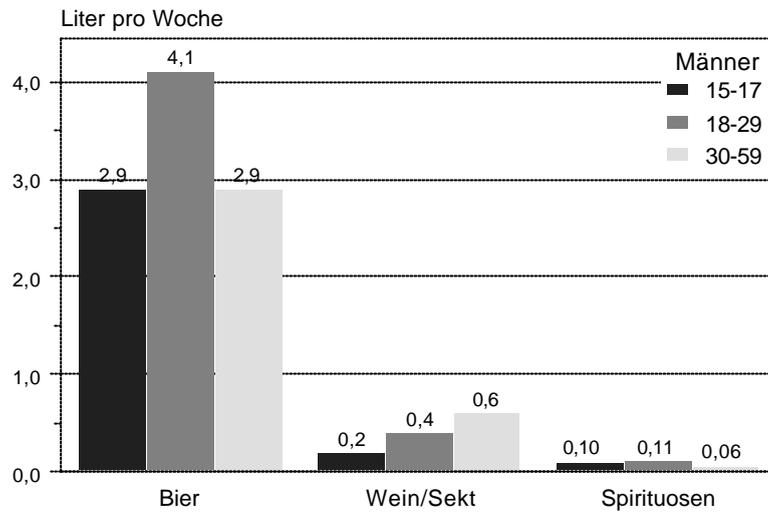


Abbildung 11: Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei männlichen Konsumenten

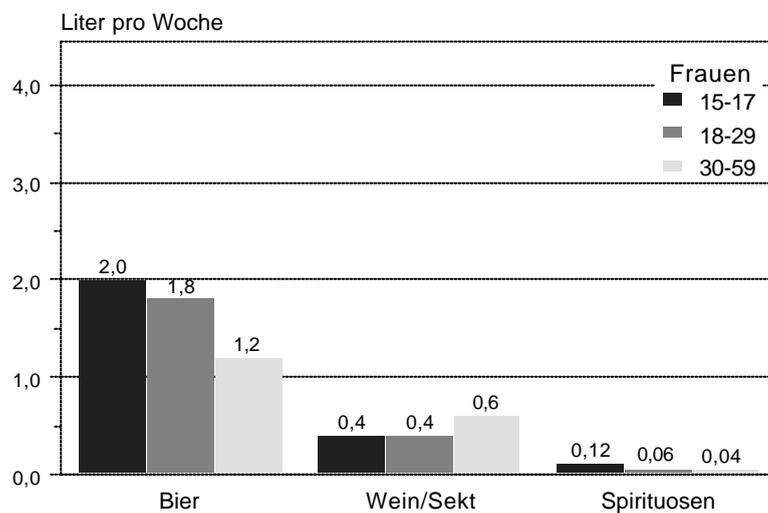


Abbildung 12: Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei weiblichen Konsumenten

4.3 Trinksituationen

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung wurden befragt, zu welchen Anlässen sie Alkohol trinken. Tabelle 14 gibt die Anteile der „oft“ und „(fast) immer“-Antworten wieder. Alkohol wird hauptsächlich abends und zumeist in geselliger Runde getrunken. Die meisten „oft“ oder „(fast) immer“-Antworten finden sich bei den Items „bei festlichen Anlässen“ (48,3%), „auswärts mit Freunden oder Familie“ (29,8%), „am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie“ (21,3%) sowie „zum Abendessen“ (10,2%). Dagegen trinken nur wenige oft oder (fast) immer, wenn sie alleine zu Hause oder auswärts sind (5,0 bzw. 4,4%). Der Anteil derjenigen, die normalerweise nach der Arbeit Alkohol trinken, bewegt sich in der gleichen Größenordnung. Alkohol spielt beim Frühstück und beim Mittagessen so gut wie gar keine Rolle: Nur 0,2% der Alkoholkonsumenten gaben an, zum Frühstück gewöhnlich Alkohol zu trinken, beim Mittagessen sind es 0,6%. Bei allen Items antworteten prozentual deutlich mehr Männer als Frauen mit „oft“ oder „(fast) immer“.

Tabelle 14: Trinksituationen

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Zum Essen									
Am Morgen	0,2	0,4	--	--	--	0,9	--	0,3	0,3
Zum Mittagessen	0,6	0,9	0,3	0,2	--	0,9	0,2	0,7	1,4
Zum Abendessen	10,2	13,0	7,2	1,4	2,6	7,7	9,2	14,3	15,2
Außerhalb der Mahlzeiten									
Nach der Arbeit	5,1	8,0	1,9	0,8	2,4	7,0	4,3	5,3	7,8
Am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie	21,3	27,0	15,2	11,7	13,9	22,0	20,0	24,3	26,0
Alleine zu Hause	5,0	7,0	3,0	0,6	0,4	3,0	5,4	5,4	9,5
Auswärts mit Freunden oder Familie	29,8	36,3	23,1	36,5	44,4	39,1	24,4	26,6	25,1
Alleine auswärts	4,4	7,0	1,6	3,6	3,1	3,9	3,9	4,3	6,9
Bei festlichen Anlässen	48,3	56,2	40,2	47,7	55,6	52,4	47,2	44,8	47,2

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

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

Bei den meisten Trinkgelegenheiten (zum Mittag- bzw. Abendessen, abends zu Hause, alleine zu Hause und alleine auswärts) steigt der Anteil der „oft“ und „(fast) immer“-Antworten tendenziell mit dem Alter. So geben beispielsweise 11,7% der 15 bis 17-jährigen Alkoholkonsumenten an, abends zu Hause mit Freunden oder Familie zu trinken, bei den 50 bis 59-Jährigen ist der Anteil mehr als doppelt so hoch (26%). Bei denen, die auswärts mit Freunden oder Familie trinken, ist es umgekehrt: Dort stellen die jüngeren Befragten die größere Gruppe dar.

4.4 Einstellungen zum Thema Alkohol

Die Tabelle 15 zeigt Einstellungen zum Thema Alkohol in verschiedenen Altersgruppen. Die Tabelle gibt die Anteile derjenigen wieder, die bei den einzelnen Items mit „trifft ziemlich zu“ oder „trifft völlig zu“ antworteten. Es wurden nur Personen befragt, die in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert hatten.

Die meiste Zustimmung fand mit fast 23% die Aussage „Trinken macht mich munter und beschwingt“. Am zweithäufigsten wurde mit fast 21% „Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen“ genannt, dann folgen „Eine trockene Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich“ und „Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch“ mit jeweils etwa 12%. Alle anderen Meinungen sind mit weniger als 10% der Befragten seltener vertreten. Am seltensten war die Aussage „Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen“ mit 1,2%. Ein verhältnismäßig großer Anteil an Personen setzt Alkohol offenbar zur Problembewältigung ein: Die Aussagen „Wenn ich etwas trinke, steigt mein Selbstvertrauen“ und „Alkohol ist für mich ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen“ fielen mit 8,8% bzw. 7,1% relativ häufig. Fast 5% der Befragten bekämpfen mit Alkohol ihre Nervosität und immerhin 4% nutzen Alkohol, um Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen.

Die Rangordnung der Zustimmungen zu den einzelnen Aussagen ist bei beiden Geschlechtern ähnlich. Allerdings bejahen die einzelnen Aussagen jeweils deutlich mehr Männer als Frauen. Besonders auffallend ist dies bei den Aussagen „Eine trockene Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich“ und „Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen“. Männliche Alkoholkonsumenten stimmten diesen Aussagen etwa 2,5mal häufiger zu als weibliche. Wenn es um die Behebung von Befindlichkeitsproblemen mit Hilfe von Alkohol geht, scheinen sich dagegen die Geschlechter weniger stark zu unterscheiden. Alkohol als Mittel, Nervosität zu bekämpfen, Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen oder trübe Stimmungen zu verscheuchen, nannten männliche Alkoholkonsumenten nur 1,2 bis 1,7mal häufiger als weibliche.

Tabelle 15: Einstellungen zum Thema Alkohol

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen	20,9	29,4	12,0	18,2	19,6	19,9	18,0	22,9	24,8
Eine „trockene“ Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich	12,2	17,2	6,9	12,0	9,4	11,5	9,4	12,8	17,6
Zu einer Mahlzeit gehört bei mir gewöhnlich ein Schluck Alkohol	3,6	4,2	2,9	0,2	0,7	0,8	2,0	4,6	8,7
Ich glaube, je mehr Alkohol jemand verträgt, desto höher ist sein Ansehen bei anderen	3,2	3,8	2,6	6,3	3,6	0,8	3,2	3,6	3,5
Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen	1,2	1,5	1,0	3,4	2,7	0,6	0,5	2,1	0,5
Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch	12,4	16,4	8,3	23,3	21,4	16,5	9,0	10,9	8,8
Wenn ich etwas trinke, steigt mein Selbstvertrauen	8,8	10,3	7,3	23,3	20,9	16,3	6,8	3,9	2,4
Alkohol steigert meine Leistungskraft und Ausdauer	1,7	1,9	1,5	4,2	2,8	2,0	2,0	0,8	1,0
Trinken macht mich munter und beschwingt	22,6	25,6	19,4	30,0	38,5	30,3	20,1	17,7	15,7
Alkohol hilft mir, meine Nervosität zu bekämpfen	4,8	6,1	3,5	9,4	9,3	7,9	4,0	3,3	2,4
Alkohol ist für mich ein bewährtes Mittel, Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen	4,0	4,4	3,6	3,6	4,0	4,5	3,8	4,6	3,5
Alkohol ist für mich ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen	7,1	8,1	6,1	16,7	14,9	3,6	6,0	5,7	5,7

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

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

Beim Vergleich der einzelnen Altersgruppen fällt auf, dass deutlich mehr jüngere als ältere Konsumenten dem Alkohol positive Wirkungen zuschreiben. So sinkt z.B. der Anteil der Befragten mit größerem Selbstvertrauen unter Alkoholeinfluss von 23,3% bei den 15 bis 17-Jährigen auf 2,4% bei den 50 bis 59-Jährigen. Außerdem geben auch jeweils wesentlich mehr Jüngere als Ältere an, Alkohol ließe sie leichter mit anderen ins Gespräch kommen, steigere Leistungskraft und Ausdauer, mache munter und beschwingt oder helfe, Nervosität und trübe Stimmungen zu beseitigen. Dagegen finden sich unter den älteren Alkoholkonsumenten prozentual mehr als bei den jüngeren, für die Alkohol in bestimmten Situationen, z.B. bei Feiern oder zu Mahlzeiten, einfach dazugehört.

4.5 Folgen des Alkoholkonsums

Neben den DSM-IV-Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit wurde das Auftreten verschiedener Folgen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten erhoben. Die Angaben dürften die wahren Prävalenzen allerdings deutlich unterschätzen, da sozial unerwünschtes Verhalten zum einen gern geleugnet wird und zum anderen vermutlich der Umfang des eigenen Alkoholkonsums eher unterbewertet wird. Die Zahlen in Tabelle 16 beziehen sich nur auf die Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Alkohol konsumierten.

Als häufigste Folge des Alkoholkonsums nannten die Befragten mit 2,1% körperliche Auseinandersetzungen während oder nach dem Konsum von Alkohol. Darauf folgte mit 0,5% der Nennungen das Scheitern von Beziehungen. Jeweils 0,4% der Befragten nannten den Verlust von Freundschaften und das Aufsuchen eines Arztes. Alle anderen Folgen wie Alkoholentzug, Therapie, Aufsuchen einer Beratungsstelle, Führerscheinentzug und Verlust des Arbeitsplatzes wurden jeweils von höchstens 0,2% der Alkoholkonsumenten genannt. Deutlich mehr männliche als weibliche Alkoholkonsumenten berichteten von diesen Folgen.

Immerhin 5,3% der Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Alkohol konsumierten, gaben an, unter Alkoholeinfluss Auto gefahren zu sein. Männer bejahten diese Aussage 2,6mal häufiger als Frauen.

Tabelle 16: Konsequenzen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten

	Geschlecht		
	Gesamt	Männer	Frauen
Führerscheinentzug	0,1	0,2	--
Medizinisch-psychologische Untersuchung	--	--	--
Arztbesuch	0,4	0,7	0,1
Beratungsstelle aufgesucht	0,1	0,3	--
Alkoholentzug	0,2	0,4	--
Therapie	0,1	0,3	--
Arbeitsstelle verloren	0,1	0,2	--
Scheitern von Beziehungen, Androhung, verlassen zu werden	0,5	0,9	0,1
Verlust von Freundschaften	0,4	0,7	0,2
Körperliche Auseinandersetzung	2,1	3,5	0,5
Autofahren unter Alkoholeinfluss	5,3	7,6	2,9

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

4.6 Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

Die Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV sieht die Unterscheidung von Störungen nach Substanzgebrauch in Missbrauch und Abhängigkeit vor. Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei der in Tabelle 20 aufgeführten sieben Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum aufgetreten sind. Bei Substanzmissbrauch muss mindestens eines von vier Kriterien erfüllt sein, ohne dass gleichzeitig Substanzabhängigkeit vorliegt (Saß et al., 1998).

Insgesamt 3,8% der Befragten erhielten eine Missbrauchsdiagnose nach DSM-IV. Dabei waren Männer deutlich häufiger vertreten als Frauen (6,1% Männer vs. 1,4% Frauen). Die am stärksten vertretene Altersgruppe ist die der 18 bis 24-Jährigen (über 11%), gefolgt von den 25 bis 29-Jährigen und 15 bis 17-Jährigen (jeweils um die 6%). Bei den Älteren trat Alkoholmissbrauch mit 1 bis 2% deutlich seltener auf (Tabelle 17). Am häufigsten wurden die Kategorien „Soziale und zwischenmenschliche Probleme“ mit 3,7% und „Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen“ mit fast 2% genannt (Tabelle 20).

Eine Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV erhielten 3,4% der Befragten. Wie bereits beim Substanzmissbrauch stellten auch bei der Abhängigkeit die Männer den größeren Anteil (5,1% Männer vs. 1,6% Frauen) dar (Tabelle 17). Vergleicht man die Altersgruppen, in denen eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt wird, so zeigt sich ein recht ausgeglichenes Bild mit Prozentwerten zwischen 2 und 4,5%. Die 25 bis 29-Jährigen und die 30 bis 39-Jährigen sind etwas häufiger vertreten, den geringsten Anteil stellen mit 2,2% die 50 bis 59-Jährigen. Am häufigsten wurden die Abhängigkeitskriterien „Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt“ (7,6%) und „Entzugssymptome“ (6,5%) genannt. Danach folgen mit jeweils um die 5% die Kriterien „Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen“ und „Toleranzentwicklung“ (Tabelle 20). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens sind dies 420.000 Personen mit Missbrauchs- und 375.000 Personen mit Abhängigkeitsdiagnose.

Tabelle 17: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	2411	1111	1300	599	337	152	459	439	425
DSM-IV Missbrauch	3,8 (99)	6,1	1,4	5,9	11,3	6,2	2,4	1,5	1,7
DSM-IV Abhängigkeit	3,4 (74)	5,1	1,6	3,2	3,8	4,3	4,4	2,5	2,2

4.7 Tabellen zu Alkohol

Tabelle 18: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht

	Altersgruppen							
	Gesamt		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Männer	991		237	117	59	180	181	217
Abstinent	5,8	(88)	19,8	10,3	1,7	3,9	5,5	5,1
Risikoarmer Konsum	72,9	(705)	67,5	61,5	72,9	79,4	73,5	71,0
Riskanter Konsum	15,2	(137)	8,0	15,4	18,6	12,8	16,0	17,1
Gefährlicher Konsum	5,4	(53)	4,2	10,3	6,8	3,9	3,9	6,0
Hochkonsum	0,8	(8)	0,4	2,6	--	--	1,1	0,9
Frauen	1166		287	183	80	235	217	164
Abstinent	7,1	(91)	11,1	6,0	7,5	5,1	6,5	9,8
Risikoarmer Konsum	79,8	(920)	74,6	80,9	77,5	87,7	79,7	71,3
Riskanter Konsum	8,9	(102)	9,1	7,1	12,5	5,5	9,7	11,6
Gefährlicher Konsum	3,4	(39)	2,8	4,4	1,3	1,3	4,1	6,1
Hochkonsum	0,8	(14)	2,4	1,6	1,3	0,4	--	1,2

Tabelle 19: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten nach Geschlecht

Konsumenten von		Altersgruppen						
		Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Bier	% ¹	83,1	60,9	79,6	84,6	84,3	86,6	84,3
	Liter ²	3,2	2,9	4,6	3,7	2,7	2,9	3,2
Wein/Sekt	%	54,7	34,8	46,0	56,9	57,8	55,4	58,6
	Liter	0,5	0,2	0,4	0,4	0,4	0,7	0,8
Spirituosen%	%	43,1	34,4	54,0	40,0	41,7	40,1	46,2
	Liter	0,07	0,10	0,14	0,07	0,04	0,08	0,06
Konsumentinnen von		Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Bier	% ¹	53,9	51,5	57,2	58,2	53,8	54,1	50,3
	Liter ²	1,4	2,0	1,8	1,8	1,2	1,1	1,4
Wein/Sekt	%	67,2	54,4	60,6	71,4	66,9	68,9	70,3
	Liter	0,6	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,8
Spirituosen%	%	29,2	39,5	53,8	25,3	23,3	20,9	31,4
	Liter	0,05	0,12	0,07	0,03	0,02	0,04	0,06

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

² Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

Tabelle 20: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Missbrauch	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
(1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule	0,7	0,9	0,4	0,6	1,0	1,4	0,6	0,8	--
(2) Substanzgebrauch in gefährl. Situationen	1,9	3,0	0,7	3,4	4,0	2,2	1,7	1,3	1,0
(3) Probleme mit dem Gesetz wg. Substanzgebrauch	0,5	1,0	--	1,3	0,8	0,8	0,3	0,8	--
(4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme	3,7	5,8	1,5	4,7	10,2	6,0	2,4	1,9	1,9
Abhängigkeit									
(1) Toleranzentwicklung	4,9	6,9	2,9	14,5	12,4	4,3	3,6	4,2	1,1
(2) Entzugssymptome	6,5	7,8	5,1	3,7	9,8	7,5	5,5	6,8	5,7
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	7,6	10,8	4,2	8,9	16,3	13,4	6,6	3,8	4,1
(4) Kontrollminderung	3,7	5,0	2,4	2,5	2,1	3,5	3,7	3,9	5,0
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	4,2	5,8	2,5	3,9	5,0	11,6	4,5	1,7	1,7
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	0,8	1,0	0,6	1,5	1,1	--	1,3	1,0	--
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	5,3	8,1	2,3	3,3	6,1	7,9	5,3	5,4	3,5

5 Medikamente

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

Erhoben wurde die Prävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern in den letzten 12 Monaten und 30 Tagen vor der Befragung. Diese Medikamentenklassen werden übereinstimmend als wichtigste Gruppen im Zusammenhang mit Missbrauch bzw. Abhängigkeit genannt. Vor dem Hintergrund häufiger Fehlanwendungen (vgl. Maffli & Bahner, 1999) wurden darüber hinaus auch Antidepressiva und Neuroleptika erfasst.

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

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

5.1 Prävalenz der Einnahme von Medikamenten

5.1.1 Einnahme in den letzten 12 Monaten

Fast die Hälfte (46%) aller Befragten gab an, in den letzten 12 Monaten mindestens ein psychoaktives Medikament eingenommen zu haben (Tabelle 21). Bei den Frauen waren es sogar

noch etwas mehr (53%). Die mit nahezu 44% am häufigsten genannte Substanzklasse war die der Schmerzmittel (Männer: 37,4%, Frauen: 49,9%). Erst mit großem Abstand folgen die Beruhigungs- (5,9%) und Schlafmittel (4,2%). Antidepressiva liegen mit etwa 3,5% der Nennungen an vierter Stelle.

Bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie bei Antidepressiva ist tendenziell ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenz mit zunehmendem Alter zu erkennen. Auffallend hoch sind bei diesen Medikamenten jedoch nur die Anteile der Ältesten (50 bis 59 Jahre). Beispielsweise nahmen 10,6% der 50 bis 59-Jährigen in den letzten 12 Monaten Beruhigungsmittel, der Durchschnitt aller Altersgruppen liegt bei ca. 6%. Etwas überraschend sind die relativ hohen Werte bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Antidepressiva bei den 25 bis 29-Jährigen, die bei beiden Geschlechtern zu beobachten sind (Tabelle 26). Dies könnte aber auch an Verzerrungen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Altersgruppe liegen.

Tendenziell gaben Frauen etwas häufiger als Männer an, in den letzten 12 Monaten psychoaktive Medikamente eingenommen zu haben. Dies bezieht sich auf alle erfassten Medikamentengruppen außer den Anregungsmitteln und den Neuroleptika. Bei den Schmerzmitteln ist bei Männern wie Frauen ein leichter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz mit dem Alter zu erkennen, mit einem Knick bei den 50 bis 59-Jährigen, bei denen der Anteil niedriger als der Durchschnitt liegt. Zu bemerken ist außerdem der recht hohe Anteil der jungen Konsumentinnen von Appetitzüglern (Tabelle 26). Insgesamt nahmen in den letzten 12 Monaten 1,8% der befragten Frauen Appetitzügler, die 18 bis 24-Jährigen waren mit 3,4% und die 15 bis 17-Jährigen mit 2,4% vertreten.

Tabelle 21: 12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	43,6	37,4	49,9	38,4	40,1	44,3	45,5	48,1	38,9
Schlafmittel	4,2	4,1	4,3	1,9	1,2	6,0	1,8	4,8	8,0
Beruhigungsmittel	5,9	4,7	7,1	2,4	5,6	7,1	3,2	5,2	10,6
Anregungsmittel	0,8	0,9	0,6	0,3	1,0	0,8	0,4	0,5	1,5
Appetitzügler	1,5	1,1	1,8	1,2	2,1	1,4	0,8	2,1	1,5
Antidepressiva	3,5	2,9	4,2	0,7	2,3	4,6	3,1	3,3	5,1
Neuroleptika	1,2	1,4	1,0	0,3	0,4	0,6	1,1	1,8	2,0
Mindestens ein Medikament	46,4	40,0	53,0	40,3	42,5	45,1	46,8	51,6	44,6

5.1.2 Einnahme in den letzten 30 Tagen

In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung haben etwas über 13% der Befragten zumindest einmal pro Woche eines oder mehrere psychoaktive Medikamente eingenommen (Tabelle 22). Frauen waren etwas häufiger vertreten als Männer (15,3% vs. 11,1%), was jedoch hauptsächlich auf die Arzneimittelgruppe der Schmerzmittel zurückzuführen ist. Diese waren mit fast 10% die dominierende Substanzklasse, gefolgt von Beruhigungsmitteln (2,3%) und Schlafmitteln

sowie Antidepressiva (jeweils unter 2%). Neuroleptika und Appetitzügler spielten mit unter 1% eine deutlich geringere Rolle, Anregungsmittel wurden am seltensten genannt (0,2%).

Die Abbildungen 13 und 14 zeigen die Prävalenz der Einnahme verschiedener psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen aufgeschlüsselt nach Geschlecht und drei Altersgruppen. Bei den Männern ist zu erkennen, dass bei allen Arzneimittelgruppen (außer bei den Anregungsmitteln) der Anteil derjenigen, die psychoaktive Medikamente einnahmen, mit zunehmendem Alter ansteigt. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei den Frauen nur bei Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln und Antidepressiva. Eine feinere Unterteilung nach Alter und Geschlecht findet sich in Tabelle 27. Auffallend ist hier, wie schon bei der 12-Monats-Prävalenz, der im Vergleich zum Durchschnitt der Konsumentinnen (0,8%) höhere Anteil an jungen Frauen, die Appetitzügler einnahmen (2% bei den 18 bis 24-Jährigen und 1,8% bei den 15 bis 17-Jährigen). Besonders hoch ist außerdem bei beiden Geschlechtern der Anteil der 50 bis 59-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen Beruhigungsmittel einnahmen.

Tabelle 22: Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen

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

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

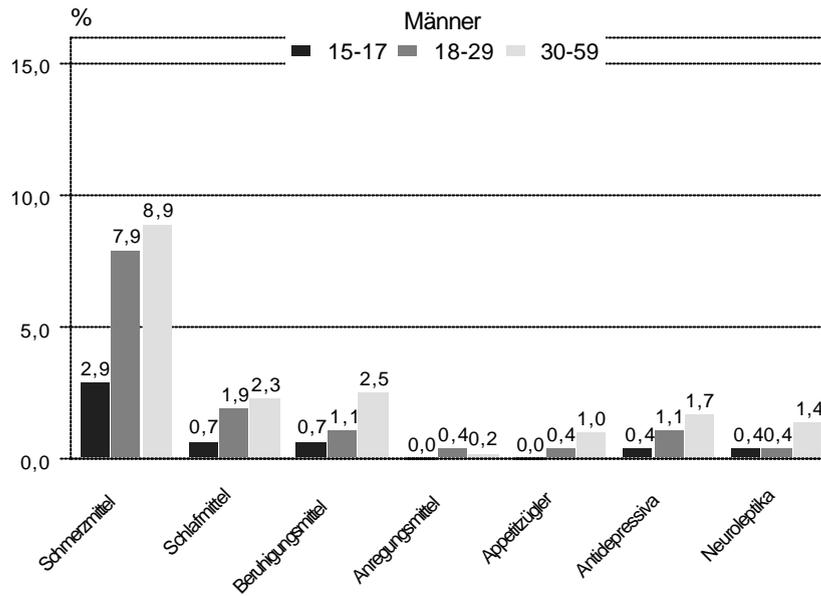


Abbildung 13: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Männern

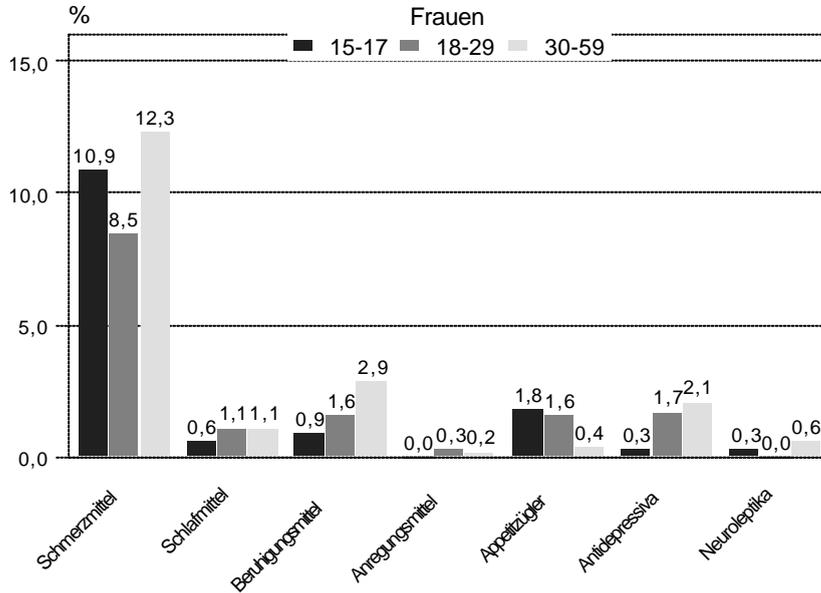


Abbildung 14: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Frauen

5.2 Screening zur problematischen Einnahme von Medikamenten

Die Befragten wurden gebeten, ihre Meinung zu mehreren Aussagen zur Medikamenteneinnahme abzugeben. Hierzu wurde ein Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) herangezogen. Vier oder mehr positive Antworten signalisieren den Autoren zufolge Handlungsbedarf, d.h. sprechen für ein bestimmtes Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotential. Immerhin 3% der Befragten erreichten diesen kritischen Wert (Tabelle 23). Bei den Frauen waren es etwas mehr (3,4%) als bei den Männern (2,7%). Mit 4,9% fällt besonders die Gruppe der 50 bis 59-Jährigen ins Gewicht, während die 18 bis 24-Jährigen den niedrigsten Wert aufweisen (1,2%).

Tabelle 23: Prävalenz der problematischen Medikamenteneinnahme (KFM)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	2413	1107	1306	603	341	155	466	429	419
KFM (≥ 4)	3,0 (64)	2,7	3,4	1,3	1,2	5,3	1,9	2,9	4,9

Wie Tabelle 28 zu entnehmen ist, äußerten 17% der Befragten einen sozialen Rückzugswunsch. Besonders Frauen gaben an, sich zeitweilig von allem zurückziehen zu wollen (über 20%). Jeweils zwischen 6% und 7% der Befragten begründeten ihre Medikamenteneinnahme mit Schmerzen (Frauen deutlich häufiger als Männer), gaben an, sich bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben, oder waren der Meinung, in bestimmten Situationen nicht ohne Medikamente auskommen zu können (insbesondere wiederum Frauen). Etwa 4% fühlten sich mit Medikamenten leistungsfähiger, jeweils etwa 3% sind überzeugt, sich ohne Medikamente unwohl zu fühlen bzw. glauben, ohne Medikamente nicht einschlafen zu können. Dass andere bei ihnen medikamentenbezogene Probleme vermuten, glaubten die Wenigsten (0,6%). Bedeutsame Unterschiede zwischen den Altersgruppen finden sich kaum, lediglich die Gruppe der 50 bis 59-Jährigen erzielt höhere Werte bzgl. einer Reihe von Items, z.B. den Aussagen, ohne Medikamente schlechter einschlafen (5%) oder bestimmte Situationen nicht bewältigen zu können (9%). Bedenklich erscheint, dass fast 2% der Befragten ein Nachlassen der Medikamentenwirkung, d.h. eine Toleranzsteigerung berichten, was im Sinne von DSM-IV bereits auf das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit hindeutet. Weitaus am höchsten ist dieser Anteil bei den 50 bis 59-Jährigen (3,3%).

5.3 Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV

Abhängigkeit nach DSM-IV wurde für Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler erfasst. Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei von sieben umschriebenen Symptomen für denselben 12-Monats-Zeitraum zutreffen. Zur Erfassung dieser Symptome wurden an DSM-IV angelehnte Fragen eingesetzt. Es zeigt sich ein ähnliches Muster wie schon bei den problematischen Aussagen zum Medikamentengebrauch (Tabelle 23). Insgesamt 2,5% der Befragten erfüllen die Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit.

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	2251	1050	1201	568	316	148	424	395	400
DSM-IV Abhängigkeit	2,5 (62)	2,5	2,5	1,8	0,8	4,2	1,9	3,2	2,9

Als auffälligstes Abhängigkeitssymptom erweist sich mit 7,0% das Kriterium „Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt“ (Tabelle 29). Danach folgt mit ca. 4% das Item „Entzugssymptome“ und „Kontrollminderung“ mit 3,5% der Nennungen. Etwa 3% berichten „Toleranzentwicklung“ und „fortgesetzten Gebrauch trotz schädlicher Folgen“. Kaum Bedeutung im Zusammenhang mit medikamentenbezogenen Abhängigkeitsproblemen hat dagegen das Kriterium „hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung“. Charakteristisch für eine körperliche Abhängigkeit nach DSM-IV sind die Kriterien „Toleranzentwicklung“ und „Entzugssymptome“. Diese beiden Items werden am seltensten in der Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen genannt (jeweils unter 2%). Einen Spitzenwert erreichen sie bei den 25 bis 29-Jährigen. Dies könnte jedoch auf Verzerrungen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Altersklasse zurückzuführen sein. Danach folgen die 40 bis 49-Jährigen mit 3% beim Item „Toleranzentwicklung“ und nahezu 5% bei „Entzugssymptomen“. Die Prävalenzwerte der Frauen liegen, außer beim Kriterium „Entzugssymptome“ stets leicht über denen der Männer.

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	1,7	1,6	1,8	1,4	0,5	2,0	1,4	2,7	1,7
Schlafmittel	0,6	0,7	0,4	--	0,2	2,1	--	0,2	1,1
Beruhigungsmittel	0,6	0,6	0,6	0,1	0,2	0,5	0,4	0,6	1,0
Anregungsmittel	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Appetitzügler	0,1	--	0,1	0,3	--	--	--	0,2	--

Im Vergleich der Abhängigkeit von verschiedenen Medikamenten (Tabelle 25) fallen mit einer Prävalenz von 1,7% vor allem die Schmerzmittel ins Gewicht. Den höchsten Wert erzielen hier die 40 bis 49-Jährigen (2,7%). Die anderen Substanzklassen spielen mit Werten bis maximal 0,6% nur eine untergeordnete Rolle (Schlaf- und Beruhigungsmittel) bzw. sind sogar fast ganz ohne Bedeutung (Anregungsmittel und Appetitzügler). Nennenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen oder zwischen den verschiedenen Altersgruppen finden sich nicht.

5.4 Tabellen zu Medikamenten

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

Männer	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	37,4	28,1	33,8	38,5	39,4	43,2	32,1
Schlafmittel	4,1	1,8	1,5	6,2	1,0	3,7	9,6
Beruhigungsmittel	4,7	1,8	5,2	6,2	1,5	3,1	10,4
Anregungsmittel	0,9	0,4	1,5	1,6	0,5	0,5	1,3
Appetitzügler	1,1	--	0,7	1,6	0,5	2,1	1,3
Antidepressiva	2,9	0,7	2,2	4,7	1,0	3,1	5,0
Neuroleptika	1,4	0,4	0,7	--	1,0	3,1	1,7
Mindestens ein Medikament	40,0	29,6	34,6	38,5	40,9	47,0	37,7
Frauen	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	49,9	49,3	46,6	50,6	51,9	53,1	45,6
Schlafmittel	4,3	2,1	1,0	5,7	2,7	6,0	6,3
Beruhigungsmittel	7,1	3,0	5,9	8,0	5,0	7,4	10,8
Anregungsmittel	0,6	0,3	0,5	--	0,4	0,4	1,7
Appetitzügler	1,8	2,4	3,4	1,2	1,2	2,2	1,7
Antidepressiva	4,2	0,6	2,5	4,6	5,4	3,4	5,1
Neuroleptika	1,0	0,3	--	1,2	1,2	0,4	2,3
Mindestens ein Medikament	53,0	51,6	50,7	52,2	53,0	56,2	51,4

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

Tabelle 27: Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht

Männer	Altersgruppen						
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	8,3	2,9	6,6	9,2	5,0	12,1	10,8
Schlafmittel	2,1	0,7	0,7	3,1	0,5	2,1	5,1
Beruhigungsmittel	2,0	0,7	2,2	--	0,5	1,6	6,4
Anregungsmittel	0,2	--	0,7	--	--	0,5	--
Appetitzügler	0,8	--	0,7	--	0,5	2,1	0,4
Antidepressiva	1,5	0,4	0,7	1,5	0,5	2,1	3,0
Neuroleptika	1,1	0,4	0,7	--	0,5	3,1	0,9
Mindestens ein Medikament	11,1	4,4	7,4	10,8	6,9	15,1	16,9
Frauen	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	11,3	10,9	10,3	6,7	10,3	13,5	13,6
Schlafmittel	1,0	0,6	1,0	1,1	0,4	1,3	1,8
Beruhigungsmittel	2,5	0,9	2,0	1,1	1,5	3,0	4,7
Anregungsmittel	0,2	--	0,5	--	--	--	0,6
Appetitzügler	0,8	1,8	2,0	1,1	--	0,9	0,6
Antidepressiva	1,9	0,3	--	3,4	2,7	1,7	1,8
Neuroleptika	0,5	0,3	--	--	0,4	0,4	1,2
Mindestens ein Medikament	15,3	13,4	14,9	10,2	12,7	18,2	19,4

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

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	2,8	2,2	3,4	1,0	1,1	3,7	1,2	3,3	5,1
Tablettenvorrat	6,9	7,0	6,8	4,5	6,8	10,9	7,5	5,1	6,4
Sozialer Rückzugswunsch	17,0	14,1	20,1	13,5	16,3	17,9	17,6	18,1	16,0
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht bewältigt werden	6,0	5,0	7,2	4,9	3,1	7,2	5,4	5,4	9,0
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,9	0,2
Toleranzsteigerung	1,9	1,7	2,1	0,8	1,0	2,7	1,0	2,3	3,3
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	6,1	4,9	7,3	6,3	3,8	9,9	4,1	7,4	6,5
Geringere Nahrungsmittelaufnahme in Zeiten erhöhten Medikamentenkonsums	1,7	1,3	2,2	3,2	1,2	2,7	1,9	0,8	1,9
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	3,4	3,0	3,8	0,4	0,5	3,7	1,7	4,5	6,8
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	2,0	1,9	2,1	1,9	1,1	4,8	1,6	1,3	2,3
Mit Medikamenten leistungsfähiger	3,7	3,2	4,2	2,5	1,6	5,6	1,8	4,6	5,8

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

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

6 Tabak

Im Tabakbereich wurden die Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Rauchens erhoben, geordnet nach den Tabakwaren Zigaretten, Zigarren, Zigarillos und Pfeife. Zusätzlich wurde der Konsum von Schnupf- und Kautabak erfasst. Analog zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde auch der Zigarettenkonsum mit einem Frequenz-Menge-Index erhoben. Die durchschnittliche Zigarettenzahl pro Tag berechnet sich dabei aus der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde, und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Tag konsumierten Zigaretten. Die Mengen aufgenommenen Kondensats und Nikotins können nicht spezifisch berechnet werden, da sie nicht nur vom Nikotin- und Kondensatgehalt der Zigaretten, sondern auch von individuellen Rauchgewohnheiten (Zugvolumen und -frequenz) abhängen (Junge, 1997). Nikotin hat ein anerkannt hohes Suchtpotential (WHO, 1999). Neben den DSM-IV Kriterien der Nikotinabhängigkeit wurde daher der Fagerström Test (Heatherton et al., 1991) zur Bestimmung der Stärke der Nikotinabhängigkeit eingesetzt. Darüber hinaus wurde die Änderungsmotivation der Raucher nach dem Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1992) erhoben. Sowohl Raucher als auch Exraucher wurden außerdem zu Hilfsmitteln befragt, die sie verwendet hatten, um mit dem Rauchen aufzuhören. Ein weiterer Fragenkomplex widmete sich dem Thema Passivrauchen.

6.1 Tabakwaren

Sowohl Raucher als auch Exraucher wurden danach gefragt, welches Produkt sie für gewöhnlich benutzten und welche Tabakwaren sie zusätzlich oder früher konsumiert haben (Tabelle 30). Bei der Frage nach den Tabakwaren, die zusätzlich zum normalerweise gerauchten Produkt konsumiert wurden, waren Mehrfachnennungen möglich. Die meisten Raucher bevorzugten fabrikfertige Filterzigaretten (87%), bei den Frauen waren es sogar fast 94%. Danach folgen selbthergestellte Zigaretten ohne Filter mit 4,4% aller Befragten, wobei die Männer mit 6,6% den größeren Anteil stellen, und selbthergestellte Filterzigaretten (insgesamt etwas über 3%). Alle anderen Produkte wurden mit unter 2% deutlich seltener als hauptsächliche Rauchware genannt, am geringsten war der Anteil bei Zigarren (0,4%). Als weitere Rauchware, zusätzlich zu dem Produkt, das hauptsächlich geraucht wurde, nannten die Befragten vor allem selbthergestellte Zigaretten (filterlose 17,1%, mit Filter 11,3%) und fabrikfertige Zigaretten mit Filter (10,2%) und ohne Filter (8,8%). Danach folgen Zigarillos (8%) sowie Pfeife und Zigarren (beide ca. 6%).

Neben dem Rauchen von Tabak (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos und Pfeife) wurde zusätzlich erstmalig der Konsum von Schnupf- und Kautabak erfasst (Tabelle 31). Die Lebenszeitprävalenz von Schnupftabak beträgt insgesamt fast 11%, die von Kautabak 1,7%. Beide Produkte wurden hauptsächlich von jüngeren Konsumenten genutzt, die prozentualen Anteile nehmen mit steigendem Alter tendenziell ab. So liegt beispielsweise die Lebenszeitprävalenz der 18 bis 24-Jährigen beim Schnupftabak bei 18,5%, bei den 50 bis 59-Jährigen sind es nur noch knapp 5%. Die 12-Monats-Prävalenz liegt beim Schnupftabak bei 1,6%, beim Kautabak bei nur 0,1%. Wie bei der Lebenszeitprävalenz ist auch bei der 12-Monats-Prävalenz bei beiden

Produkten der Anteil der jüngeren Konsumenten am höchsten und nimmt dann tendenziell mit steigendem Alter ab. Kautabak beispielsweise konsumierten im letzten Jahr in der vorliegenden Studie nur die unter 25-Jährigen. Sowohl bei Schnupf- als auch bei Kautabak zeigten sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Frauen konsumierten diese Produkte wesentlich seltener als Männer.

Tabelle 30: Hauptsächliche und weitere Tabakwaren

	Hauptsächliche Tabakwaren			Weitere Tabakwaren		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
	846	374	472	835	379	456
Zigaretten mit Filter (fabrikfertig)	87,0 (753)	80,8	93,6	10,2 (71)	13,7	6,2
Zigaretten mit Filter (selbsthergestellt)	3,1 (21)	2,0	4,3	11,3 (109)	11,9	10,7
Zigaretten ohne Filter (fabrikfertig)	1,5 (11)	2,9	--	8,8 (73)	13,4	3,5
Zigaretten ohne Filter (selbsthergestellt)	4,4 (30)	6,6	2,1	17,1 (167)	19,7	14,2
Zigarren	0,4 (4)	0,7	--	5,9 (56)	10,6	0,5
Zigarillos	1,8 (13)	3,5	--	8,0 (74)	11,7	3,9
Pfeife	1,9 (14)	3,6	--	6,3 (47)	11,1	1,0

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

Lebenszeit	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schnupftabak	10,8	16,6	4,8	16,9	18,5	13,5	11,2	8,6	4,9
Kautabak	1,7	2,8	0,5	1,2	3,7	2,4	2,2	1,2	--
12-Monate	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schnupftabak	1,6	2,6	0,5	7,1	3,6	0,8	1,3	1,0	0,6
Kautabak	0,1	0,2	--	0,3	0,8	--	--	--	--

6.2 Tabakkonsum

In Abbildung 15 ist die Verteilung der Raucher, Nichtraucher und ehemaligen Raucher (Exraucher) sowie der Zigarettenkonsum pro Tag für Männer und Frauen dargestellt. Raucher sind definiert als Personen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Zu den Nichtrauchern zählen auch Personen, die Tabakwaren zwar probiert, insgesamt aber nicht mehr als 100 Zigaretten (bzw. Zigarren, Pfeifen oder Zigarillos) geraucht haben. Exraucher sind Personen, die schon mehr als 100 Zigaretten bzw. andere Tabakprodukte konsumiert haben, derzeit jedoch abstinent sind.

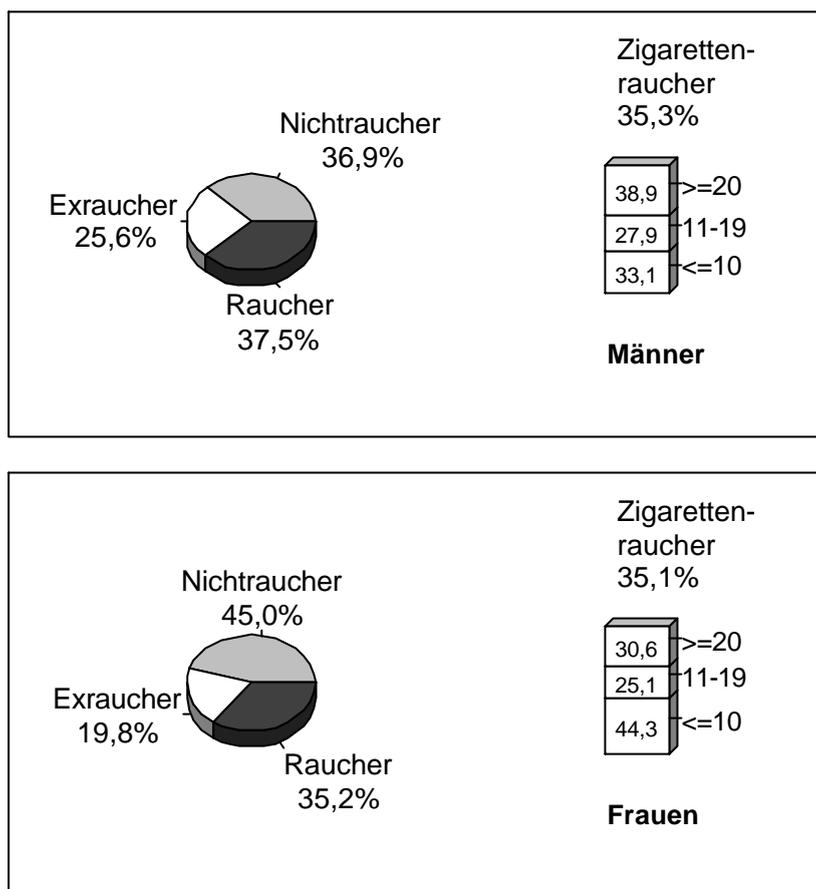


Abbildung 15: Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag

6.2.1 Prävalenz des Tabakkonsums

Insgesamt gaben über 36% aller Befragten an, zu rauchen, davon 37,5% Männer und 35,2% Frauen (Tabelle 32; Abbildung 15). Hochgerechnet auf die nordrhein-westfälische Wohnbevölkerung sind dies 4,0 Mio. aktuelle Raucher (2,1 Mio. Männer und 1,9 Mio. Frauen). Der Anteil der Raucher ist in der ältesten und in der jüngsten Altersgruppe am niedrigsten. Die meisten Raucher finden sich in der Altersgruppe der 18 bis 24-Jährigen (über 43%). Auffallend ist, dass die Anteile der Raucherinnen in den Altersgruppen 15 bis 17 und 18 bis 24 Jahre sogar höher liegen als die Anteile der gleichaltrigen Raucher (Tabelle 40). Der Anteil der Exraucher (insgesamt 22,8%) nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Weniger als die Hälfte der Frauen (45%) und 37% der Männer sind der Gruppe der Nichtraucher zuzurechnen.

Tabelle 32: Raucher, Exraucher und Nichtraucher

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	2453	1126	1327	617	344	156	467	441	428
Nichtraucher	40,9 (1135)	36,9	45,0	67,0	49,7	51,3	40,0	30,0	35,9
Exraucher	22,8 (454)	25,6	19,8	3,4	7,0	13,0	22,3	30,4	35,3
Raucher	36,3 (864)	37,5	35,2	29,5	43,4	35,7	37,7	39,6	28,8

Bei den Jugendlichen rauchen deutlich mehr Mädchen (33%) als Jungen (26%; Tabelle 40). Auch bei den 18 bis 24-Jährigen ist diese Tendenz noch zu beobachten, bei den Älteren kehrt sich das Verhältnis um, d.h. die Anteile der Raucher liegen über denen der Raucherinnen.

6.2.2 Umfang des Zigarettenkonsums

Fast 35% der Zigarettenraucher gaben an, im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten täglich zu rauchen. Diese Gruppe wurde als starke Raucher definiert. Eine Hochrechnung auf die nordrhein-westfälische Wohnbevölkerung ergibt 1,4 Mio. starke Raucher. Bei den Männern ist der Anteil der starken Raucher mit ca. 39% deutlich höher als bei den Frauen mit fast 31% (Abbildung 15). Der Anteil der starken Raucher steigt kontinuierlich mit zunehmendem Alter. In der Gruppe der 15 bis 17-Jährigen sind 8,3%, bei den 50 bis 59-Jährigen sind mit 46% bereits fast die Hälfte der Zigarettenraucher starke Raucher (Tabelle 33). Der Anteil der Raucher, die zwischen 11 und 19 Zigaretten täglich konsumierten, liegt bei insgesamt 26,5%. Einen Spitzenwert nehmen hier die 25 bis 29-Jährigen ein (37%), dies könnte jedoch an Verzerrungen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Altersklasse liegen. Der Anteil der leichten Raucher mit einem Konsum von durchschnittlich bis zu 10 Zigaretten pro Tag liegt insgesamt bei 38,7%. Tendenziell wird er mit zunehmendem Alter niedriger. Bei den 15 bis 17-Jährigen sind fast drei Viertel der Zigarettenraucher leichte Raucher, bei den 18 bis 24-Jährigen noch mehr als die Hälfte, bei den Älteren liegen die Anteile zwischen 30 und 40%.

Tabelle 33: Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	770	332	438	171	144	50	156	151	98
bis 10	38,7 (358)	33,1	44,3	72,1	52,2	31,5	36,2	31,9	36,3
11-19	26,5 (194)	27,9	25,1	19,7	31,9	37,0	25,9	25,0	17,7
20 oder mehr	34,8 (218)	38,9	30,6	8,3	15,9	31,5	37,9	43,0	46,0

6.3 Nikotinabhängigkeit nach Fagerström

Neben der Klassifikation nach DSM-IV (Abschnitt 6.5) wurde die Nikotinabhängigkeit mit dem Fagerström Test (FTND; Heatherton et al., 1991) erhoben. Dieser Test ist so konzipiert, dass der Untersuchungsschwerpunkt - anders als bei DSM-IV - eher auf dem Aspekt der körperlichen Abhängigkeit liegt. Der FTND liefert keine kategoriale Einteilung in abhängige bzw. nicht abhängige Raucher, sondern erfasst die Stärke Abhängigkeit als psychometrische Größe (Batra, 2000). In der Literatur werden verschiedene Cut-off-Points verwendet. Um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen, ist in Tabelle 42 die prozentuale Verteilung der erreichten Punktwerte einzeln aufgeführt. Grundsätzlich gilt, dass die Abhängigkeit umso stärker ist, je höher der erreichte Summenscore in den Tests liegt. Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich nur auf Personen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten.

Personen mit einem Score ab vier Punkten wurden als deutlich abhängig definiert (Breslau & Johnson, 2000). Einen Score von vier oder mehr Punkten im FTND erreichten etwa 37% der befragten Raucher. Dabei waren die Männer mit etwa 44% häufiger vertreten als die Frauen (ca. 32%). Der Anteil der stärker Abhängigen steigt mit zunehmendem Alter. Sind es bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) noch deutlich unter 20%, so erreichen die 50 bis 59-Jährigen stärker abhängigen Raucher einen Anteil von 46,6% (Tabelle 34).

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	716	304	412	159	140	49	146	135	87
FTND (≥ 4)	37,3 (238)	43,6	31,8	18,8	25,7	35,1	39,0	44,1	46,6

6.4 Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

Für die Untersuchung der Nikotinabhängigkeit in Anlehnung an die Kriterien des DSM-IV (Saß et al., 1998) wurden sowohl Raucher befragt als auch Exraucher, die in den letzten 12 Monaten aufgehört hatten, zu rauchen. Gab ein Befragter an, dass drei oder mehr der in Tabelle 43 genannten Kategorien auf ihn zutrafen, so wurde er als nikotinabhängig klassifiziert. Die 12-Monats-Prävalenz der nach diesen Kriterien Tabakabhängigen liegt, bezogen auf die Gesamtbevölkerung (d.h. Raucher, Exraucher und Nichtraucher) insgesamt bei 9,4%, es finden sich keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens sind dies 1,0 Mio. Personen mit der DSM-IV-Diagnose „Nikotinabhängigkeit“. Betrachtet man die Prävalenzen in den verschiedenen Altersgruppen, so fällt auf, dass vor allem die jüngeren Befragten nach DSM-IV als nikotinabhängig einzustufen waren (Tabelle 35). Bei den 15 bis 17-Jährigen liegt der Anteil bei 12,6%, er nimmt mit steigendem Alter immer mehr ab und liegt bei der ältesten Gruppe, den 50 bis 59-Jährigen, bei nur noch knapp 3%. Die insgesamt am häufigsten genannten Kategorien waren „Entzugssymptome“ (17,5%) und „Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen“ mit 14% (Tabelle 43). Danach folgen „Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt“ mit 12,3% und „Kontrollminderung“

mit 11%. Die Kategorien „Toleranzentwicklung“, „Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung“ sowie „Einschränkung wichtiger Tätigkeiten“ wurden mit jeweils unter 4% deutlich seltener genannt.

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	2418	1105	1313	610	339	155	465	433	416
DSM-IV Abhängigkeit	9,4 (252)	9,7	9,2	12,6	18,5	13,3	9,9	7,0	2,9

Nikotinabhängigkeit - DSM-IV und FTND im Vergleich

Die Zahlen zu DSM-IV in Tabelle 35 beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung (Raucher und Nichtraucher). Ein Vergleich zwischen den Anteilen der Nikotinabhängigen nach DSM-IV und FTND in der Stichprobe der Raucher ist in Abbildung 16 – getrennt nach Geschlecht – für drei Altersgruppen dargestellt. Insgesamt bewegt sich der Anteil der nikotinabhängigen Raucher bzw. Raucherinnen nach DSM-IV zwischen 17% und 39%, nach FTND zwischen 18% und 48%. Auffällig ist jedoch die genau gegenläufige Altersverteilung in den beiden Instrumenten. So nimmt die Zahl der Nikotinabhängigen nach DSM-IV mit steigendem Alter ab, nach FTND dagegen zu, und zwar sowohl bei den Rauchern als auch bei den Raucherinnen.

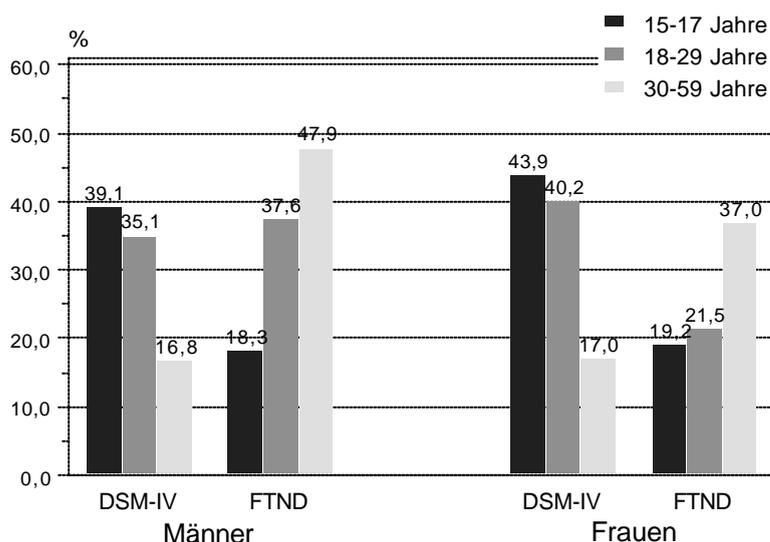


Abbildung 16: Prävalenz der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV und FTND

6.5 Rauchstadium und Änderungsbereitschaft

Die Änderungsbereitschaft der Raucher wurde in der vorliegenden Studie in Anlehnung an das Stufenmodell von Prochaska und DiClemente (1992) erfasst. Danach durchlaufen Raucher auf dem Weg in die Abstinenz die fünf Stufen Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung (vgl. Abschnitt 2.3).

Tabelle 36 zeigt die Anteile der befragten Raucher bzw. Exraucher in den einzelnen Stufen nach Geschlecht und nach der Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten. Die meisten Befragten (38%) gaben an, dass sie mit dem Gedanken spielen, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie sind damit im Modell der Stufe der Absichtsbildung zuzurechnen. Fast 35% befinden sich in der Stufe der Aufrechterhaltung, d.h. haben vor mehr als 6 Monaten mit dem Rauchen aufgehört. Weitere 18,6% haben nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören und werden daher zur Stufe der Absichtslosigkeit gerechnet. Die beiden Kategorien der Vorbereitung (Absicht, innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufzuhören) und der Handlung (innerhalb der letzten 6 Monate aufgehört) sind mit 2,2% bzw. 6,8% relativ gering besetzt. Damit befinden sich in den Stufen Absichtslosigkeit und Absichtsbildung, die als die Stufen mit der geringsten Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Verhaltensänderung gelten, zusammen über die Hälfte (56,4%).

Es finden sich bei der Kategorisierung nach Stufen der Änderungsbereitschaft kaum nennenswerte Geschlechtsunterschiede. Etwas mehr Frauen als Männer befinden sich allerdings in der Stufe der Absichtslosigkeit. Differenziert man nach der Anzahl der durchschnittlich pro Tag konsumierten Zigaretten in leichte, mittlere und starke Raucher, so ist die prozentuale Verteilung in den einzelnen Stufen meist ähnlich. Raucher, die zwischen 11 und 20 Zigaretten täglich rauchen, sind in der Stufe der Absichtsbildung mit 43% überrepräsentiert (leichte und starke Raucher jeweils etwa 30%). In der Stufe der Aufrechterhaltung dagegen sind die mittelstarken Raucher am wenigsten vertreten.

Die Gruppe der Befragten, die nicht täglich rauchten, unterscheidet sich am deutlichsten von den anderen Rauchern. In der Stufe der Handlung (in den letzten 6 Monaten aufgehört) stellen sie mit 17,7% den größten Anteil (tägliche Raucher: unter 5%); in der Stufe der Aufrechterhaltung dagegen den kleinsten Anteil (etwa 15%), während die Anteile bei den täglichen Rauchern in den jeweiligen Konsumklassen über 30% bzw. 50% liegen.

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

	Geschlecht			Nikotinkonsum			
	Gesamt	Männer	Frauen	nicht tägl.	≤10	11-20	21-
	1290	623	667	285	240	444	225
Absichtslosigkeit	18,6 (256)	16,4	21,2	22,4	14,4	18,4	16,5
Absichtsbildung	37,8 (504)	38,2	37,3	40,3	29,6	43,0	30,1
Vorbereitung	2,2 (37)	1,3	3,1	4,7	2,3	1,1	0,9
Handlung	6,8 (102)	7,8	5,6	17,7	3,6	4,3	1,6
Aufrechterhaltung	34,6 (391)	36,2	32,8	14,9	50,1	33,2	50,8

6.6 Beendigung des Tabakkonsums

Sowohl Raucherinnen als auch Raucher wurden in den letzten 12 Monaten vor allem von Familienangehörigen oder Personen aus dem engeren Bekanntenkreis dazu aufgefordert, mit dem Rauchen aufzuhören, am häufigsten mit fast 31% von ihren Eltern und mit 27,4% von ihrem Partner (Tabelle 37). Es finden sich kaum Geschlechtsunterschiede. Einen ärztlichen Rat, das Rauchen aufzugeben, erhielten 14,6% der Männer und 14,4% der Frauen.

Tabelle 37: Aufforderungen zum Thema „Rauchen aufhören“ in den letzten 12 Monaten

	Geschlecht		
	Gesamt	Männer	Frauen
(Ehe-)Partner	27,4	29,3	25,3
Eltern	30,7	30,5	31,0
Eigene Kinder	21,9	18,9	25,3
Freund/in, Bekannte	19,7	19,0	20,5
Personen am Arbeitsplatz	12,2	13,8	10,3
Ein Arzt	14,5	14,6	14,4
Andere Person	7,9	7,3	8,6

Sowohl Raucher, die in den letzten zwei Jahren vergeblich versuchten, sich das Rauchen abzugewöhnen, als auch Exraucher wurden befragt, welche Hilfsmittel sie bei ihrem letzten Aufhörversuch verwendeten. Beide Gruppen versuchten überwiegend ohne jegliche Hilfsmittel, mit dem Rauchen aufzuhören (Raucher 62%, Exraucher 83,3%). Danach folgt die Unterstützung durch Partner, Freunde und Familie (Raucher 20,2%, Exraucher 15,7%). Über 3% der Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören, nannten außerdem Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos. Viele der Befragten, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, nannten „Andere Hilfsmittel“ (7,8%) sowie Nikotinpflaster (7,4%), Bücher und andere Medien (6,3%) sowie Nikotinkaugummi (5,3%). Wesentlich seltener wurden in beiden Gruppen die Hilfsmittel Entwöhnungskurs oder -seminar, Akupunktur und -pressur und Hypnose genannt. Die Prozentzahlen sind, wegen der wenigen Nennungen, hier nicht mehr aussagekräftig. Es

zeigen sich kaum Geschlechtsunterschiede. Tendenziell griffen Frauen etwas häufiger zu Büchern, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos als Männer (Tabelle 38).

Tabelle 38: Benutzte Hilfsmittel, um mit dem Rauchen aufzuhören

	Personen, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben			Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören		
	Gesamt 317	Männer 140	Frauen 177	Gesamt 454	Männer 248	Frauen 206
Entwöhnungskurs oder -seminar	0,8 (2)	--	1,7	0,2 (1)	0,3	--
Nikotinpflaster	7,4 (16)	8,4	6,5	1,3 (5)	1,4	1,0
Nikotinkaugummi	5,3 (13)	6,1	4,5	0,6 (3)	0,9	0,3
Bücher, Broschüren, Kasset- ten, CDs, Videos	6,3 (25)	4,1	8,7	3,1 (14)	1,8	4,7
Hypnose	-- --	--	--	0,4 (2)	0,3	0,5
Akupunktur, Akupressur	1,5 (3)	1,5	1,5	-- --	--	--
Unterstützung durch Part- ner(in), Freund(in), Familie	20,2 (62)	19,6	20,8	15,7 (71)	13,8	18,3
Andere Hilfsmittel	7,8 (26)	10,8	4,6	1,6 (8)	1,1	2,2
Keine Hilfsmittel	62,0 (204)	61,9	62,0	83,3(375)	86,0	79,7

6.7 Passivrauchen

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

Die Fragen zum Passivrauchen wandten sich nur an Nicht- und Exraucher. Diese Personengruppe war durchschnittlich 10,5 Stunden pro Woche Zigarettenrauch ausgesetzt, dabei Männer etwas länger als Frauen (fast 13 Stunden bei den Männern vs. ca. 8 Stunden bei den Frauen). Vor allem in der Freizeit, d.h. in Clubs, Diskotheken, Gaststätten oder bei sonstigen Veranstaltungen befanden sich Nicht- und Exraucher häufig in Räumen, in denen geraucht wurde (76,7%). Mehr als die Hälfte der berufstätigen Befragten (56,7%) war auch während der Arbeit Zigarettenrauch ausgesetzt, Männer dabei häufiger als Frauen (Tabelle 39). Die meisten Nicht- und Exraucher fühlten sich durch das Passivrauchen stark gestört (44%), weitere 38% störte der Zigarettenrauch weniger stark. Nur 18% fühlten sich durch Rauchen in ihrer Gegenwart nicht beeinträchtigt. Ein relativ großer Anteil (fast 35%) der Befragten hat im letzten Jahr ver-

sucht, Orte zu meiden, an denen viel geraucht wird bzw. hat in der Wohnung rauchfreie Räume eingeführt. Frauen waren hier etwas häufiger vertreten als Männer (39,2% vs. 30,6%).

Tabelle 39: Aussagen zum Passivrauchen von Nicht- und Extra Rauchern

	Geschlecht		
	Gesamt	Männer	Frauen
Passivrauchen zu Hause	20,3	17,1	24,0
Passivrauchen in der Freizeit	76,7	78,1	75,1
Passivrauchen in der Arbeit ¹	56,7	61,4	50,2
Passivrauchen bei sonstigen Gelegenheiten	29,2	27,7	30,9
Raucher stören stark	44,0	41,3	46,6
weniger stark	38,0	38,6	37,4
gar nicht	18,0	20,1	16,0
Versucht, Passivrauchen zu vermeiden	34,9	30,6	39,2

¹ Erwerbstätige und Auszubildende

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

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
(1) Toleranzentwicklung	3,3	3,7	2,9	7,7	6,9	2,9	3,3	2,6	0,9
(2) Entzugssymptome	17,5	18,6	16,3	16,4	25,6	19,6	19,9	14,6	11,7
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	12,3	11,7	12,8	16,5	22,7	16,0	11,8	9,7	6,1
(4) Kontrollminderung	11,0	11,3	10,7	11,2	21,1	12,6	9,4	10,9	6,2
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	1,8	2,2	1,4	2,1	3,0	3,2	1,8	1,7	0,2
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	1,4	2,2	0,7	1,9	2,6	2,1	1,7	0,9	0,4
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	13,9	15,0	12,7	10,8	19,5	12,0	14,8	17,7	7,1

7 Konsummuster

7.1 Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen

Zwischen 15 und 37% der Befragten in den Altersgruppen 15 bis 17 Jahre, 18 bis 29 Jahre und 30 bis 59 Jahre haben Erfahrung mit mindestens einer illegalen Droge (Tabelle 44). Die 18 bis 29-Jährigen gaben am häufigsten an, bereits mindestens einmal illegale Drogen genommen zu haben (ca. 37%), gefolgt von den 15 bis 17-Jährigen mit etwa 20%. In Tabelle 45 sind die Häufigkeiten des Gebrauchs verschiedener Drogen in den unterschiedlichen Altersgruppen dargestellt. Insgesamt haben ca. 21% der Drogenerfahrenen zwei oder mehr verschiedene Drogen probiert. Dabei gibt es so gut wie gar keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. In Bezug auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung hat von den jugendlichen aktuellen Drogenkonsumenten ungefähr ein Viertel mehrere Substanzen genommen. Bei den Älteren liegt der Anteil bei 20% (30 bis 59-Jährige) bzw. 16,5% (18 bis 29-Jährige) und damit etwas niedriger als bei den Jugendlichen. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumierten ca. 16% der Jugendlichen zwei oder mehr Drogen. Bei den 18 bis 29-Jährigen waren es 14%, bei den 30 bis 59-Jährigen 7,5%. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der 30-Tage-Prävalenz ist eine Interpretation dieser Anteile jedoch problematisch.

Tabelle 44: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen

	Drogenerfahrung			
	Gesamt	15-17	18-29	30-59
	2474	623	501	1350
Lebenszeit	20,7 (508)	20,4	37,3	15,1
12 Monate	7,5 (250)	17,6	20,6	2,2
30 Tage	4,0 (146)	11,2	11,5	1,0

Tabelle 45: Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen

	Altersgruppen			
	Gesamt	15-17	18-29	30-59
Lebenszeit	508	127	190	191
1 Droge	78,7 (398)	76,5	78,8	78,9
2 Drogen	11,3 (59)	13,7	11,0	11,2
3 Drogen	3,2 (15)	2,5	2,9	3,6
≥ 4 Drogen	6,8 (36)	7,3	3,6	6,3
12 Monate	250	109	114	27
1 Droge	81,7 (197)	75,1	83,5	79,7
2 Drogen	9,1 (28)	13,5	6,8	13,8
3 Drogen	3,0 (9)	4,5	2,7	3,2
≥ 4 Drogen	6,2 (16)	6,9	7,0	3,2
30 Tage	146	69	65	12
1 Droge	86,5 (123)	84,1	85,6	92,5
2 Drogen	6,1 (11)	6,3	5,7	7,5
3 Drogen	6,4 (7)	2,9	8,7	--
≥ 4 Drogen	1,0 (5)	6,7	--	--

7.2 Illegale Drogen und Alkohol

Wie stark der Zusammenhang zwischen Drogenerfahrung und Alkoholkonsum ist, zeigt Tabelle 46. In allen Altersklassen sind die Drogenprävalenzwerte (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) derer mit mindestens riskantem Alkoholkonsum etwa 2 bis 3mal so hoch wie die von Personen mit risikoarmem oder ohne Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten.

Tabelle 46: Drogenprävalenz nach Alkoholkonsum

	abstinent/risikoarm				mindestens riskant			
	Gesamt	15-17	18-29	30-59	Gesamt	15-17	18-29	30-59
Drogenprävalenz	1804	453	355	996	393	81	93	219
Lebenszeit	18,0 (324)	17,0	32,7	13,4	35,0 (136)	40,4	61,6	23,3
12 Monate	5,4 (144)	15,1	15,1	1,5	17,4 (80)	35,7	43,0	5,5
30 Tage	3,1 (82)	8,5	9,2	0,8	8,5 (47)	25,6	22,3	1,6

Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) in Gramm Reinalkohol pro Tag. Männer, abstinent/risikoarm: 0-30g; mindestens riskant: >30g. Frauen, nicht riskant: 0-20g; mindestens riskant: >20g.

7.3 Illegale Drogen und Tabak

Auch die Assoziation zwischen dem Konsum illegaler Drogen und Rauchen ist analog zum Alkohol stark ausgeprägt. Bei den Rauchern sind deutlich höhere Drogenprävalenzen (Lebenszeit, 12-Monate, 30 Tage) zu finden als bei den Nichtrauchern. Besonders stark ausgeprägt ist dies bei den Jugendlichen, bei denen die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzwerte der Raucher etwa 6-mal so hoch sind wie die der Nichtraucher (Tabelle 47). Da Cannabis, die am häufigsten konsumierte illegale Droge, üblicherweise geraucht wird (z.B. Haschisch oft auch als Mischung mit Tabak), ist es nicht verwunderlich, dass die 30-Tage-Prävalenzwerte der Raucher ein Vielfaches der Werte der Nicht- und Exraucher betragen.

Tabelle 47: Drogenprävalenz nach Tabakkonsum

	Nichtraucher/Exraucher				Raucher			
	Gesamt	15-17	18-29	30-59	Gesamt	15-17	18-29	30-59
Drogenprävalenz	1589	432	294	863	864	185	206	473
Lebenszeit	13,7 (191)	8,7	22,3	11,4	33,4 (317)	49,1	60,4	22,2
12 Monate	3,7 (71)	7,1	10,6	1,2	14,3 (179)	43,5	36,0	4,2
30 Tage	1,5 (34)	3,5	5,0	0,2	8,5 (112)	29,9	21,4	2,4

7.4 Alter des ersten Drogenkonsums

Die Diskussion um das Alter des ersten Drogengebrauchs dreht sich einerseits um den Zusammenhang zwischen einem frühen Einstieg in den Drogenkonsum und seinen späteren Folgen. Zum anderen ist v.a. von Interesse, ob sich das Einstiegsalter weiter nach vorne verlagert hat. Untersuchungen auf der Grundlage singulärer Querschnittdaten vergleichen die Angaben

zum Alter des ersten Drogengebrauchs dabei über Geburtskohorten, die zum Zeitpunkt der Befragung unterschiedlich alt sind (Perkonig et al., 1997; Warner et al., 1995).

Die in Abbildung 17 dargestellte empirische (kumulative) Verteilungsfunktion zeigt die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in einem bestimmten Alter für verschiedene Kohorten. Bis zum Alter von 16 Jahren haben in der ältesten Kohorte (Jahrgang 1941-1970) ca. 2% bereits Erfahrung mit illegalen Drogen. In der mittleren Altersgruppe (Jahrgang 1971-1982) haben in diesem Alter bereits 15% und in der jüngsten Kohorte (Jahrgang 1983-1985) 20% das erste Mal illegale Drogen genommen. Bei den beiden älteren Kohorten zeigt sich durch die ab dem 20. Lebensjahr sukzessive flacher werdende Kurve, dass nach dem 25. Lebensjahr nur noch wenige mit dem Drogenkonsum beginnen.

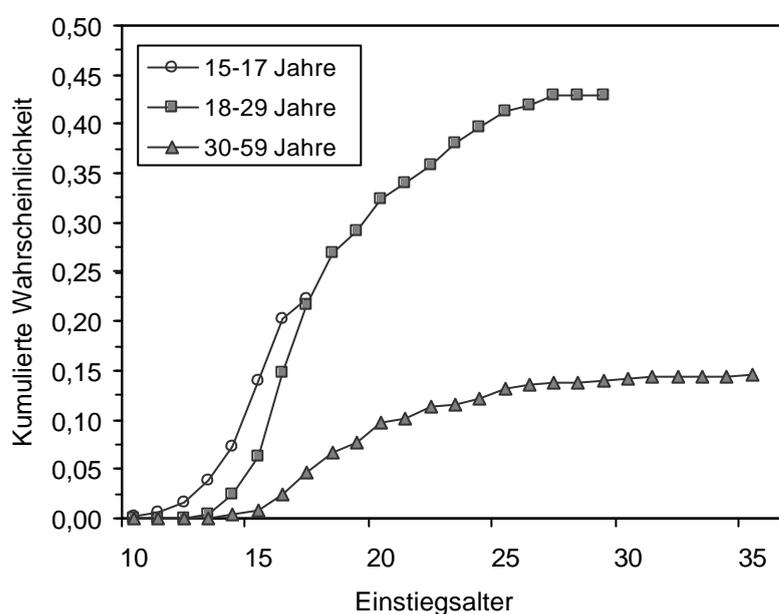


Abbildung 17: Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Drogenkonsums

Retrospektive Angaben in Abhängigkeit vom Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung sind in der Regel bestimmten kognitiven Prozessen wie Vergessen und Vor- oder Rückverlagerung der Ereignisse unterworfen (Kraus, 2000). Trotz möglicher Vergessens- oder Rückverlagerungseffekte in der Altersgruppe der 30 bis 59-Jährigen wird hier ein erheblicher Anstieg der Drogenprävalenz für die jüngeren Altersgruppen deutlich. Dies ist in erster Linie ein Hinweis auf die in letzter Zeit stattfindende Zunahme des Drogenkonsums.

8 Trends 1990-2000

8.1 Methode

Im Rahmen der Bundesstudie 1990 wurden Personen im Alter von 12 bis 39 Jahre befragt, der Altersbereich der Studien von 1995 bis 2000 lag zwischen 18 und 59 Jahren. In der aktuellen Studie in Nordrhein-Westfalen wurde zusätzlich eine Stichprobe von 15 bis 17-Jährigen gezogen. Damit sind bei den hier vorgenommenen Trendanalysen zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak für die 15 bis 17-Jährigen Vergleiche zwischen den Jahren 1990 und 2000 möglich, für die 18 bis 39-Jährigen Vergleiche der Jahre 1990, 1995, 1997 und 2000 sowie für die 40 bis 59-Jährigen Vergleiche für die Jahre ab 1995.

Die Grundgesamtheit bestand bis 1990 aus Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, seit 1995 aus der deutschsprechenden Wohnbevölkerung. Darüber hinaus machte die Weiterentwicklung des Kenntnisstands in der Suchtforschung die Einführung neuer Methoden und neuer Instrumente erforderlich, so dass die Kontinuität des Instruments zur Beobachtung zeitlicher Veränderungen nicht immer gewährleistet werden konnte. Nach kleineren Veränderungen des Befragungsinstruments zwischen 1980 und 1990 erfolgte 1993 im Zuge der Neukonzeption der Bundesstudie der größte Einschnitt sowohl bei dem Befragungsinstrument als auch bei der Erhebungsmethode. Bei der Überarbeitung des Fragebogens stand in erster Linie die Erfassung negativer Auswirkungen des Gebrauchs psychotroper Substanzen bei Erwachsenen im Vordergrund.

Während 1995 und 1997 die Befragungspersonen im ADM-Design, einer Random-Route-Begehung, ausgewählt wurden (Kraus & Bauernfeind, 1998a), wurden in den Untersuchungen von 1990 und 2000 in einem zweistufigen Verfahren Adressen aus Einwohnermeldekarteien gezogen (Abschnitt 2.1). Bei den beiden Methoden unterscheiden sich u.a. Festlegung der Zielperson sowie Kontaktierung der Zielperson (vollständig postalisch bei der Ziehung aus Einwohnermeldekarteien, durch Mitarbeiter des Feldinstitut beim ADM-Design) und könnten daher einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Ergebnisse haben. Koch (1997), der Random-Route- und Einwohnermelderegister-Stichproben bezüglich verschiedener Zielgrößen verglich, stellte fest, dass Angaben aus Random-Route-Verfahren und Einwohnermelderegister-Stichproben durchaus vergleichbar sind. Koch verglich zwar nicht die Prävalenzwerte psychotroper Substanzen sondern soziodemographische Merkmale; man kann jedoch davon ausgehen, dass der Konsum psychotroper Substanzen stark mit soziodemographischen Merkmalen korreliert ist. Außerdem werden durch die Gewichtung zwei dieser Merkmale (Alter und Geschlecht) kontrolliert.

Neben dem Auswahlverfahren wurde auch das Befragungsinstrument im Zuge neu durchgeführter Bevölkerungssurveys überarbeitet und mehrfach aktualisiert. Welche Ergebnisse der Studien 1990 und 2000 in den Trendanalysen zu illegalen Drogen, Alkohol und Tabak vergleichbar sind, wird im Folgenden den jeweiligen Themenbereichen vorangestellt. Mit einem zweiseitigen Test auf Trends in den Anteilen wurde geprüft, ob die Prävalenzen im Beobachtungszeitraum tendenziell gestiegen oder gefallen sind (Margolin, 1988). Da keine einfachen

Zufallstichproben vorliegen, wurden die Varianzen zur Berücksichtigung des Stichprobendesigns mit SUDAAN geschätzt (Shah, Barnwell & Bieler, 1997).

Aus den Bundesstudien 1990, 1995 und 1997 wurden die Angaben der Bewohner Nordrhein-Westfalens entnommen. Die Daten von 1990 wurden so gewichtet, dass die gewichtete Verteilung von Altersgruppen und Geschlecht mit der Bevölkerungsstruktur Nordrhein-Westfalens am 31.12.1990 übereinstimmt. Bei den anderen Erhebungen aus den 90er Jahren war eine Neugewichtung nicht nötig.

8.2 Illegale Drogen

Fragebogen

Ein Trendvergleich der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen ist für Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate und Kokain ab 1990 möglich. Bei den 15 bis 17-Jährigen liegen nur Ergebnisse für 1990 und 2000 vor, bei den 40 bis 59-Jährigen Zahlen ab 1995. Die Prävalenz von Ecstasy wurde erst ab 1995 erhoben.

In Bezug auf Probierbereitschaft und Beschaffbarkeit gab es sowohl im Wortlaut der Frage als auch bei den Antwortkategorien Änderungen. 1990 wurde getrennt für Cannabis, Kokain und Opiate die Frage gestellt, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Befragten auf einer Party oder einer Veranstaltung die jeweilige Droge nehmen würden. Die Respondenten konnten ihre Einschätzung auf einer sechsstufigen Skala zwischen „sehr unwahrscheinlich“ und „sehr wahrscheinlich“ abgeben. 1995 wurde die Frage umformuliert: „Stellen sie sich einmal vor, dass Ihnen Drogen angeboten werden: Würden Sie dann die folgenden Drogen nehmen?“. Statt der sechsstufigen Antwortskala gab es eine dreistufige Skala mit den Kategorien „ja“, „vielleicht“ und „nein“, die Liste der Substanzen umfasste Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin, Methadon, andere Opiate (wie Codein, Opium), Kokain/Crack und Schnüffelstoffe. 2000 wurden zusätzlich Pilze berücksichtigt.

1990 konnten die Respondenten die Beschaffbarkeit verschiedener illegaler Drogen auf einer fünfstufigen Skala mit den Kategorien „sehr leicht“, „ziemlich leicht“, „ziemlich schwierig“, „sehr schwierig“ und „gar nicht“ einschätzen. Die Liste der illegalen Drogen umfasste Cannabis, Amphetamine, LSD, Heroin, Methadon, andere Opiate (Codein, Opium) und Kokain/Crack. Ab 1995 wurde zusätzlich die Beschaffbarkeit von Ecstasy erfasst.

Lebenszeitprävalenz

Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis ist in allen Altersgruppen deutlich angestiegen, insbesondere zwischen 1997 und 2000 (Tabelle 48). Bei den 18 bis 39-Jährigen beträgt sie derzeit 29% gegenüber 16% 1990, 21% (1995) und 17% 1997 ($p < 0.01$). Bei den 15 bis 17-Jährigen, bei denen nur Ergebnisse von 1990 und 2000 vorliegen, hat sich die Lebenszeitprävalenz von Cannabis von 6% (1990) auf 20% (2000) mehr als verdreifacht ($p < 0.01$). Auch die Lebenszeitprävalenzen der anderen illegalen Drogen liegen bei den 15 bis 17-Jährigen 2000 über de-

nen aus 1990. Die Lebenszeitprävalenzen der illegalen Drogen (außer Cannabis) sind nach einem Maximum 1995 wieder gesunken (Tabelle 48). Gegenüber 1990 haben sie sich bei den 18 bis 39-Jährigen kaum verändert.

12-Monats-Prävalenz

Die Abbildungen 18 und 19 zeigen die Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz für die Altersgruppen 15 bis 17 bzw. 18 bis 29 Jahre in den letzten zehn Jahren für die Substanzgruppen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD/Mescaline, Opiate und Kokain. In der Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen ist für alle illegalen Drogen ein leichter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz zu verzeichnen (Abbildung 18 und Tabelle 49). Eine Sonderstellung nimmt Cannabis ein. Die 12-Monats-Prävalenz hat sich bei den Jugendlichen von 1990 (5%) auf 2000 (17%) mehr als verdreifacht ($p < 0.01$). Die Prävalenz von Ecstasy wurde 1990 nicht erhoben, daher kann hier kein Vergleich angestellt werden. Die aktuelle 12 Monats-Prävalenz von Ecstasy liegt bei den 15 bis 17-Jährigen bei 2,3% und ist damit in dieser Altersgruppe die am häufigsten genannte illegale Droge nach Cannabis.

Auch bei den 18 bis 29-Jährigen ist ein deutlicher Anstieg der 12-Monats-Prävalenz von Cannabis zu verzeichnen (Abbildung 19 und Tabelle 49). Nach 6% (1990), 15% (1995) und 8% (1997) liegt sie nun bei über 20% ($p < 0.01$). Bei allen anderen illegalen Drogen zeigt sich im Vergleich mit den Vorjahren bei der 12-Monats-Prävalenz ein uneinheitliches Bild mit geringfügigen Schwankungen. Jeweils ca. 2% gaben an, in den letzten 12 Monaten Kokain und Amphetamine konsumiert zu haben. Auffällig sind die relativ hohe Prävalenz von Ecstasy im Jahr 1995 (4%), sie ist 2000 auf etwa 1% gesunken. Auch bei den anderen illegalen Drogen lagen die Prävalenzen 1995 auffallend hoch.

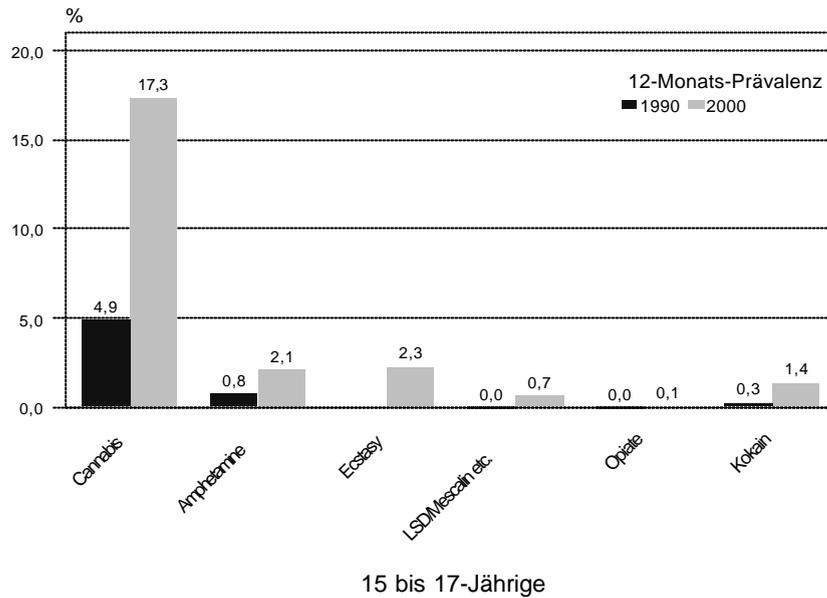


Abbildung 18: 12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 15 bis 17-Jährige 1990-2000

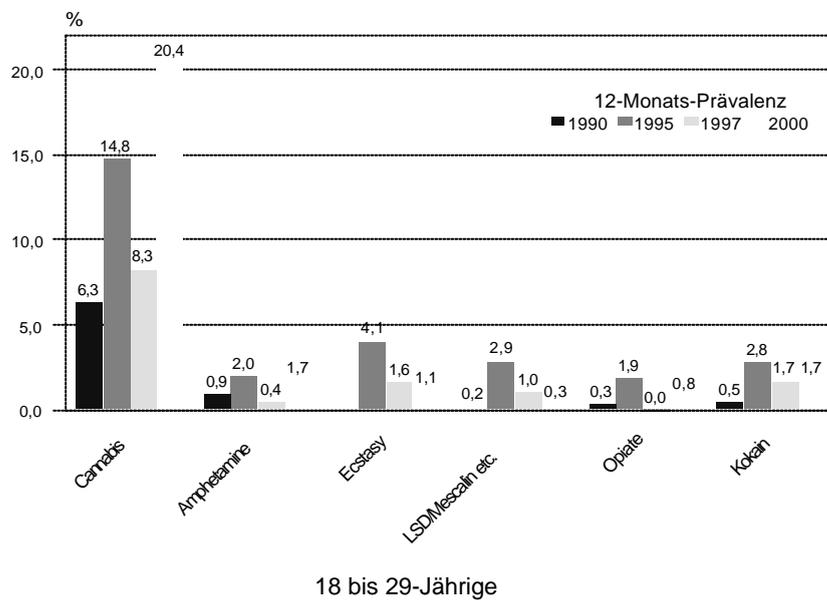


Abbildung 19: 12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 18 bis 29-Jährige 1990-2000

Tabelle 48: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990-2000

	1990	1995	1997	2000	Testwert	P
Gesamt: 18 bis 39 Jahre	3185	857	874	971		
Cannabis	16,0	20,7	16,7	28,5	6,98	0,0000
Amphetamine	3,4	4,2	1,4	2,9	-1,33	0,1852
Ecstasy		3,6	1,8	1,8	-1,95	0,0515
LSD	2,0	3,0	2,3	1,5	-0,48	0,6314
Opiate ¹	1,8	2,4	0,8	1,1	-1,75	0,0799
Kokain	1,6	3,1	2,3	2,9	2,44	0,0146
illegale Drogen insgesamt	16,8	21,5	16,7	29,0	6,59	0,0000
15 bis 17 Jahre	365			623		
Cannabis	5,8			19,7	6,91	0,0000
Amphetamine	1,1			2,6	1,76	0,0781
Ecstasy				2,5	--	--
LSD	--			0,9	2,44	0,0145
Opiate ¹	--			0,4	1,74	0,0828
Kokain	0,3			1,4	2,07	0,0386
illegale Drogen insgesamt	5,8			20,1	7,04	0,0000
18 bis 29 Jahre	1920	398	356	501		
Cannabis	17,8	26,5	15,7	36,6	6,56	0,0000
Amphetamine	3,4	6,4	0,9	4,1	0,16	0,8737
Ecstasy		6,1	2,2	3,1	-1,66	0,0963
LSD	1,7	4,2	2,2	2,0	0,95	0,3408
Opiate ¹	1,7	3,9	0,3	0,9	-1,24	0,2142
Kokain	1,8	4,1	1,8	4,0	2,09	0,0363
illegale Drogen insgesamt	18,5	27,5	15,7	37,1	6,35	0,0000
30 bis 39 Jahre	1265	459	518	470		
Cannabis	13,6	14,3	17,6	21,6	3,74	0,0002
Amphetamine	3,2	1,8	1,9	1,9	-1,97	0,0492
Ecstasy		0,9	1,3	0,6	-0,67	0,5013
LSD	2,5	1,8	2,4	1,1	-1,85	0,0648
Opiate ¹	1,9	0,8	1,3	1,3	-1,16	0,2446
Kokain	1,3	2,0	2,7	1,9	1,47	0,1429
illegale Drogen insgesamt	14,5	14,9	17,6	22,0	3,40	0,0007
40 bis 59 Jahre		786	809	880		
Cannabis		4,7	5,4	10,0	4,20	0,0000
Amphetamine		0,9	0,5	1,8	1,88	0,0606
Ecstasy		0,1	0,1	0,1	0,08	0,9373
LSD		0,4	0,8	1,3	1,78	0,0745
Opiate ¹		0,2	0,7	0,6	0,85	0,3971
Kokain		0,4	0,7	0,7	0,72	0,4686
illegale Drogen insgesamt		4,8	5,4	10,5	4,43	0,0000

¹ Heroin, Methadon oder andere Opiate

Tabelle 49: 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen 1990-2000

	1990	1995	1997	2000	Testwert	P
Gesamt: 18 bis 39 Jahre	3185	857	874	971		
Cannabis	4,4	9,4	6,5	11,7	6,95	0,0000
Amphetamine	0,6	1,0	0,5	0,9	0,73	0,4648
Ecstasy		2,2	1,3	0,6	-2,53	0,0114
LSD	0,1	1,5	0,8	0,1	2,37	0,0179
Opiate ¹	0,2	1,2	0,3	0,6	1,50	0,1327
Kokain	0,4	1,6	1,3	1,2	2,96	0,0031
illegale Drogen insgesamt	4,5	9,9	6,5	11,7	6,91	0,0000
15 bis 17 Jahre	363			623		
Cannabis	4,9			17,3	6,48	0,0000
Amphetamine	0,8			2,1	1,71	0,0880
Ecstasy				2,3	--	--
LSD	--			0,7	2,23	0,0258
Opiate ¹	--			0,1	1,00	0,3171
Kokain	0,3			1,4	2,07	0,0386
illegale Drogen insgesamt	4,9			17,4	6,54	0,0000
18 bis 29 Jahre	1920	398	356	501		
Cannabis	6,3	14,8	8,3	20,4	7,22	0,0000
Amphetamine	0,9	2,0	0,4	1,7	1,10	0,2697
Ecstasy		4,1	1,6	1,1	-2,40	0,0165
LSD	0,2	2,9	1,0	0,3	2,21	0,0272
Opiate ¹	0,3	1,9	--	0,8	1,09	0,2778
Kokain	0,5	2,8	1,7	1,7	2,51	0,0121
illegale Drogen insgesamt	6,4	15,9	8,5	20,5	7,25	0,0000
30 bis 39 Jahre	1265	459	518	470		
Cannabis	1,9	3,4	4,7	4,2	2,85	0,0045
Amphetamine	0,2	--	0,5	0,2	0,06	0,9533
Ecstasy		0,1	1,1	0,2	-0,59	0,5585
LSD	--	--	0,6	--	1,97	0,0488
Opiate ¹	0,2	0,5	0,6	0,4	1,23	0,2170
Kokain	0,2	0,2	0,9	0,7	1,93	0,0531
illegale Drogen insgesamt	2,0	3,4	4,7	4,2	2,74	0,0061
40 bis 59 Jahre		786	809	880		
Cannabis		0,6	0,7	0,9	0,72	0,4707
Amphetamine		--	--	0,1	1,00	0,3171
Ecstasy		--	0,1	--	-1,00	0,3187
LSD		--	0,1	--	-1,00	0,3187
Opiate ¹		--	0,1	--	-1,00	0,3187
Kokain		0,1	0,1	0,1	0,08	0,9324
illegale Drogen insgesamt		0,6	0,7	1,0	0,95	0,3399

¹ Heroin, Methadon oder andere Opiate

Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft

Für die Personen ohne Drogenerfahrung zeigen die Abbildungen 20 bis 22 die Veränderungen zwischen 1990 und 2000 in der Bereitschaft, ein Angebot von Cannabis, Kokain und Opiaten anzunehmen, und in der subjektiven Beurteilung, diese Drogen innerhalb von 24 Stunden beschaffen zu können. Dabei beziehen sich die Prozentangaben jeweils auf Respondenten, die diese Fragen beantwortet haben.

Bei den 15 bis 17-jährigen Drogenunerfahrenen ist für Cannabis sowohl die Beschaffbarkeit als auch die Probierebereitschaft gegenüber 1990 deutlich angestiegen. Die Einschätzung der leichten Beschaffbarkeit hat sich von ca. 18% in 1990 auf etwa 36% (2000) verdoppelt, die Probierebereitschaft ist von 4% (1990) auf 10% (2000) ebenfalls stark angestiegen. Während die Werte für die Einschätzung der Beschaffbarkeit bei den Jugendlichen auch bei Kokain und Opiaten gestiegen sind, ist die Probierebereitschaft für diese Substanzen in den letzten 10 Jahren in etwa gleich geblieben (maximal 1,5%; Abbildung 20).

Bei den 18 bis 29-jährigen Drogenunerfahrenen sind Veränderungen vor allem für Cannabis erkennbar. Verglichen mit den Werten von 1990 sind sowohl die Einschätzung der Beschaffbarkeit als auch die Probierebereitschaft angestiegen, gegenüber den Spitzenwerten 1997 sind die Werte jedoch wieder deutlich gefallen. Insgesamt 29% der 18 bis 29-Jährigen halten Cannabis für leicht beschaffbar, 7% würden Cannabis probieren, wenn es ihnen angeboten würde. Für Kokain und Opiate ist die Beschaffbarkeit und Probierebereitschaft nach einer leichten Steigung von 1990 bis 1997 in den letzten drei Jahren wieder gesunken. Unter 1,5% der Befragten 18 bis 29-Jährigen würden Kokain bzw. Opiate probieren, wenn sie ihnen angeboten würden (Abbildung 21).

Im Altersbereich von 30 bis 39 Jahren hat die Probierebereitschaft für Kokain und Opiate zwischen 1990 und 2000 tendenziell abgenommen, die Einschätzung der leichten Beschaffbarkeit von Kokain und Opiaten ist gegenüber 1990 etwas angestiegen. Die Probierebereitschaft von Cannabis ist, vor allem seit 1995, deutlich angestiegen. Lag sie 1990 in dieser Altersgruppe noch bei 3%, so wären 2000 immerhin 8% bereit, Cannabis zu probieren. Entsprechend ist auch die Einschätzung der Beschaffbarkeit von Cannabis gegenüber 1990 (8%) auf 18% (2000) angestiegen. Überraschend ist, dass in diesem für den Beginn des Konsums illegaler Drogen eigentlich recht „hohen“ Alter die Probierebereitschaft von Cannabis deutlich höher geworden ist. Die Ergebnisse weisen auf eine zunehmende Akzeptanz von Cannabis hin (Abbildung 22).

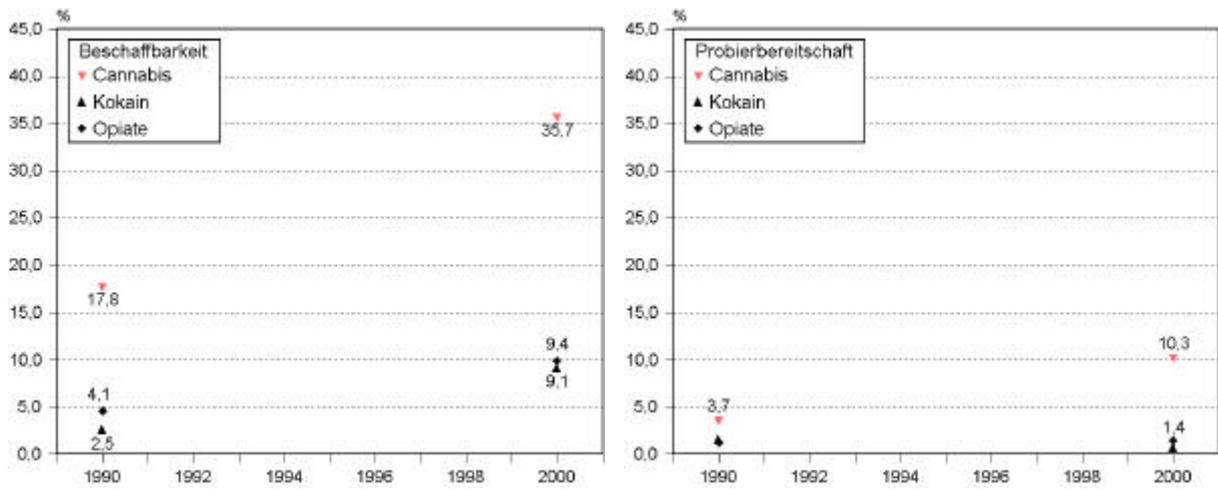


Abbildung 20: Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 15 bis 17-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000

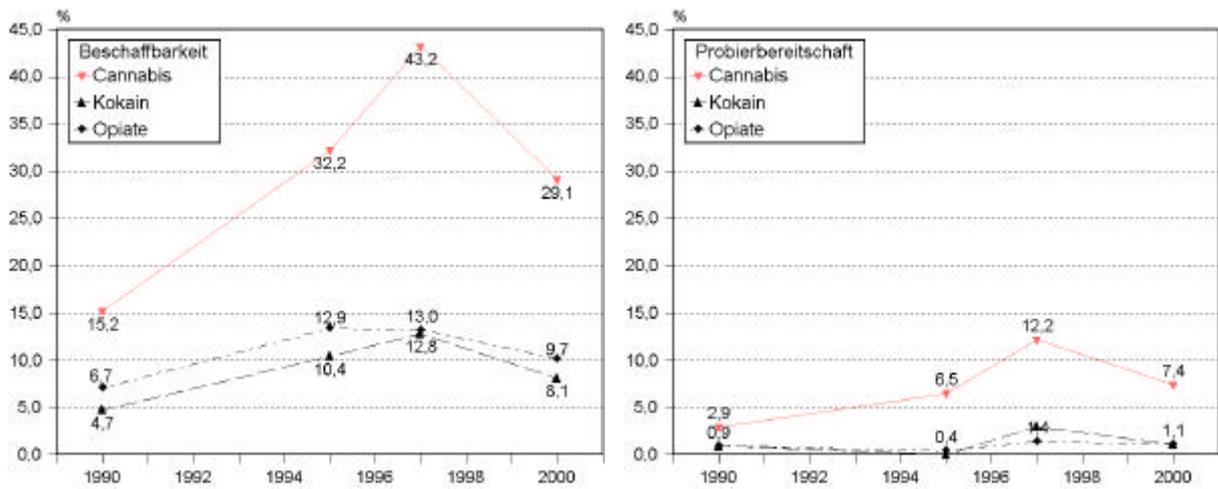


Abbildung 21: Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 18 bis 29-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000

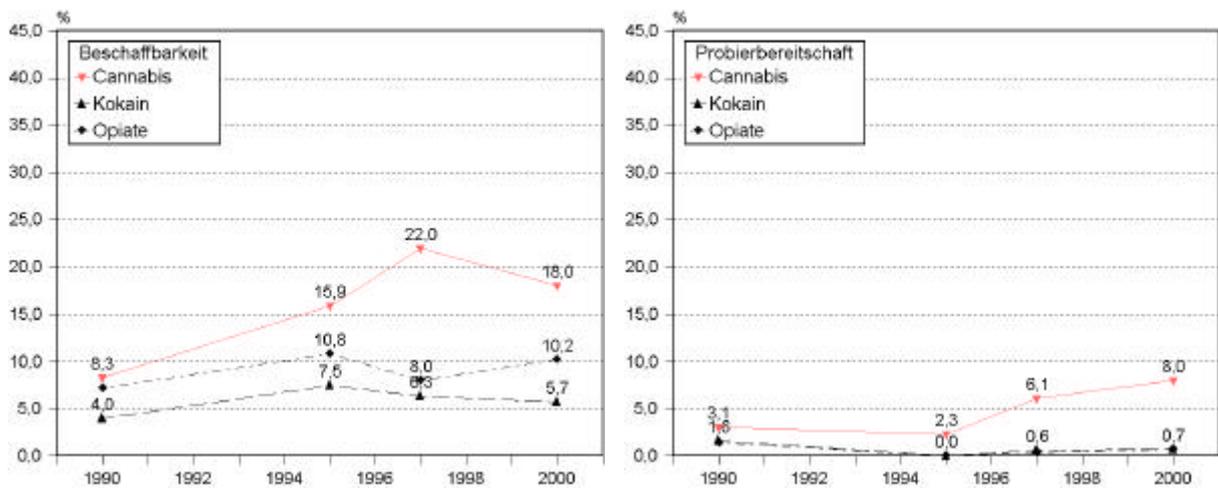


Abbildung 22: Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 30 bis 39-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000

8.3 Alkohol

Fragebogen

In allen Erhebungen wurde eine Liste von Getränken vorgegeben und gefragt, wie häufig diese Getränke konsumiert werden. Als Antwortkategorie waren 1990 „Nie“, „Einmal im Monat und seltener“, „Mehrere Male im Monat“, „Mehrere Male in der Woche“, „(Fast) Täglich“ vorgegeben. Ab 1995 wurde die Kategorie „Einmal im Monat und seltener“ weiter aufgeteilt in „Einmal pro Monat“ und „Seltener“, außerdem wurde eine Kategorie „Einmal pro Woche“ eingeführt sowie „(Fast) Täglich“ durch „Täglich“ ersetzt. Gleichzeitig änderte sich auch die Liste der vorgegebenen Getränke. Spirituosen waren 1990 in zwei Kategorien zusammengefasst, nämlich Cocktails, Liköre, Wermut einerseits und hochprozentige alkoholische Getränke wie Rum, Weinbrand und klare Schnäpse andererseits. Ab 1995 wurde nur noch nach Spirituosen gefragt. Diese Veränderungen beeinträchtigen die Vergleichbarkeit der verschiedenen Erhebungen.

Die Trendvergleiche der Konsumprävalenzen werden für alle Getränkearten ab 1990 vorgenommen. Wegen der Begrenzung des Überschneidungsbereichs gemeinsam untersuchter Altersgruppen zwischen 1990 und 2000 beziehen sich die Trendvergleiche zur Konsumprävalenz und Konsumfrequenz auf die Altersgruppen 15 bis 17, 18 bis 29, 30 bis 39 und 40 bis 59 Jahre, für Vergleiche zwischen den Geschlechtern wegen der relativ geringen Fallzahlen in den einzelnen Altersgruppen auf die 18 bis 39-Jährigen. Wegen der Aufgliederung von Spirituosen in „Cocktails, Liköre, Wermut“ und „Hochprozentige alkoholische Getränke“ in den Fragebögen von 1990 wird der Trendvergleich der Konsumfrequenz für Spirituosen ab 1995 vorgenommen.

Prävalenz des Konsums

In den Abbildungen 23, 24 und 25 sind die Prävalenzen der alkoholischen Getränke Bier, Wein/Sekt und Spirituosen für verschiedene Altersgruppen und nach Geschlecht dargestellt. Am höchsten sind die Prävalenzen von Bier bei den 18 bis 39-jährigen Männern (ca. 90%), deutlich weniger gleichaltrige Frauen (72%) haben Bier konsumiert. Im Vergleich zu den Vorjahren hat die Prävalenz von Bier bei beiden Geschlechtern deutlich zugenommen und – nachdem 1995 und 1997 ein Rückgang der Prävalenzen zu verzeichnen war – bei den Männern nahezu das Niveau von 1990 erreicht bzw. bei den Frauen sogar übertroffen. Die Prävalenz von Sekt/Wein liegt bei den 18 bis 39-jährigen Frauen etwas höher (87%) als bei den Männern (82%). Ähnlich wie bei der Prävalenz von Bier ist nach einem leichten Rückgang zwischen 1990 und 1997 bei beiden Geschlechtern seit 1997 wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, so dass die Zahlen von 1990 übertroffen werden. Deutlich mehr Männer (68%) als Frauen (56%) im Alter zwischen 18 und 39 Jahren konsumieren Spirituosen. Auch hier ist nach leichtem Rückgang in den Jahren 1990 bis 1997 in den letzten drei Jahren wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen, die Prävalenzen liegen jedoch für beide Geschlechter noch geringfügig unter dem Niveau von 1990.

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen (Abbildungen 23 bis 25 linke Spalte), so ist auch hier einheitlich der U-förmige Verlauf der Prävalenzen mit einem Rückgang von 1990 bis 1997 und einem Anstieg seit 1997 zu erkennen. Die einzige Ausnahme bildet die Prävalenz von Spirituosen.

tuosen bei den 40 bis 59-Jährigen, die seit 1995 kontinuierlich abnimmt. Der Anstieg der Prävalenzen in den letzten drei Jahren ist am deutlichsten bei den 18 bis 29-Jährigen bei den Getränkesorten Bier und Wein/Sekt zu beobachten. Lag die Prävalenz von Wein/Sekt bei den 18 bis 29-Jährigen 1990 noch bei 80%, 1995 bei 76% und 1997 bei 66%, so ist sie 2000 wieder auf 80% angestiegen. Einen ganz ähnlichen Verlauf nimmt in dieser Altersgruppe die Prävalenz von Bier.

Für die 15 bis 17-Jährigen liegen nur Daten aus den Jahren 1990 und 2000 vor. Sowohl bei Sekt/Wein als auch bei Spirituosen sind die Prävalenzen in dieser Altersgruppe in den letzten zehn Jahren gestiegen, am deutlichsten bei den Spirituosen (1990: 39%, 2000: 50%). Zu beiden Messzeitpunkten gaben etwa zwei Drittel dieser Altersgruppe an, Bier zu trinken. Insgesamt sind jedoch die Prävalenzen der 15 bis 17-Jährigen bei allen Getränkesorten und zu allen Messzeitpunkten deutlich niedriger als in allen anderen Altersgruppen. Die Prävalenz von Bier liegt 2000 bei den 15 bis 17-Jährigen bei 67%, bei den 30 bis 39-Jährigen bei 84%. Wein/Sekt werden von 67% der 15 bis 17-Jährigen, aber von 87% der 30 bis 39-Jährigen konsumiert. Die Prävalenz von Spirituosen liegt 2000 bei den 15 bis 17-Jährigen bei 50%, den höchsten Wert erreichen die 18 bis 29-Jährigen mit 63%.

Konsumfrequenz

Für einen Vergleich der durchschnittlichen Konsumfrequenz pro Monat für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen eignen sich die Antwortkategorien „Mehrmals pro Monat, aber höchstens einmal pro Woche“ und „Mehrmals pro Woche“. Die Trendvergleiche (1990 bis 2000) nach Geschlecht (für 18 bis 39-Jährige) und nach Altersgruppen sind in den Abbildungen 26 bis 28 dargestellt. Der Anteil der 18 bis 39-jährigen Männer, die mehrmals pro Monat oder mehrmals pro Woche Bier tranken, ist von 1990 bis 1997 von 78% auf 65% zurückgegangen und 2000 wieder auf 75% gestiegen (Abbildung 26). Der Anstieg in den letzten drei Jahren ist vor allem auf eine Zunahme des Konsums mehrmals pro Woche zurückzuführen. Bei den 18 bis 39-jährigen Frauen zeigt sich ein ähnlicher Verlauf. Die Konsumfrequenzen für Bier mehrmals pro Woche in einzelnen Altersgruppen sind in Tabelle 50 dargestellt. Einen U-förmigen Verlauf mit einem Minimum im Jahr 1997 findet man insbesondere bei den 18 bis 29-Jährigen, tendenziell jedoch auch bei den 30 bis 39- und 40 bis 59-Jährigen. Für die 15 bis 17-Jährigen liegen nur Daten für 1990 und 2000 vor. Die Konsumfrequenz mehrmals pro Monat hat hier in den letzten 10 Jahren leicht zugenommen (1990: 29%, 2000: 31%), die Frequenz mehrmals pro Woche dagegen leicht abgenommen (1990: 12%, 2000: 9%). Signifikante Testergebnisse weisen die 18 bis 29-Jährigen und die 30 bis 39-Jährigen auf.

Die Konsumfrequenzen von Wein/Sekt (Abbildung 27) bei den 18 bis 39-Jährigen Männern haben nach einem Rückgang von 1990 (29%) bis 1997 (21%) wieder zugenommen (2000: 36%), ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauen (2000: 37%). Der jüngste Anstieg ist besonders auf Konsumfrequenzen mehrmals pro Monat zurückzuführen. Bei den 15 bis 17-Jährigen unterscheiden sich die Zahlen von 1990 und 2000 jedoch kaum. Ein kontinuierlicher Anstieg der Frequenzen mehrmals pro Woche ist bei den 40 bis 59-Jährigen von 1995 bis 2000 zu beobachten ($p < 0.01$, Tabelle 50).

Konsumfrequenzen von Spirituosen (Abbildung 28) lassen sich aufgrund der Umgestaltung des Fragebogens erst ab 1995 vergleichen. Sowohl bei den 18 bis 39-jährigen Männern als auch bei den Frauen nimmt die Konsumfrequenz seit 1995 zu, dies ist vor allem auf den Konsum mehrmals pro Monat zurückzuführen. Bei den Männern stiegen die Frequenzen von 16% (1995) auf 20% (2000), bei den Frauen von 8% (1995) auf 11% (2000). Eine Zunahme der Konsumfrequenz mehrmals pro Woche findet sich in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen ($p < 0.01$, Tabelle 50). Grundsätzlich konsumierten insbesondere die Älteren (40 bis 59 Jahre) mehrmals wöchentlich Spirituosen, wobei sich die Zahlen seit 1995 kaum verändert haben (Tabelle 50).

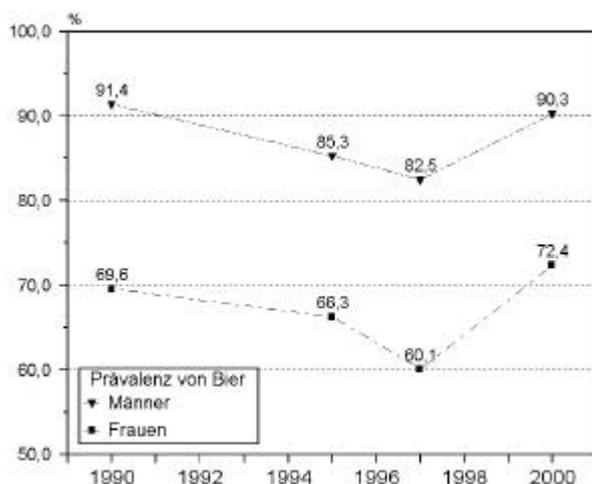
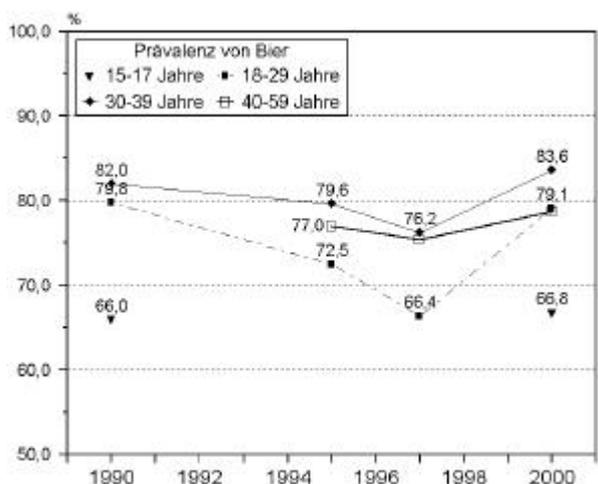


Abbildung 23: Prävalenz des Bierkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000

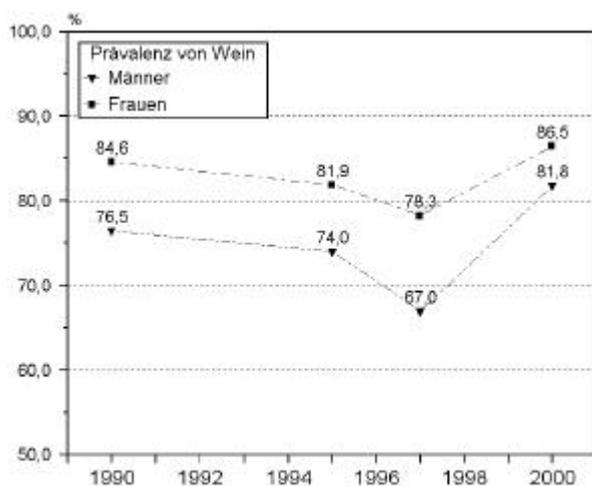
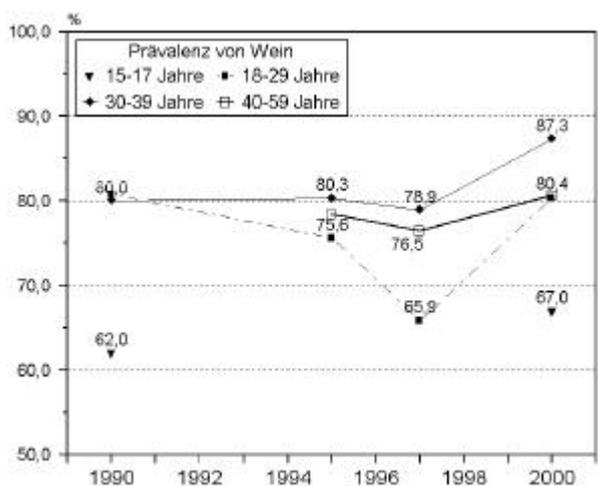


Abbildung 24: Prävalenz des Weinkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000

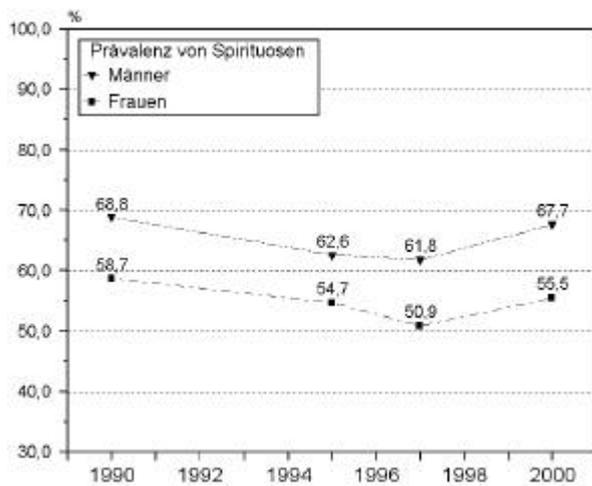
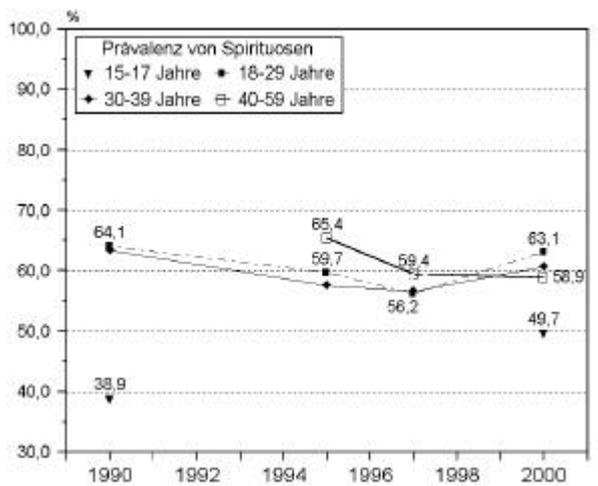


Abbildung 25: Prävalenz des Spirituosenkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1995-2000

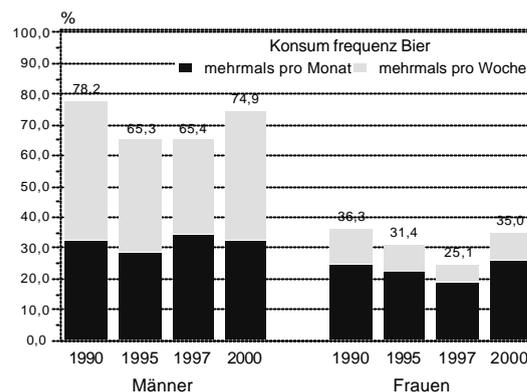
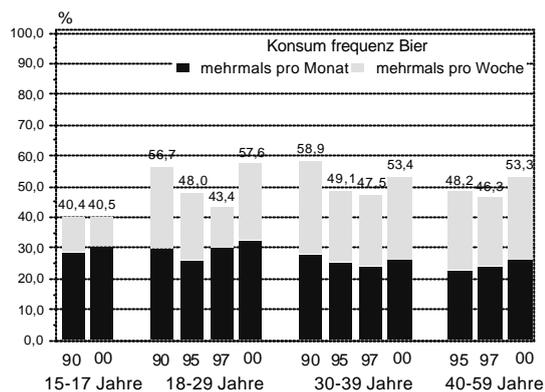


Abbildung 26: Konsumfrequenz von Bier nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000

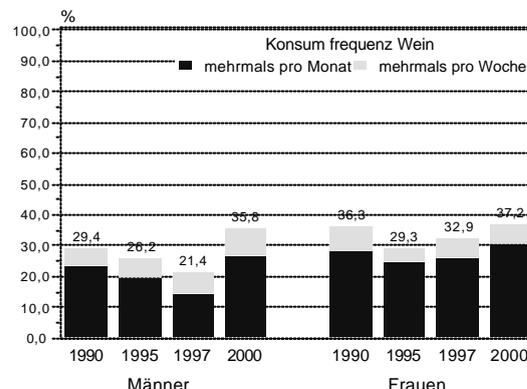
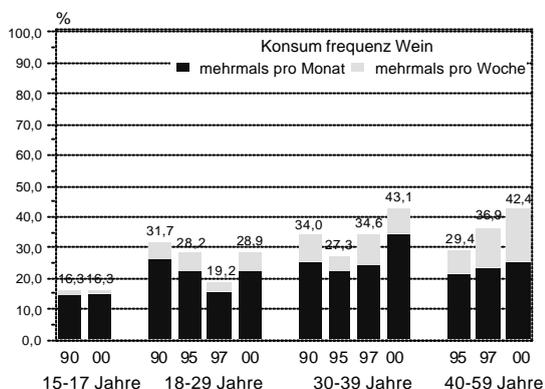


Abbildung 27: Konsumfrequenz von Wein nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000

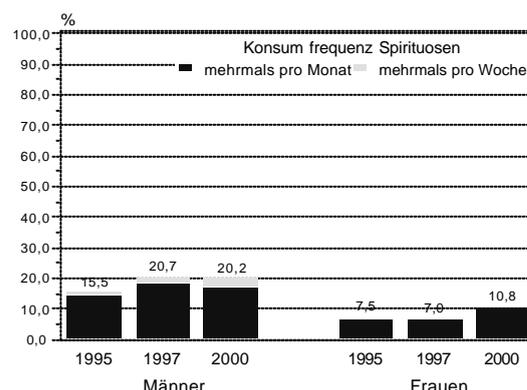
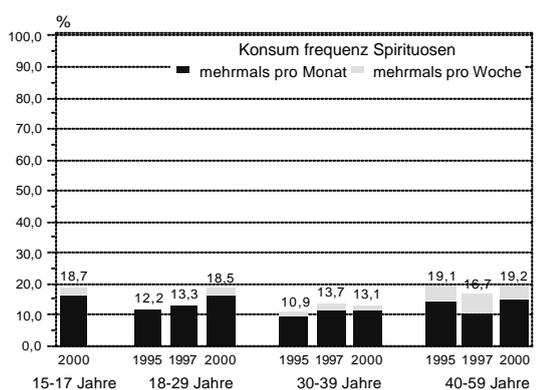


Abbildung 28: Konsumfrequenz von Spirituosen nach Alter bzw. Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1995-2000

Tabelle 50: Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen 1990-2000

Gesamt: 18 bis 39 Jahre	1990	1995	1997	2000	Testwert	P
Bier	28,6	22,8	18,3	25,9	-3,48	0,0005
Wein/Sekt	6,8	5,3	7,0	7,6	0,50	0,6140
Spirituosen		0,8	1,2	1,8	1,84	0,0662
15 bis 17 Jahre						
Bier	11,5			9,4	-1,00	0,3193
Wein/Sekt	1,4			0,9	-0,62	0,5331
Spirituosen				2,2	--	--
18 bis 29 Jahre						
Bier	26,9	22,0	13,0	24,8	-3,84	0,0001
Wein/Sekt	5,5	5,9	3,6	6,5	-0,78	0,4353
Spirituosen		0,5	0,2	2,2	2,60	0,0094
30 bis 39 Jahre						
Bier	30,8	23,7	23,3	26,8	-2,31	0,0208
Wein/Sekt	8,5	4,8	10,3	8,6	0,50	0,6183
Spirituosen		1,2	2,2	1,5	0,46	0,6478
40 bis 59 Jahre						
Bier		24,9	22,2	26,7	1,10	0,2709
Wein/Sekt		7,9	13,2	16,9	5,01	0,0000
Spirituosen		4,7	6,0	4,3	-0,64	0,5203

8.4 Tabak

Fragebogen

Die Prävalenzwerte des Rauchens in den letzten 30 Tagen und des starken Zigarettenkonsums können für die Jahre 1990, 1995, 1997 und 2000 verglichen werden. Bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) liegen allerdings nur Daten für die Jahre 1990 und 2000 vor. Für die Vergleiche mit den Vorjahren werden starke Raucher anders definiert als in Kapitel 6, da 1990 eine etwas andere Filterführung eingesetzt wurde als im aktuellen Fragebogen. In der Befragung 1990 wurde nur Respondenten, die täglich rauchen, die Frage nach der Konsummenge gestellt. Damit gelten für den Trendvergleich solche Personen als starke Raucher, die im Mittel über 20 Zigaretten konsumierten und die zusätzlich täglich rauchten.

Prävalenz des Rauchens

Wie in Abbildung 29 zu erkennen ist, sind die 30-Tage-Prävalenzen des Rauchens bei den Männern kontinuierlich von 49% auf zuletzt 40% zurückgegangen. Bei den Frauen befinden sich die Anteile nach einem starken Rückgang zwischen 1990 und 1995 auf einem stabilen Niveau von etwa 37%. Ein Rückgang der 30-Tage-Prävalenzrate in den letzten zehn Jahren ist nur bei den 18 bis 39-Jährigen zu verzeichnen ($p < 0.01$, Tabelle 51). Der Anteil der 15 bis 17-jährigen Raucher ist zwischen 1990 und 2000 mit etwa 30% stabil geblieben (Abbildung 30 und Tabelle 51). Auch die Anteile der Raucher ab 40 Jahren haben sich seit 1995 kaum verändert.

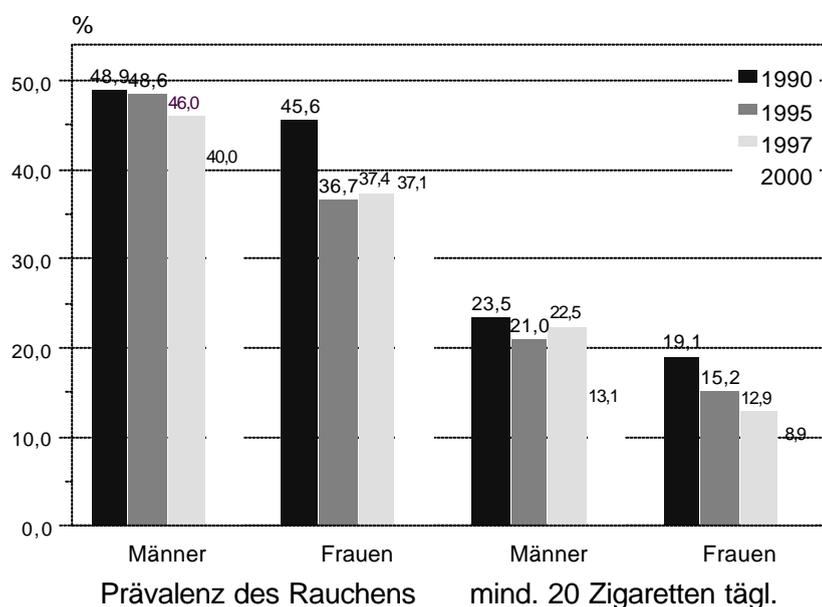


Abbildung 29: 30-Tage-Prävalenz des Rauchens und starken Rauchens nach Geschlecht (18 bis 39-Jährige) 1990-2000

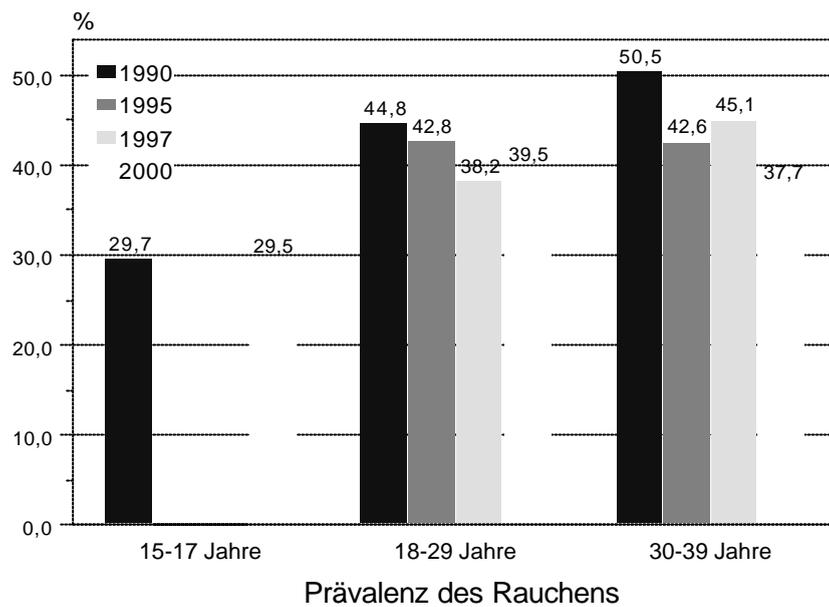


Abbildung 30: 30-Tage-Prävalenz des Rauchens nach Alter 1990-2000

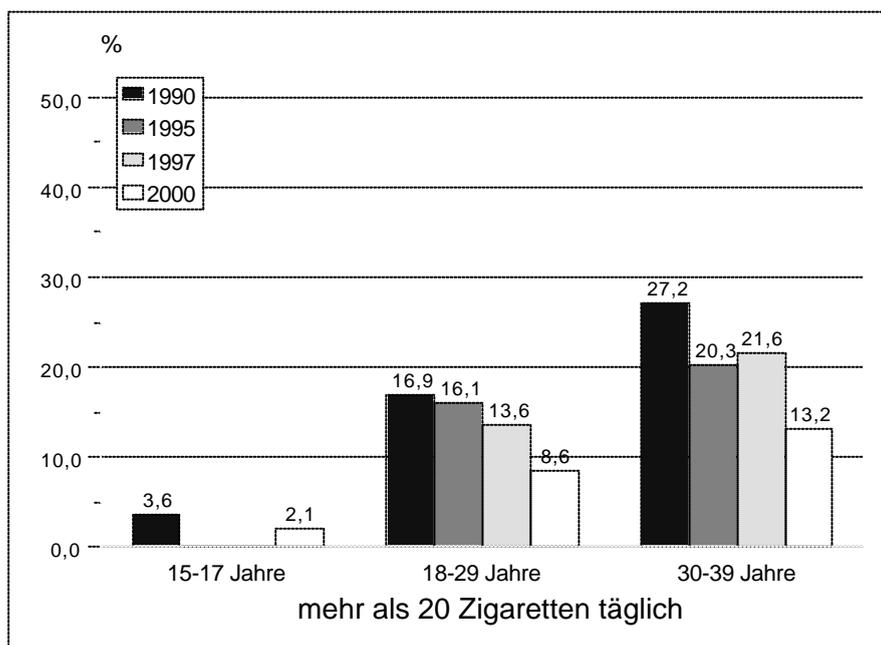


Abbildung 31: 30-Tage-Prävalenz des starken Rauchens nach Alter 1990-2000

Prävalenz des starken Rauchens

Der Anteil der starken Raucher, die mehr als 20 Zigaretten täglich konsumieren, ist in den letzten zehn Jahren sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich zurückgegangen (Abbildung 31). Der Rückgang des Anteils der starken Raucher ist in allen Altersgruppen zu beobachten und ist bei den Erwachsenen hochsignifikant ($p < 0.01$, Tabelle 51).

Tabelle 51: 30-Tage-Prävalenz des Rauchens und starken Rauchens 1990-2000

Gesamt: 18 bis 39 Jahre	1990	1995	1997	2000	Testwert	P
Raucher	47,3	42,7	41,7	38,6	-4,94	0,0000
mind. 20 Zigaretten/Tag	21,3	18,1	17,7	11,0	-7,73	0,0000
15 bis 17 Jahre						
Raucher	29,7			29,5	-0,06	0,9495
mind. 20 Zigaretten/Tag	3,6			2,1	-2,07	0,0386
18 bis 29 Jahre						
Raucher	44,8	42,8	38,2	39,5	-2,47	0,0137
mind. 20 Zigaretten/Tag	16,9	16,1	13,6	8,6	-4,89	0,0000
30 bis 39 Jahre						
Raucher	50,5	42,6	45,1	37,7	-4,79	0,0000
mind. 20 Zigaretten/Tag	27,2	20,3	21,6	13,2	-6,63	0,0000
40 bis 59 Jahre						
Raucher		33,2	34,6	34,5	0,42	0,6723
mind. 20 Zigaretten/Tag		16,8	17,9	13,2	-3,61	0,0003

9 Diskussion

Mit der Repräsentativerhebung Nordrhein-Westfalen 2000 zum Gebrauch psychotroper Substanzen liegen aktuelle Daten vor, die Aussagen zur Prävalenz des Gebrauchs und zu den negativen Konsequenzen des Konsums verschiedener Substanzen ermöglichen.

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

Unter dem Nicht-Stichprobenfehler versteht man alle anderen Fehlerarten wie Verzerrungen als Folge von Antwortverweigerungen, falsche Angaben, Fehler aufgrund schwer verständlicher Fragen oder die Auswahl von nicht zur Grundgesamtheit gehörenden Personen. Dieser Fehler lässt sich nicht durch Erhöhung des Stichprobenumfangs reduzieren (Bell, 1991). Der Nicht-Stichprobenfehler wird oft qualitativ sichtbar, kann aber quantitativ nicht oder nur unzureichend abgeschätzt werden. Ein Beispiel ist der bei der Erfassung des Alkoholkonsums zu beobachtende Jubiläumseffekt (Strecker, 1995); die Respondenten geben bei der Frage nach der Konsumfrequenz mit Vorliebe auf Null oder Fünf endende Zahlen an. Ein anderes Beispiel sind die im Vergleich zu den Verbrauchszahlen geringeren Schätzwerte des Alkoholkonsums in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001), die darauf schließen lassen, dass sozial unerwünschtes Verhalten wie ein hoher Alkoholkonsum geleugnet wird.

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

Illegale Drogen

Die Lebenszeitprävalenz illegaler Substanzen lag 2000 bei den 15 bis 59-Jährigen in Nordrhein-Westfalen bei 20,7%. Hochgerechnet auf die nordrhein-westfälische Wohnbevölkerung (WB) sind dies 2,3 Millionen Personen. Bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) stieg die Lebenszeitprävalenz von ca. 6% (1990) auf aktuell 20,1%. Weiter zurückliegende Studien (Reuband, 1988) berichten von Prävalenzen für Jugendliche (14 bis 17 Jahre) in Nordrhein-Westfalen von 12% (1972), 5% (1981) und 4% (1987). Damit ist nach einem deutlichen Rückgang der Zahlen Mitte der 70er Jahre und niedrigen, stabilen Raten bis Anfang der 90er Jahre die Prävalenz der jugendlichen Drogenkonsumenten wieder deutlich angestiegen und hat das Ausgangsniveau von 1972 deutlich übertroffen. Bei den Erwachsenen (18 bis 39 Jahre) zeigen die Prävalenzen der letzten 10 Jahre einen wellenförmigen Verlauf. Sie lagen 1990 bei 17%, 1995 bei 22%, 1997 wiederum bei 17% und stiegen seitdem stark an auf aktuell 29%. Die Lebenszeitprävalenz von 29% bei den 18 bis 39-Jährigen liegt etwas unter der in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001) für diese Altersgruppe erhobenen Rate von 29,5% (nur Deutschland West).

Die zu beobachtende Zunahme der Prävalenz illegaler Drogen ist aber in erster Linie eine Folge der Zunahme des Cannabiskonsums. Die 12-Monats-Prävalenz von Cannabis hat sich in den letzten zehn Jahren in etwa verdreifacht. Bei den 15 bis 17-Jährigen stieg sie von 5% (1990) auf 17% (2000), bei den 18 bis 39-Jährigen von 4% (1990) auf 12% (2000). Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001) für die 18 bis 39-jährigen Westdeutschen: hier hat sich die 12-Monats-Prävalenz von 5% (1990) auf aktuell ca. 11% mehr als verdoppelt.

Seit den ersten Anzeichen eines Ecstasy-Booms in Westdeutschland Anfang bis Mitte der 90er Jahre hat sich Ecstasy bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur beliebtesten illegalen Droge nach Cannabis entwickelt. Dies geht aus zahlreichen bundesweiten und regionalen Studien hervor (BZgA, 1998, Kraus & Bauernfeind, 1998a und b, Kraus, Scherer & Bauernfeind, 1998, Speck & Reimers, 1999, Schuster & Wittchen, 1996). In der vorliegenden Studie weisen bei den 15 bis 17-Jährigen Ecstasy und Amphetamine die höchsten Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzwerte nach Cannabis auf.

Psylocibinhaltige Pilze fallen erst seit dem 1. Februar 1998 unter das Betäubungsmittelgesetz, aktuelle Zahlen zum Umfang des Gebrauchs lagen daher kaum vor. Lediglich bei der 1998/99 in Schleswig-Holstein durchgeführten Schülerbefragung (Speck & Reimers, 1999) wurde der Konsum psylocibinhaltiger Pilze erhoben. Die berichtete Prävalenz von 6,8% bei 16 bis 17-jährigen Schüler in allgemeinbildenden Schulen zeigt, dass der Konsum von halluzinogenen Pilzen gerade bei Jugendlichen weit verbreitet und deshalb nicht zu vernachlässigen ist. Die Schätzungen für Nordrhein-Westfalen bestätigen diese Tendenz: ca. 2% der 15 bis 17-Jährigen und 5,4% der 18 bis 24-Jährigen berichten über Erfahrungen mit halluzinogenen Pilzen.

Die Schätzung für Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome nach DSM-IV wurde 2000 auf die 15 bis 59-jährige Bevölkerung Nordrhein-Westfalens bezogen. Es wurden 12-Monats-Prävalenzen für Abhängigkeit von 0,9% (WB: 99.000) und Missbrauch von 0,5% (WB: 55.000) gefunden. Die höchsten Werte mit 5,2% Abhängigen zeigten sich bei den 18 bis 24-Jährigen,

gefolgt von den 15 bis 17-Jährigen mit einer Prävalenz von 2,6%. Die Trends stimmen in etwa mit denen aus der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001) überein. Die Zahlen für Missbrauch und Abhängigkeit sind in der Bundesstudie etwas niedriger ausgefallen (0,3 bzw. 0,6%), da einerseits die Zahlen aus dem Osten Deutschlands etwas niedriger liegen und andererseits die 15 bis 17-Jährigen, die in der vorliegenden Studie relativ hohe Prävalenzen aufweisen, nicht mit erhoben wurden.

Alkohol

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 7% der Frauen und 6% der Männer in Nordrhein-Westfalen völlig auf Alkohol verzichtet. Unter den Alkoholkonsumenten interessieren vor allem diejenigen, deren Konsummuster zumindest riskant ist oder die Alkohol in gesundheitsschädlichen Mengen zu sich nehmen. Die Konsumentengruppen wurden über die Menge des täglich konsumierten Alkohols definiert. Entsprechend der Klassifikation von Bühringer et al. (2000) wurde Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten eingeteilt in Abstinenz, risikoarmer Konsum (Männer: >0-30g, Frauen: >0-20g), riskanter Konsum (Männer: >30-60g, Frauen: >20-40g), gefährlicher Konsum (Männer: >60-120g, Frauen: >40-80g) sowie Hochkonsum (Männer: >120g, Frauen: >80g).

Nach der Definition über Grammgrenzen hatten in den 12 Monaten vor der Erhebung ca. 15,2% der befragten Männer (WB: 850.000) und 8,9% der Frauen (WB: 484.000) in Nordrhein-Westfalen einen riskanten Alkoholkonsum. Über der Grenze für gefährlichen bzw. Hochkonsum lagen 6,2% der Männer (WB: 347.000) und 4,2% der Frauen (WB: 228.000). Ähnliche Prozentzahlen finden sich in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001). Bei beiden Geschlechtern waren kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen zu beobachten.

Bei der Diskussion über die Gefahren des Alkoholkonsums ist zu bedenken, dass nicht nur die direkt gesundheitsschädigenden Wirkungen des Alkohols jenseits der genannten Grammgrenzen für riskanten Konsum eine Rolle spielen. Daneben vermutet man ein erhöhtes Risiko für verschiedene Erkrankungen bereits beim sogenannten risikoarmen Konsum unterhalb dieser Werte. Neben den gesundheitlichen Schäden spielen auch andere Risiken im Zusammenhang mit Alkohol eine Rolle, z.B. alkoholbedingte Unfälle und Probleme im sozialen Bereich. Unangepasstes Konsumverhalten, das beispielsweise zu gefährlichen Situationen im Straßenverkehr, zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen bzw. zu juristischen oder anderen sozialen Problemen führt, erfasst die Diagnosekategorie Alkoholmissbrauch des DSM-IV. Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung erhielten 3,8% (WB: 419.000) der Befragten (6,1% Männer, 1,4% Frauen) eine Missbrauchsdiagnose nach DSM-IV. Mit 11% ist der Anteil der Personen mit einer Missbrauchsdiagnose bei den 18 bis 24-Jährigen am größten. Eine Diagnose für Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV erhielten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 3,4% (WB: 375.000) der Befragten in Nordrhein-Westfalen (5,1% Männer, 1,6% Frauen). Bei der Diagnose Alkoholabhängigkeit finden sich in allen Altersgruppen etwa gleich hohe Prävalenzwerte. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz dazu, dass der Anteil des riskanten Trinkkonsums mit dem Alter zunimmt. Es wird vermutet, dass junge Erwachsene z.B. Folgen exzessiven

Konsums wie Kopfschmerzen und Übelkeit als Entzugssymptome missinterpretieren (Bailey, 1999; Caetano, 1999). In der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001) berichten 3,1% der 18 bis 59-jährigen Befragten Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV.

Die Indikatoren des Alkoholkonsums (Prävalenz des Konsums und Konsumhäufigkeit) können über einen Zeitraum von zehn Jahren verglichen werden. Die getränkespezifischen Prävalenzen nahmen einem Rückgang bis Mitte der 90er Jahre wieder deutlich zu. Auch hinsichtlich der Konsumfrequenzen mehrmals pro Monat und mehrmals pro Woche sind nach leicht rückläufigen Tendenzen bis Mitte der 90er Jahre wieder zunehmende Prävalenzwerte zu beobachten. Inwieweit diese Veränderungen eine Umkehr des seit Jahren auch in multiplen Querschnittstudien bei Jugendlichen (BZgA, 1998) zu beobachtenden Trends eines seit 1973 stetigen Rückgangs des häufigen Alkoholkonsums bedeutet, muss offen bleiben.

Medikamente

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

Insgesamt gaben 13,2% (WB: 1,46 Mio.) der Befragten die häufige Einnahme (mindestens einmal pro Woche) von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva oder Neuroleptika in den letzten 30 Tagen vor der Befragung an. Dies ist eine etwas geringere Prävalenz als in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001), in der die 30-Tage-Prävalenz sich auf etwa 15% beläuft. Die 12-Monats-Prävalenz der Einnahme psychoaktiver Medikamente lag bei 46,4%. Damit hat fast die Hälfte aller Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein psychoaktives Medikament genommen. Allgemein zeigt sich, dass Frauen und ältere Personen einen höheren Medikamentenkonsum berichten als Männer bzw. jüngere Erwachsene. Schmerzmittel werden mit großem Abstand vor Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie Antidepressiva am häufigsten eingenommen. In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung nahmen ca. 9,8% der Befragten mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel, bei allen anderen Substanzen lagen die Anteile unter 2,5%.

Mit dem Diagnostikinstrument DSM-IV (Saß et al., 1998) wurde erstmals Medikamentenabhängigkeit ermittelt. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV wurde – wie bei den 18 bis 59-Jährigen in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001) – bei 2,5% (WB: 276.000) der Befragten in Nordrhein-Westfalen festgestellt, dabei waren Frauen und Männer gleich häufig vertreten. Den Spitzen-

wert erreichten die 25 bis 29-Jährigen mit 4,2%. Dies erscheint zunächst erstaunlich, lässt sich jedoch möglicherweise durch Verzerrungen aufgrund der geringen Stichprobengröße in dieser Altersklasse erklären. Danach folgen die 40 bis 49-Jährigen mit 3,2%.

Schmerzmittel fielen mit einer 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit von 1,7% am meisten ins Gewicht. Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Präparate war es, wie bereits oben erwähnt, im Rahmen dieser Studie nicht möglich, nach opiathaltigen und nicht-opiathaltigen Schmerzmitteln zu trennen, obwohl sich diese beiden Gruppen in ihrem Abhängigkeitspotential erheblich unterscheiden (Kuhs, 1994). Demgegenüber sind die Prävalenzen der Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mit jeweils 0,6% überraschend niedrig. Abhängigkeit von Appetitzüglern wurde bei 0,1% der Befragten festgestellt. Eine Abhängigkeit von Anregungsmitteln nach DSM-IV war nicht beobachtbar.

Das im Zusammenhang mit der Medikamentenabhängigkeit am häufigsten genannte Kriterium war „Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt“ (7%). Im Zentrum des Interesses stehen beim DSM-IV jedoch die beiden Kriterien „Toleranzentwicklung“ und „Entzugssymptome“, die auf eine körperliche Abhängigkeit hindeuten. Sie wurden mit 3% bzw. 4% relativ häufig genannt. Ohne große Bedeutung war das Kriterium „hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung“.

Als weiteres Instrument, um auch diejenigen Personen zu erfassen, die zwar die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit nicht erfüllen, aber dennoch bestimmte Abhängigkeits- oder Missbrauchsmuster aufweisen, wurde der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl et al., 1991) eingesetzt. Im KFM erreichen wie im DSM, die 25 bis 29-Jährigen den höchsten Wert (5,3%), gefolgt von den 50 bis 59-Jährigen (4,9%). Außerdem finden sich hier Geschlechtsunterschiede (Frauen zeigten eine etwas stärkere Tendenz zu Medikamentenmissbrauch). Vom inhaltlichen Aspekt her problematisch erscheint insbesondere das Item „sozialer Rückzugswunsch“. Dieses Item wurde am häufigsten bejaht, da es sich aber nicht direkt auf Medikamente bezieht, sondern (eher suchtspezifisch) der Erfassung der Lebenskompetenzen dient, muss ein hoher Wert hier noch nicht weiter bedenklich sein. Schwierig zu beurteilen sind außerdem einige weitere Items, die sich auf die Motive der Medikamenteneinnahme beziehen (z.B. „Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht“), da in manchen Fällen ein Verzicht auf Medikamente nicht erwartet werden kann.

Tabak

Die Prävalenz der Raucher und Raucherinnen zwischen 15 und 59 Jahren wurde 2000 auf 36% (WB: 4,0 Mio.) geschätzt (Männer 37,5%, Frauen 35,2%). Die höchsten Raucherquoten waren bei den 18 bis 24-Jährigen zu beobachten (43%). Zahlen und Trends entsprechen in etwa denen der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001). Rauchen ist erfreulicherweise nicht mehr so populär wie noch vor zehn Jahren. Die Anteile der erwachsenen Raucher zwischen 18 und 39 Jahren nahmen über die letzten zehn Jahre kontinuierlich ab, die Anteile der Raucherinnen haben sich nach einem starken Rückgang zwischen 1990 und 1995 kaum noch verändert. Da der

Anteil der Raucher abnahm, während der Anteil der Raucherinnen konstant blieb, nähern sich die Prävalenzen immer mehr an, ein Trend, der auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zu beobachten war (Junge & Nagel, 1999), allerdings hier zusätzlich mit steigenden Prävalenzen bei den Raucherinnen. Bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) sind die Anteile der Raucher aus 1990 und 2000 in etwa gleich geblieben. Die Anteile der jugendlichen Raucher und Raucherinnen lagen sowohl vor zehn Jahren als auch 2000 bei etwa 30%. Auch die Anteile der 40 bis 59-jährigen, die sich über einen Zeitraum von fünf Jahren vergleichen lassen, haben sich kaum verändert.

Der Anteil starker Raucher mit einem Zigarettenkonsum von durchschnittlich mindestens 20 Zigaretten täglich belief sich auf 35% aller Raucher (WB: 1,39 Mio.), Männer waren mit 39% deutlich häufiger starke Raucher als Frauen mit 31%. Parallel zur sinkenden Raucherprävalenz ist auch der Anteil starker Raucher deutlich gesunken. Dies gilt sowohl für die erwachsenen Raucher aller Altersgruppen als auch für die Jugendlichen (15 bis 17 Jahre), wenn auch hier in geringerem Maße.

Um Nikotinabhängigkeit zu erfassen, wurden zwei verschiedene Instrumente im Fragebogen eingesetzt. Sowohl der Fagerström Test (FTND; Heatherton et al., 1991) als auch die Kriterien des DSM-IV (Saß et al., 1998) untersuchen Nikotinabhängigkeit mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Der FTND befasst sich vorwiegend mit körperlicher Abhängigkeit von Nikotin. Nach Breslau und Johnson (2000) wurden Personen mit einem Score von vier oder mehr Punkten im FTND als deutlich nikotinabhängig klassifiziert, dies waren in der vorliegenden Studie 37,3% der befragten Raucher (Männer mit 43,6% etwas häufiger als Frauen mit 31,8%). Zu beobachten war außerdem ein größerer Anteil Nikotinabhängiger gerade bei den älteren Rauchern und Raucherinnen, was darauf hindeuten könnte, dass die Abhängigkeit zunimmt, je länger geraucht wird. Die Ergebnisse des FTND eignen sich besonders gut für Abstinenzprognosen (Breslau & Johnson, 2000). Eine Abstinenz wird umso unwahrscheinlicher, je höher der Score im FTND liegt.

Einen anderen Ansatz verfolgt das Klassifikationssystem des internationalen Diagnostikinstrumentes DSM-IV zur Erfassung psychischer Störungen. Nach Meyer et al. (2000) ist Nikotinabhängigkeit, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, die Einzeldiagnose mit der höchsten Prävalenz bei allen psychiatrischen Diagnosen überhaupt. In der vorliegenden Studie beziehen sich die Zahlen auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung. Etwa 9% aller Befragten in Nordrhein-Westfalen (Raucher und Nichtraucher) erfüllten hier die Kriterien der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV, dies sind etwas mehr als in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001), in der 8% aller befragten Deutschen nikotinabhängig nach DSM-IV waren. Parallel zur Raucherprävalenz, die ebenfalls bei jungen Erwachsenen besonders hoch ist, erzielten die jungen Erwachsenen auch bei der Nikotinabhängigkeit besonders hohe Werte (18 bis 24 Jahre: 18,5%, 25 bis 29 Jahre: 13,3%). Insgesamt erhielten 9,4% (WB: 1,04 Mio.) der 15 bis 59-Jährigen die Diagnose „Nikotinabhängigkeit“ nach DSM-IV. Bezogen auf die aktuellen Raucher wurden 23,3% als nikotinabhängig diagnostiziert.

Bezieht man die Anteile der Nikotinabhängigen nach DSM-IV nur auf die Population der aktuellen Raucher und vergleicht die Zahlen mit den Ergebnissen aus dem FTND, so findet man widersprüchliche Aussagen. Der Anteil der nach DSM-IV Nikotinabhängigen war bei den Jünge-

ren besonders hoch und sank mit zunehmendem Alter. Im Gegensatz dazu liegen im FTND die Anteile der deutlich Abhängigen mit zunehmendem Alter immer höher. Der FTND enthält als Item unter anderem auch die Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten. Diese Zahl steigt mit zunehmendem Alter, was eher für ein größeres Suchtpotential bei Älteren spricht. Daher ist zu vermuten, dass Jugendliche und junge Erwachsene beim DSM-IV ein anderes Antwortverhalten zeigen als Ältere. Eine erhöhte Sensibilität des DSM bei Jugendlichen ist sowohl in dieser als auch in früheren Studien (Kraus & Bauernfeind, 1998a; Grant, 1997; Holly et al., 1997) im Bereich Alkohol zu beobachten.

Erstmals erfasst wurde in dieser Studie die Änderungsbereitschaft nach dem Modell von Prochaska und DiClemente (1992). Die Klassifikation in verschiedene Stufen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung) dient dazu, spezifische Entwöhnungsprogramme und Interventionen für die einzelnen Stufen anbieten zu können und Abstinenz zu prognostizieren. In den frühen Stufen des Modells (Absichtslosigkeit und Absichtsbildung), die als diejenigen mit der geringsten Wahrscheinlichkeit zur Verhaltensänderung gelten und für die es bislang kaum gezielte Interventionsprogramme gibt, befinden sich in der vorliegenden Studie 56,4% der Raucher und Exraucher und 90,9% der aktuellen Raucher. Nach einer Studie von Rumpf et al. (1998) in der Region Lübeck waren ca. 95% aller Raucher in einer dieser beiden Stufen.

Personen, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, gaben häufiger an, Hilfsangebote in Anspruch genommen zu haben als Personen, die erfolgreich waren (38% vs. 17%). Bei den Hilfsmitteln rangieren Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos in beiden Gruppen weit oben, gefolgt von verschiedenen Nikotinsubstitutionspräparaten. Angebote wie Akupunktur, Entwöhnungskurse oder -seminare und Hypnose wurden mit unter 2% relativ selten genannt. In einer Untersuchung in Schleswig-Holstein (Meyer et al., 2000) findet sich eine ähnliche Rangfolge der benutzten Hilfsmittel.

Literaturverzeichnis

- Bailey, S.L. (1999). The Measurement of problem drinking in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 234-244.
- Batra, A. & Fagerström, K.O. (1997). Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht*, 43, 277-282.
- Batra, A. (2000). *Tabakabhängigkeit – Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 97. Darmstadt: Steinkopff.
- Behrens, K. (1994). Schichtung und Gewichtung. In S. Gabler, J. Hoffmeyer-Zlotnik & D. Krebs (Hrsg.). *Gewichtung in der Umfragepraxis* (S. 27-41). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bell, J.F. (1991). Big is not necessarily beautiful in survey design: measurement error and the APU science survey. *The Statistician*, 40, 291-300.
- Breslau, N. & Johnson, E.O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health*, 90, 1122-1127.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 128. Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (2000). *Rauschgiftjahresbericht 1999*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Caetano, R. (1999). The identification of alcohol dependence criteria in the general population. *Addiction*, 94, 255-267.
- De Leeuw, E.D. (1992). *Data quality in mail, telephone, and face to face surveys*. Amsterdam: TT-Publikaties.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (1987). *Medikamentenabhängigkeit*. Hamm: Achenbach
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A. & Drop, M.J. (1997). Inconsistencies in adolescents' self-reports of initiation of alcohol and tobacco use. *Addictive Behaviors*, 22, 613-623.
- Etter, J.-F. & Perneger, T.V. (1999). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction*, 94, 1881-1889.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Grant, B. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 464-473.
- Groves, R.M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: John Wiley & Sons.
- Harkin, A.M., Anderson, P. & Goos, C. (1997). *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Herbst, K., Schumann, J. & Kraus, L. (1994). *Zusatz- und Kontrolluntersuchung im Rahmen der Bundesstudie des Bundesministeriums für Gesundheit: „Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren“*. IFT-Berichte Bd. 73. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Holly, A., Türk, D., Nelson, C.B., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 171-178.
- Junge, B. & Nagel, M. (1999). Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, 1-5.
- Junge, B. (1997). Tabak. In DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 1998* (S. 19-42). Geesthacht: Neuland.
- Kandel, D.B. & Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. In C.L. Jones & R.J. Battejes (Eds.), *Etiology of drug abuse: implications for prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. (ADM) 85-1335, pp. 193-235). Washington: Government Printing Office.

- Koch, A. (1997). ADM-Design und Einwohnermelderegister-Stichprobe. In S. Gabler & J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 99-116). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kraus, L. (2000). Einstieg in den Drogenkonsum. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 175-180). München: Oldenbourg.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S3-S86.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998a). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44 (Sonderheft 1), S3-S82.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998b). Konsumtrends illegaler Drogen in Deutschland: Daten aus Bevölkerungssurveys 1990-1995. *Sucht*, 44, 169-182.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G. (1998). *Epidemiologie des Drogenkonsums in Deutschland. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 107. Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L., Scherer, K. & Bauernfeind, R. (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997*. IFT-Berichte Bd. 97. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76-87). Bern: Huber.
- Little, R.J.A. (1992). *Regression with missing X's: a review*. *Journal of the American Statistical Association*, 87, 1227-1237.
- Maffli, E. & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Margolin, B.H. (1988). Trend in proportion, test for. In S. Kotz & N.L. Johnson (Eds.), *Encyclopedia of statistical sciences* (Vol. 9, pp. 334-336). New York: Wiley.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*, 71, 535-542.
- Oxley, S. (1997). *Tabakabhängigkeit – Diagnostische Kriterien und prognostische Valenz psychometrischer Methoden zur Erfassung der Stärke der Abhängigkeit für eine langfristige Abstinenz*. Inaugural-Dissertation, Universität Tübingen.
- Perkonigg, 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.
- Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000). *Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (EBIS-R)*. IFT-Berichte Bd. 117. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Reuband, K.-H. (1988). Drogenkonsum im Wandel. Eine retrospektive Prävalenzmessung der Drogenerschaffung Jugendlicher in den Jahren 1967 bis 1987. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erkenntnissoziologie*, 8, 54-68.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (1998). Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. *Gesundheitswesen*, 60, 592-597.
- Rustin, T.A. (2000). Assessing nicotine dependence. *American Family Physician*, 62, 579-584.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV*. Hofgrefe: Göttingen.
- Schnell, R. (1997). *Nonresponse in Bevölkerungsumfragen, Ausmaß, Entwicklung und Ursachen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schumann, J. & Kraus, L. (1995). Telefonische Befragung zum Konsum psychotroper Substanzen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 183-194.
- Schuster, P. & Wittchen, H.-U. (1996). Ecstasy- und Halluzinogengebrauch bei Jugendlichen – Gibt es eine Zunahme? *Verhaltenstherapie*, 6, 222-232.
- Shah, B., Barnwell, B. & Bieler, G. (1997). *SUDAAN User's Manual, Release 7.5*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.

- Speck, A. & Reimers, S. (1999). *Epidemiologie des Drogenkonsums schleswig-holsteinischer Jugendlicher*. Kiel: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein.
- Strecker, H. (1995). Ein Beitrag zu Fehlern in statistischen Erhebungen. Der Netto- und Bruttofehler sowie Beispiele für besondere Fehlerursachen. *Allgemeines Statistisches Archiv*, 79, 402-424.
- Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Warner, L.A., Kessler, R.C., Hughes, M., Anthony J.C. & Nelson, C.B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 52, 219-229.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik: Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123-139). Bonn: Nagel.
- WHO (1999). *Leave the pack behind*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. & Ziegglänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.