

Institut für Therapieforschung Parzivalstr. 25 80804 München

Ludwig Kraus Rita Augustin Anneke Reese

Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 2000<sup>1)</sup>

Population Survey on the Consumption of Psychoactive Substances in Berlin 2000

München 2001 IFT-Berichte Bd. 122 IFT-Reports Vol. 122

<sup>1)</sup> Gefördert durch die Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin

Reihe IFT-Berichte Band Nr. 122

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

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000). Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (EBIS-R). Berichtszeitraum: 1.1.99 - 31.12.99. IFT-Berichte 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-Berichte 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-Berichte Bd. 119.

Kraus, L., Augustin, R. & Tschernich, S. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Nordrhein-Westfalen 2000. IFT-Berichte Bd. 120.

Kraus, L., Augustin, R. & Müller-Kalthoff, T. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland-Pfalz 2000. IFT-Berichte Bd. 121.

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

Copyright 2001 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München Tel.: 089/360804-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-69, E-mail: ift@ift.de, Web-Site: http://www.ift.de Printed in Germany

Vorwort 3

# Vorwort

Zum zweiten Mal nach 1995/96 wurde für die Repräsentativerhebung 2000 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen ("Bundesstudie") eine Sonderauswertung für die Stadt Berlin erstellt. Die Bundesstudie wird seit 1980 durchgeführt und hatte 2000 eine Stichprobe von 8139 Personen (18 bis 59 Jahre). Da der Anteil aus dieser Stichprobe, der auf das Gebiet von Berlin entfällt, für eine eigenständige Auswertung zu gering ist, wurde der Stichprobenumfang erhöht.

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 insbesondere der Gebrauch von Cannabis in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen hat. Dies trifft insbesondere für die jüngeren Altersgruppen und auch in erheblichem Maß auch für die älteren Befragten aus West- und Ostberlin zu. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Amphetaminen, LSD und Opiaten hat insgesamt in der Altersgruppe der 15 bis 39-Jährigen kaum zugenommen. Der Anteil an Jugendlichen, die Erfahrung mit Ecstasy haben, hat seit 1995/96 sogar abgenommen. Auffällig ist die Zunahme an Erfahrung mit Kokain unter den Erwachsenen. Ein West-Ost Unterschied mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz in Westberlin ist weiterhin vorhanden. Hinsichtlich des aktuellen Konsums illegaler Drogen im letzten Jahr oder im letzten Monat haben sich die Prävalenzen in Ostberlin denen in Westberlin angeglichen.

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-, Nikotin- und auch Medikamentenproblem vorliegt. Die DSM-IV-Kriterien einer Abhängigkeit von illegalen Drogen erfüllen 1,2% der Befragten (1,6% der Männer). Etwa 4% aller Befragten in Berlin (7,2% der Männer) erfüllen die Kriterien der Alkoholabhängigkeit, etwa 11% der Bevölkerung (bei den Männern 11,6%) sind nikotinabhängig und 3,6% (4,7% der Frauen) sind von Medikamenten (meist Schmerz- oder Beruhigungsmittel) abhängig. Sehr bedenklich und ein wichtiger Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen ist das Ergebnis, dass bereits etwa 13% der 15 bis 17-Jährigen einen die Gesundheit gefährdenden Alkoholkonsum berichten und etwa 12% der 15 bis 17-jährigen Raucher und Raucherinnen mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen.

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 (Kraus & Augustin, 2001) für das gesamte Bundesgebiet ist es auch möglich, diese bzw. die Daten einzelner Bundesländer mit denen der Stadt Berlin zu vergleichen, um die spezifischen Unterschiede und Bedingungen analysieren zu können.

Schließlich erlaubt die vorliegende Studie, einzelne Hypothesen des Früherkennungssystems für Drogentrends in Berlin (Kraus & Domes, 2001) bezogen auf die Gesamtbevölkerung zu überprüfen. Einige Schlussfolgerungen des Früherkennungssystems hinsichtlich der starken Zunahme des Cannabiskonsums sowie der Stagnation bzw. Abnahme des Ecstasykonsums unter Jugendlichen können durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Juni 2001

Dr. Gerhard Bühringer Leiter des Instituts Inhaltsverzeichnis 5

# Inhaltsverzeichnis

Vorwo	ort	3
Inhalts	sverzeichnis	5
Tabel	lenverzeichnis	7
Abbilo	dungsverzeichnis	g
Kurzfa	assung	11
1	Einleitung	13
2	Methode	15
2.1	Stichprobe	15
2.2	Gewichtung	15
2.3	Instrumente	16
2.4	Auswertung	20
3	Illegale Drogen	21
3.1	Lebenszeitprävalenz	21
3.2	12-Monats-Prävalenz	22
3.3	30-Tage-Prävalenz	28
3.4	Frequenz des Drogenkonsums	28
3.5	Vergleich zwischen Berlin West und Berlin Ost und den Bundesdaten	30
3.5.1	Lebenszeitprävalenz	
3.5.2	12-Monats-und 30-Tage-Prävalenz	
3.6	Einschätzung von Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft	
3.7	Einschätzung des Drogenproblems	
3.8	Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV	
3.9	Tabellen zu illegalen Drogen	37
4	Alkohol	45
4.1	Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht	45
4.2	Alkoholkonsum nach Getränkesorten	48
4.3	Trinksituationen	50
4.4	Einstellungen zum Thema Alkohol	51
4.5	Folgen des Alkoholkonsums	52
4.6	Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV	53
4.7	Tabellen zu Alkohol	55
5	Medikamente	57
5.1	Prävalenz der Einnahme von Medikamenten	
5.1.1	Einnahme in den letzten 12 Monaten	
5.1.2	Einnahme in den letzten 30 Tagen	
5.2	Screening zur problematischen Einnahme von Medikamenten	
5.3	Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV	
5.4	Tabellen zu Medikamenten	64

6	Tabak	67
6.1	Tabakwaren	67
6.2	Tabakkonsum	69
6.2.1	Prävalenz des Tabakkonsums	69
6.2.2	Umfang des Zigarettenkonsums	70
6.3	Nikotinabhängigkeit nach Fagerström	71
6.4	Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV	72
6.5	Rauchstadium und Änderungsbereitschaft	73
6.6	Beendigung des Tabakkonsums	74
6.7	Passivrauchen	76
6.8	Tabellen zu Tabak	77
7	Konsummuster	79
7.1	Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen	79
7.2	Illegale Drogen und Alkohol	80
7.3	Illegale Drogen und Tabak	80
7.4	Alter des ersten Drogenkonsums	81
8	Trends 1990-2000	83
8.1	Methode	83
8.2	Illegale Drogen	85
8.3	Alkohol	96
8.4	Tabak	104
9	Diskussion	107
	Literaturverzeichnis	115

Tabellenverzeichnis 7

# **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 von illegalen Drogen innerhalb von 24 Stunden in Berlin West	33
Tabelle 4:	Einschätzung der Beschaffbarkeit von illegalen Drogen innerhalb von 24 Stunden in Berlin Ost	33
Tabelle 5:	Probierbereitschaft illegaler Drogen in Berlin West	34
Tabelle 6:	Probierbereitschaft illegaler Drogen in Berlin Ost	34
Tabelle 7:	Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem	35
Tabelle 8:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen Berlin Gesamt	36
Tabelle 9:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen	37
Tabelle 10:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Westberlin	38
Tabelle 11:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Ostberlin	39
Tabelle 12:	12-Monats-Frequenz illegaler Drogen	40
Tabelle 13:	30-Tage-Frequenz illegaler Drogen	40
Tabelle 14:	Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden nach Alter in Berlin West	41
Tabelle 15:	Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden nach Alter in Berlin Ost	41
Tabelle 16:	Probierbereitschaft illegaler Drogen nach Alter in Berlin West	42
Tabelle 17:	Probierbereitschaft illegaler Drogen nach Alter in Berlin Ost	42
Tabelle 18:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen	43
Tabelle 19:	Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten	46
Tabelle 20:	Trinksituationen	50
Tabelle 21:	Einstellungen zum Thema Alkohol	51
Tabelle 22:	Konsequenzen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten	53
Tabelle 23:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	54
Tabelle 24:	Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht	55
Tabelle 25:	Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten nach Geschlecht	55
Tabelle 26:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Alkoholmissbrauch und - abhängigkeit	56
Tabelle 27:	12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente	58
Tabelle 28:	Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen	59
Tabelle 29:	Prävalenz der problematischen Medikamenteneinnahme (KFM)	61
Tabelle 30:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV-Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)	62
Tabelle 31:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Abhängigkeit von verschiedenen Medikamenten	63
Tabelle 32:	12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente nach Geschlecht	64

Tabelle 33:	Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht	64
Tabelle 34:	Prävalenz der Kriterien für problematische Medikamenteneinnahme (KFM)	65
Tabelle 35:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)	65
Tabelle 36:	Hauptsächliche und weitere Tabakwaren	68
Tabelle 37:	Lebenszeit- und 12-Monats- Prävalenz von Schnupf- und Kautabak	68
Tabelle 38:	Raucher, Exraucher und Nichtraucher	70
Tabelle 39:	Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag	71
Tabelle 40:	Prävalenz der Nikotinabhängigkeit (FTND) bei aktuellen Zigarettenrauchern	71
Tabelle 41:	12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Nikotinabhängigkeit	72
Tabelle 42:	Änderungsbereitschaft nach Höhe des Zigarettenkonsums pro Tag von Rauchern und Exrauchern	74
Tabelle 43:	Aufforderungen zum Thema "Rauchen aufhören" in den letzten 12 Monaten	75
Tabelle 44:	Benutzte Hilfsmittel, um mit dem Rauchen aufzuhören	75
Tabelle 45:	Aussagen zum Passivrauchen von Nicht- und Exrauchern	76
Tabelle 46:	Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Geschlecht	77
Tabelle 47:	Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag nach Geschlecht	77
Tabelle 48:	Schwere der Nikotinabhängigkeit (FTND)	77
Tabelle 49:	12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Nikotinabhängigkeit	78
Tabelle 50:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen	79
Tabelle 51:	Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen	79
Tabelle 52:	Drogenprävalenz nach Alkoholkonsum	80
Tabelle 53:	Drogenprävalenz nach Tabakkonsum	81
Tabelle 54:	Stichprobenumfänge der zur Trendanalyse herangezogenen Erhebungen	85
Tabelle 55:	Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990-2000	88
Tabelle 56:	Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990-2000 für West- und Ostberlin	89
Tabelle 57:	12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen 1990-2000	92
Tabelle 58:	12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen 1990-2000 für West- und Ostberlin	93
Tabelle 59:	Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier und Wein/Sekt 15 bis 39-Jähriger nach Geschlecht 1990-2000	100
Tabelle 60:	Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier und Wein/Sekt 15 bis 39- Jähriger nach Alter 1990-2000	100
Tabelle 61:	Prävalenz des Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Geschlecht 1990-2000	106
Tabelle 62:	Prävalenz des Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Alter 1990-2000	106
Tabelle 63:	Prävalenz starken Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Geschlecht 1990-2000	106
Tabelle 64:	Prävalenz starken Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Alter 1990-2000	106

Abbildungsverzeichnis 9

A hhi	Idiinaeva	rzaichnic
ADDI	ldungsve	12616111113

Abbildung 1:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen	23
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	23
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	24
Abbildung 4:	Lebenszeitprävalenz einzelner illegaler Substanzen	24
Abbildung 5:	12-Monats-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen	25
Abbildung 6:	30-Tage-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen	25
Abbildung 7:	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz 18 bis 39-Jähriger von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain und Crack in Westberlin	26
Abbildung 8:	Lebenszeit-, 12-Monats-und 30-Tage-Prävalenz 18 bis 39-Jähriger von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain und Crack in Ostberlin	26
Abbildung 9:	Lebenszeit-, 12-Monats-und 30-Tage-Prävalenz 18 bis 39-Jähriger für illegale Drogen insgesamt, Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (andere Drogen)	27
Abbildung 10:	12-Monats-Frequenz 15 bis 17-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis)	29
Abbildung 11:	12-Monats-Frequenz 18 bis 29-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis)	29
Abbildung 12:	Alkoholkonsum der Männer in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-30g; riskant: >30-60g; gefährlicher/Hochkonsum: >60g)	47
Abbildung 13:	Alkoholkonsum der Frauen in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-20g; riskant: >20-40g; gefährlicher/Hochkonsum: >40g)	47
Abbildung 14:	Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei männlichen Konsumenten	49
Abbildung 15:	Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei weiblichen Konsumenten	49
Abbildung 16:	Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Männern	60
Abbildung 17:	Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Frauen	60
Abbildung 18:	Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag	69
Abbildung 19:	Prävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Rauchern nach DSM-IV und FTND	73
Abbildung 20:	Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Drogenkonsums	81
Abbildung 21:	12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 15 bis 17-Jährige 1990-2000	90
Abbildung 22:	12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 18 bis 29-Jährige 1990-2000	91
Abbildung 23:	Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 15 bis 17-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000	95
Abbildung 24:	Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 18 bis 29-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000	95
Abbildung 25:	Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 30 bis 39-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000	95

Abbildung 26:	Prävalenz des Bierkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000	98
Abbildung 27:	Prävalenz des Weinkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000	98
Abbildung 28:	Prävalenz des Konsums von Spirituosen nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1995-2000	98
Abbildung 29:	Konsumfrequenz von Bier nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000	99
Abbildung 30:	Konsumfrequenz von Wein nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000	99
Abbildung 31:	Konsumfrequenz von Spirituosen nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1995-2000	99
Abbildung 32:	Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) bei 15 bis 39-jährigen in Gramm Reinalkohol pro Tag in West- und Ostberlin 1995-2000	102
Abbildung 33:	Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) von durchschnittlich mehr als 30 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen in West- und Ostberlin 1995-2000	103
Abbildung 34:	30-Tage-Prävalenz des Rauchens und starken Rauchens nach Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000	104
Abbildung 35:	30-Tage-Prävalenz des Rauchens nach Alter 1990-2000	105
Abbildung 36:	30-Tage-Prävalenz des starken Rauchens nach Alter 1990-2000	105

Kurzfassung 11

# Kurzfassung

In Berlin wurde eine Regionalauswertung der Bundesstudie "Repräsentativerhebung 2000 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen" durchgeführt. Dabei wurde die Stichprobe der 18 bis 59-Jährigen aus der Bundesstudie aufgestockt und zusätzlich eine Stichprobe von Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren gezogen.

### **Aktuelle Ergebnisse**

## Illegale Drogen

In Westberlin haben 39,7%, in Ostberlin 26,1% der befragten 15 bis 59-Jährigen zumindest einmal im Leben illegale Drogen konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Berlins (WB) sind dies etwa 750.000 Einwohner. Der allergrößte Teil der Drogenerfahrung ist auf Cannabis mit einer Lebenszeitprävalenz von 33,4% zurückzuführen. In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 11,8% der befragten 15 bis 59-jährigen Westberliner und 11,1% der Ostberliner illegale Drogen genommen. Dabei war der Anteil der jüngeren aktuellen Konsumenten besonders hoch (15 bis 29 Jahre: über 20%).

### Alkohol

Der Anteil von Personen mit mindestens riskantem Alkoholkonsum (Männer mindestens 30g, Frauen mindestens 20g Reinalkohol pro Tag) lag für Männer bei 26,4% (WB: 290.000) und für Frauen bei 13,9% (WB: 150.000). Von den 15 bis 17-jährigen Mädchen wiesen bereits 12,8% und von den Jungen 12,4% einen mindestens riskanten Alkoholkonsum auf. Insgesamt wurde bei 4,3% der Befragten (WB: 93.000) eine Alkoholabhängigkeit und bei 4,2% (WB: 92.000) ein Alkoholmissbrauch nach DSM-IV festgestellt.

#### Medikamente

Medikamente mit psychoaktiver Wirkung nahmen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 16,8% der Frauen und 15,0% der Männer mindestens einmal pro Woche ein (WB: 340.000). 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 3,6% der Befragten (WB: 77.000) abhängig von Medikamenten.

#### Tabak

Insgesamt 40,7% der befragten Männer und 35,2% der Frauen gaben an, derzeit zu rauchen (WB: 820.000). Am höchsten sind die Anteile der Raucher bei den 30 bis 39-Jährigen (44,2%). In der Altersgruppe der 18 bis 24-Jährigen sind die Anteile der Raucherinnen höher als die der Raucher. 41,4% aller Raucher rauchen durchschnittlich 20 oder mehr Zigaretten pro Tag. Nach DSM-IV erhielten 11% aller Befragten (WB: 220.000) die Diagnose "Nikotinabhängigkeit".

### Konsummuster

Von den drogenerfahrenen Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) haben 18% Erfahrungen mit mehr als einer illegalen Substanz (Lebenszeitprävalenz). Bei den älteren Drogenkonsumenten (18 bis 29 Jahre) liegt der Anteil derer, die schon verschiedene Substanzen konsumiert haben, bei 27%. 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 und 1995/96 für den Altersbereich von 15 bis 39 Jahren verglichen werden. Im Bereich illegaler Drogen ist eine starke Zunahme der Prävalenz von Cannabis zu beobachten. Die 12-Monats-Prävalenz von Cannabis hat sich seit 1990 sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen mehr als verdoppelt. Der Konsum von alkoholischen Getränken ist bei den Frauen durch relativ stabile Verhältnisse geprägt. Bei den Männern hat der häufige Konsum von Bier über die letzten zehn Jahre abgenommen, während der häufige Konsum von Wein/Sekt zugenommen hat. Unter den 18 bis 29-Jährigen ist der Anteil an Bierkonsumenten, die mehrmals pro Woche Bier trinken, zurückgegangen, unter den Jugendlichen aber von 2,7% (1990) auf 7,9% (2000) stetig angestiegen. Die Prävalenz des Rauchens und des starken Rauchens bei den Erwachsenen ist rückläufig, bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) hat gegenüber 1990 besonders das starke Rauchen zugenommen.

Einleitung 13

# 1 Einleitung

Im Rahmen der Bundesstudie "Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland" wurde in Berlin die Stichprobe der Bundesstudie 2000 für die Stadt Berlin zahlenmäßig auf das Dreifache (n = 1159) aufgestockt. Dabei wurde sowohl die Stichprobe der 18 bis 59-Jährigen der Bundesstudie aufgestockt als auch zusätzlich eine Stichprobe von 15 bis 17-Jährigen gezogen. Dadurch konnten Jugendliche als eigenständige Altersgruppe ausgewertet und mit den Erwachsenen verglichen werden. Mit der Regionalauswertung für die Stadt Berlin im Zuge der Bundesstudie von 1990 (Simon, Bühringer & Wiblishauser, 1991) und mit der Studie von 1995/96 (Kraus & Bauernfeind, 1998a) stehen zwei Querschnittsuntersuchungen zur Verfügung, die die Untersuchung zeitlicher Veränderungen von Konsum, Konsummustern und Einstellungen in der Berliner Bevölkerung im Fünf- und Zehn-Jahres-Vergleich ermöglichen.

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 Berlin gibt nach einer Darstellung von Instrument und Erhebungsmethode in Kapitel 2 einen Überblick über die aktuellen Ergebnisse zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol, Medikamente 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 illegalem Drogenkonsum und 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 von 1990 bis 2000 werden schließlich in Kapitel 8 behandelt.

Methode 15

# 2 Methode

# 2.1 Stichprobe

Die Grundgesamtheit dieser Studie besteht aus der Wohnbevölkerung Berlins im Alter zwischen 15 und 59 Jahren. Sie umfasst ca 2,2 Mio. Personen. Die Ziehung der Stichprobe der 18 bis 59-Jährigen erfolgte im Rahmen der Bundesstudie. Die Respondenten der Bundesstudie wurden auf der Basis der Einwohnermelderegister in einem zweistufigen Verfahren zufällig ausgewählt. 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 Berlin ausgewählt und ihre Anzahl um das Dreifache erweitert. Eine Stichprobe von 15 bis 17-Jährigen wurde zusätzlich in den ausgewählten Stadtteilen Berlins 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 1159 Personen vor.

#### 2.2 Gewichtung

Aufgrund der nach den Altersgruppen disproportionalen Aufstockung der Stichprobe für Berlin 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 Berlin 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 Grundgesamtheit 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 %)

	Westberlin			Ostberlin			
Männer	Ungewichtet	Gewichtet	Bevölkerung	Ungewichtet	Gewichtet	Bevölkerung	
15-59 Jahre	42,63	50,53	50,53	43,24	51,87	51,87	
15-17 Jahre	6,81	2,24	2,24	12,16	2,98	2,98	
18-24 Jahre	6,34	5,44	5,44	7,72	6,74	6,74	
25-29 Jahre	5,07	5,74	5,74	5,21	6,54	6,54	
30-39 Jahre	7,29	14,61	14,61	6,76	15,54	15,54	
40-49 Jahre	6,97	10,96	10,96	5,98	11,03	11,03	
50-59 Jahre	10,14	11,54	11,54	5,41	9,04	9,04	
Frauen							
15-59 Jahre	57,37	49,49	49,49	56,76	48,13	48,13	
15-17 Jahre	12,84	2,13	2,13	15,44	2,89	2,89	
18-24 Jahre	10,46	5,56	5,56	10,62	6,31	6,31	
25-29 Jahre	5,55	5,71	5,71	9,27	5,86	5,86	
30-39 Jahre	8,72	13,89	13,89	7,14	13,49	13,49	
40-49 Jahre	8,72	11,07	11,07	8,30	10,13	10,13	
50-59 Jahre	11,09	11,13	11,13	5,98	9,45	9,45	

Die Ausschöpfungsquote beträgt 41,5% 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, 1998b) verwendeten Instruments. Er ist nach den vier Themenbereichen illegale Dogen, Alkohol, Medikamente und Tabak gegliedert. Einleitend waren Fragen zur Soziodemographie, zum Freizeitverhalten und zur allgemeinen Gesundheit zu beantworten. Den Abschluss bildeten Fragen zur Bestimmung pathologischen Spielverhaltens sowie zu ökonomischen Verhältnissen. Alles in allem umfasst das Erhebungsinstrument ca. 120 Fragen.

Der erste große Themenkomplex Drogen enthielt Fragen zur Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie zur Einnahmefrequenz und zum Einstiegsalter verschiedener illegaler Substanzen. Neben der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft lag der Schwerpunkt auf den Methode 17

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

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

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 Substanz- gebrauch	<ul><li>(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Men- gen als beabsichtigt</li></ul>
(4) Soziale und zwischenmenschliche Probleme we- gen Substanzgebrauch	<ul><li>(4) Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, Sub- stanzgebrauch zu kontrollieren</li></ul>
	(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung
	(6) Aufgabe/Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
	(7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

### Frequenz-Menge-Index zum 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 Akohol 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).

Methode 19

### 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, Bauernfeind & 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 In den Tabellen bezeichnen 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, Morphium 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

Jeder Dritte (34,6%) der befragten 15 bis 59-Jährigen gibt an, zumindest einmal im Leben eine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) konsumiert zu haben (Tabelle 9). Bezogen auf die Wohnbevölkerung Berlins sind dies 750.000 Einwohner (95%-Konfidenzintervall: [680.000;820.000]). Diese Erfahrung ist unter Männern (38,5%) weiter verbreitet als unter Frauen (30,4%) und bei beiden Geschlechtern insbesondere in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen anzutreffen (57,7% bei männlichen und 44,7% bei weiblichen 18 bis 29-Jährigen, Abbildung 1).

Fast jeder der Befragten, die in ihrem Leben zumindest einmal illegale Drogen konsumiert haben, hat Cannabis konsumiert. Insgesamt sind dies 33,4% der befragten Bevölkerung (Tabelle 9). Die Lebenszeitprävalenz anderer illegaler Drogen als Cannabis liegt bei 11,8%, darunter am weitesten verbreitet die Erfahrung mit Kokain (6%), Amphetaminen (5,4%), Ecstasy (5,1%) und LSD (4,7%). Weniger verbreitet in der Gesamtgruppe ist die Lebenszeitprävalenz anderer Opiate (2,0%), Heroin (0,3%) und Crack (0,2%). Sowohl die Cannabiserfahrung als auch die Erfahrung mit anderen illegalen Drogen ist bei Männern weiter verbreitet als bei Frauen (Abbildung 2 und 3). Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy, LSD und Ko-

kain/Crack ist in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen am höchsten. Die höchste Lebenszeitprävalenz von Heroin und anderen Opiaten liegt bei den 30 bis 59-Jährigen (Abbildung 4), wobei dies auf die hohen Prävalenzen in den Gruppen der 30 bis 49-Jährigen zurückzuführen ist (Tabelle 9).

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 4,1% an, zumindest einmal im Leben Pilze als Rauschmittel konsumiert zu haben, 1,8% der Befragten haben schon einmal Schnüffelstoffe benutzt (Tabelle 9).

### 3.2 12-Monats-Prävalenz

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 11,5% der Befragten illegale Drogen konsumiert (Tabelle 9). Auch hier findet sich eine erhöhte 12-Monats-Prävalenz bei den Männern und das über alle Altersgruppen (Abbildung 1). Bei Männern und Frauen beträgt der Anteil der Konsumenten in der Altersgruppe der 30 bis 59-Jährigen mit 8,2% bzw. 4,7% nur etwa ein Drittel bzw. Viertel des Anteils in den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 1). Hochgerechnet auf die Berliner Wohnbevölkerung sind es 245.000 Einwohner, die in den letzten 12 Monaten illegale Drogen konsumiert haben (95%-Konfidenzintervall: [200.000;290.000]). Nach Geschlecht getrennt sind dies 150.000 Männer und 95.000 Frauen. (95%-Konfidenzintervalle: [120.000;190.000] und [70.000;120.000]).

Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten wird in den jüngeren Altersgruppen der 15 bis 17-Jährigen und 18 bis 29-Jährigen etwa gleich häufig berichtet (Abbildung 2 und 3), bei den Männern gilt dies auch für den Konsum anderer illegaler Drogen (Abbildung 2). Bei Frauen ist dagegen der Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis unter 15 bis 17-Jährigen mit 4,5% noch weniger verbreitet als unter 18 bis 29-Jährigen mit 6,7% (Abbildung 3).

Wie schon bei der Lebenszeitprävalenz nimmt auch bei der 12-Monats-Prävalenz Cannabis den größten Raum ein (Abbildung 5). Insgesamt 11,2% aller Befragten gaben an, im Jahr vor der Erhebung Cannabis konsumiert zu haben (Tabelle 9). Danach folgen Ecstasy (2,4%) und Kokain (2,3%), Amphetamine (1,2%) und LSD (0,6%). Der Konsum von Heroin, Methadon und anderen Opiaten sowie Crack wurde nicht bzw. nur von einer Person berichtet (Tabelle 9). Ecstasy, Amphetamine und Kokain wurden in den 12 Monaten vor der Erhebung insbesondere von den 18 bis 29-Jährigen konsumiert (Abbildung 5). Konsumenten von LSD finden sich insbesondere in der Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen und 18 bis 24-Jährigen (Tabelle 9).

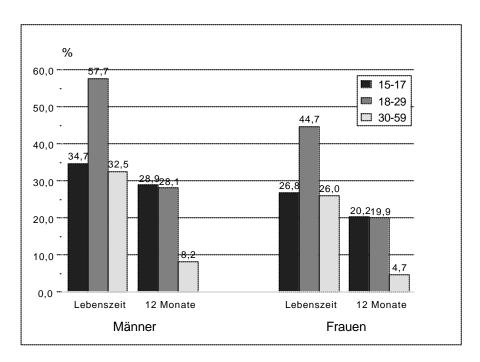


Abbildung 1: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen

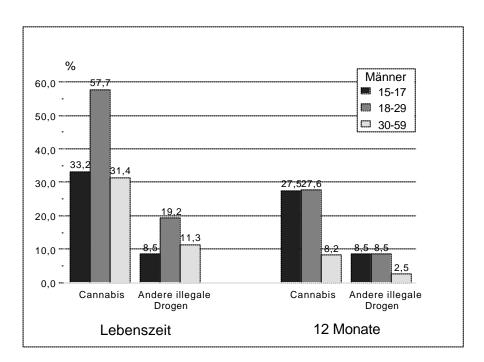


Abbildung 2: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz für Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen

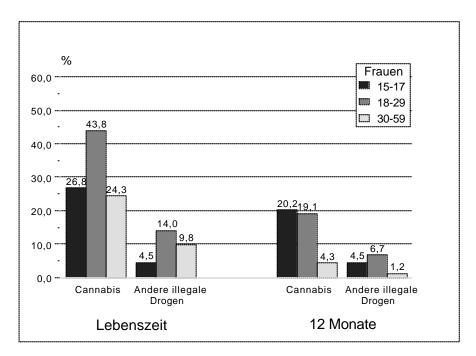


Abbildung 3: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz für Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain oder Crack) bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen

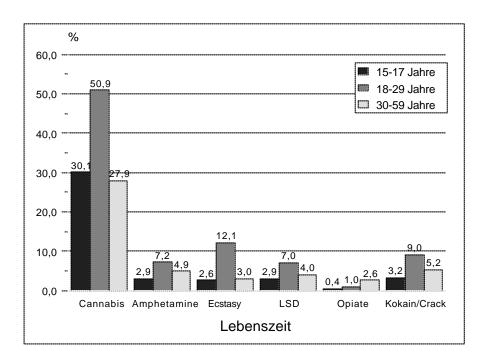


Abbildung 4: Lebenszeitprävalenz einzelner illegaler Substanzen

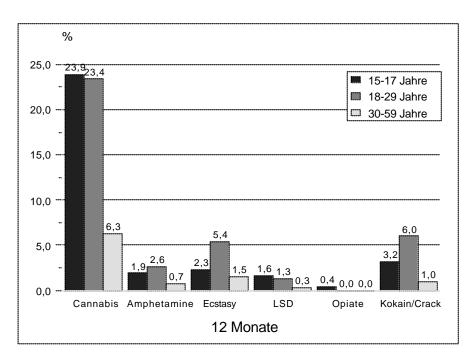


Abbildung 5: 12-Monats-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen

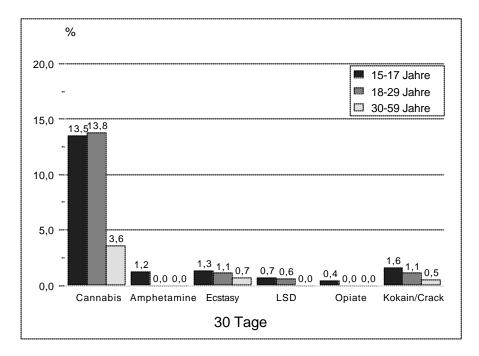


Abbildung 6: 30-Tage-Prävalenz einzelner illegaler Substanzen

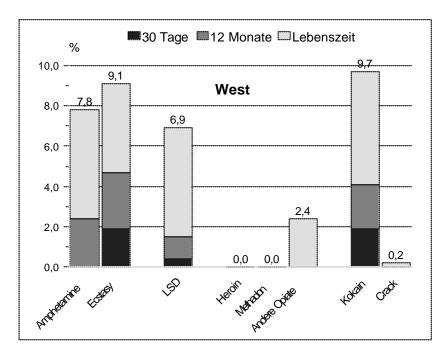


Abbildung 7: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz 18 bis 39-Jähriger von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain und Crack in Westberlin

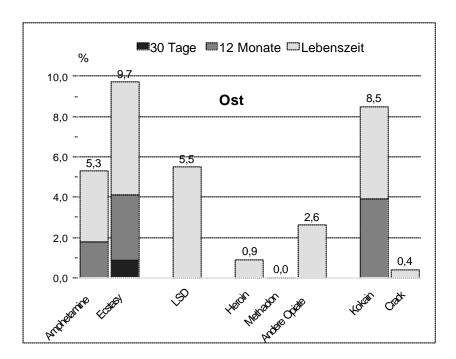
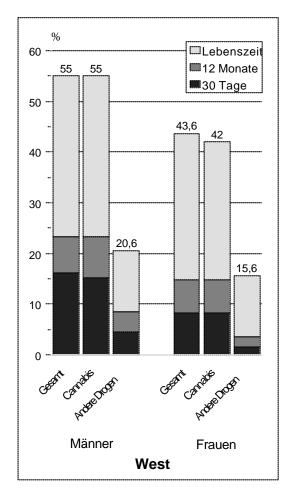


Abbildung 8: Lebenszeit-, 12-Monats-und 30-Tage-Prävalenz 18 bis 39-Jähriger von Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Opiaten, Kokain und Crack in Ostberlin



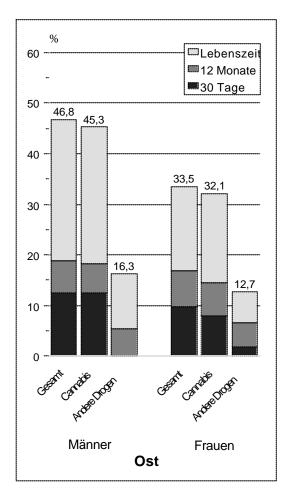


Abbildung 9: Lebenszeit-, 12-Monats-und 30-Tage-Prävalenz 18 bis 39-Jähriger für illegale Drogen insgesamt, Cannabis und andere illegale Drogen als Cannabis (andere Drogen)

# 3.3 30-Tage-Prävalenz

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 6,9% aller Befragten illegale Drogen konsumiert (Tabelle 9). Die Prävalenz der Männer liegt mit 8,6% leicht über der der Frauen (5,1%). Mit 17,3% ist der aktuelle Konsum in der Altersgruppe der 18 bis 24-Jährigen am weitesten verbreitet, während Befragte im Alter von 40 bis 59 Jahren keinen Konsum in den letzten 30 Tagen angaben (Tabelle 9). Cannabis ist die illegale Droge, die mit 6,5% wiederum am häufigsten genannt wurde. Viel niedriger liegen die 30-Tage-Prävalenzen von Ecstasy (0,8%) und Kokain (0,7%) sowie LSD (0,2%) und Amphetaminen (0,1%, Tabelle 9). Der Konsum von Heroin, Methadon, anderen Opiaten und Crack in den letzten 30 Tagen wurde nicht bzw. nur von einer Person berichtet (Tabelle 9).

Cannabis haben am häufigsten mit 13,8% die 18 bis 29-Jährigen im letzten Monat konsumiert. Bei allen anderen illegalen Drogen überragen die Prävalenzwerte der Jugendlichen die der 18 bis 29-Jährigen und der 30 bis 59-Jährigen (Abbildung 6).

### 3.4 Frequenz des Drogenkonsums

Bisher wurde ein Überblick darüber gegeben, wie viel Personen in einem bestimmten Zeitraum überhaupt illegale Drogen konsumiert haben. Im Folgenden wird dargestellt, wie häufig die Befragten mit Cannabiserfahrung in dem untersuchten Zeitraum Cannabis konsumiert haben. Aufgrund der geringen Anzahl der Respondenten bei der Frage nach der Konsumfrequenz (Tabelle 12) sind sinnvolle Interpretationen der Aussagen nur für Cannabis möglich.

Die aktuellen Cannabiskonsumenten (etwa ein Neuntel der Befragten, Tabelle 9) konsumieren zum großen Teil mit einer Häufigkeit von 1mal oder 2 bis 5mal im Jahr (Tabelle 12). Dennoch ist auch der Anteil der fast täglichen Konsumenten groß (Mindestens 200mal in den letzten 12-Monaten: 18,8% bei 15 bis 17-Jährigen und 11,6% bei 18 bis 59-Jährigen, Tabelle 12; 20 bis 30mal in den letzten 30 Tagen: 30,9% bei 15 bis 17-Jährigen und 20,0% bei 18 bis 59-Jährigen, Tabelle 13).

Die Frequenz des Konsums in den letzten 12 Monaten unterscheidet sich etwas zwischen Jugendlichen (15 bis 17 Jahre, Abbildung 10) und jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre, Abbildung 11). Auffällig sind die Unterschiede in den extremen Kategorien. Die Jugendlichen berichten zu 21,2% nur 1mal Cannabis konsumiert zu haben, während es bei den jungen Erwachsenen 16,8% sind. Fast täglich Cannabis zu sich genommen, also 200mal oder häufiger, haben von den Jugendlichen 18,8% und von den jungen Erwachsenen 10,5%. Die jungen Erwachsenen berichten dagegen zu einem viel größeren Anteil Cannabis 20 bis 199mal im letzten Jahr genommen zu haben als die Jugendlichen (27,1% vs. 11,0%, Abbildung 10 und 11). Zusätzliche Informationen zur Konsumfrequenz der Befragten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung liefert Tabelle 13.

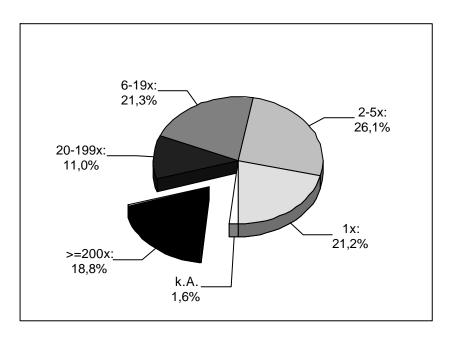


Abbildung 10: 12-Monats-Frequenz 15 bis 17-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis)

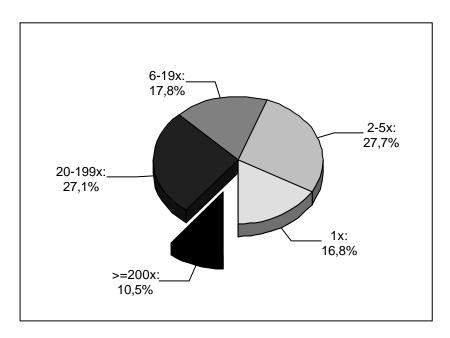


Abbildung 11: 12-Monats-Frequenz 18 bis 29-Jähriger für Cannabis (nur Konsumenten von Cannabis)

### 3.5 Vergleich zwischen Berlin West und Berlin Ost und den Bundesdaten

Um der unterschiedlichen historischen Entwicklung hinsichtlich des Drogenkonsums im ehemals geteilten Berlin Rechnung zu tragen, wurden die Auswertungen auch getrennt für Berlin West und Berlin Ost durchgeführt. Dabei wurden neben der Gesamtgruppe der 15- bis 59-Jährigen (Tabelle 9) auch die Altersgruppen 18 bis 39 Jahre sowie 15 bis 17 Jahre und 18 bis 24 Jahre (Tabelle 10 und 11) nach Region getrennt analysiert. Bei den anderen Altersgruppen verbieten die geringen Stichprobenumfänge separate Auswertungen.

Die Ergebnisse für die Gesamtgruppe werden im Folgenden auch mit denen der Bundesstudie verglichen, die aus dem genannten Grund auch getrennt berichtet werden (Kraus & Augustin, 2001). Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass das unterschiedliche Altersspektrum – in der Bundesstudie wurden 18- bis 59-Jährige befragt – die Prävalenzwerte beeinflusst.

### 3.5.1 Lebenszeitprävalenz

In den westlichen Teilen Berlins haben mit 39,7% mehr Befragte als in den östlichen Teilen mit 26,1% angegeben, in ihrem Leben zumindest einmal illegale Drogen konsumiert zu haben (Tabelle 9). Dies ist insbesondere auf den Unterschied in der Cannabiserfahrung zurückzuführen (38,5% vs. 25,2%). Auch ist die Lebenszeitprävalenz hinsichtlich Amphetaminen, LSD und Kokain im Westen höher. Dagegen berichten im Osten mehr Befragte zumindest einmal in ihrem Leben Ecstasy genommen zu haben (5,7% vs. 4,8%). Die absolute Anzahl der Befragten, die Erfahrung mit Crack, Heroin und anderen Opiaten haben, ist so gering, dass sich Vergleiche verbieten. Schnüffelstoffe haben Befragte im Osten Berlins etwas häufiger zumindest einmal in ihrem Leben konsumiert, der zumindest einmalige Konsum von psychoaktiven Pilzen ist in beiden Teilen Berlins gleich verbreitet (Tabelle 9).

Etwa 50% drogenerfahrenen 18-39-Jährigen im Westen Berlins stehen etwa 40% im Osten gegenüber (Tabelle 10 und 11). Damit beträgt der Prävalenzwert im Westen etwa das 1,2fache desjenigen im Osten. Derselbe Faktor findet sich bei der Cannabisprävalenz (48,6% im Westen, 39,1% im Osten) und der Prävalenz anderer illegaler Drogen als Cannabis (18,2% im Westen, 14,6% im Osten). Bei den in beiden Teilen der Stadt am beliebtesten Drogen nach Cannabis zeigen sich dagegen kaum Prävalenzunterschiede: Fast jeder zehnte 18- bis 39-Jährige in Ostund Westberlin hat Erfahrung mit Ecstasy oder Kokain. Vor Opiaten oder Crack, die mit Prävalenzwerten von maximal 2,6% eine vergleichsweise unbedeutende Rolle spielen, rangieren Amphetamine (West: 7,8%, Ost 5,3%), LSD (West: 6,9%, Ost: 5,5%) sowie halluzinogene Pilze (West: 6,5%, Ost: 6,1%). Schnüffelstoffe haben etwa 2% der Westberliner und 4% der Ostberliner dieser Altersgruppe schon mindestens einmal probiert. Während im Westen die Prävalenzwerte der Männer außer bei Opiaten und Kokain die der Frauen deutlich übersteigen, zeigen sich im Osten gerade bei den vergleichsweise weit verbreiteten Substanzen Ecstasy und Kokain keine Geschlechterunterschiede.

Bei den Jugendlichen überrascht der im Vergleich zu den Erwachsenen vergleichsweise große Ost-West-Unterschied. Neben dem etwa doppelt so hohen Prävalenzwert für illegale Drogen insgesamt (West: 38,1%, Ost: 22,1%), Cannabis (West: 38,1%, Ost: 20,5%) sowie andere Dro-

gen als Cannabis (West: 8,9%, Ost: 3,7%) fällt die unterschiedliche Rangordnung auf: Im Westen folgen auf Cannabis Kokain (6,0%), Pilze (5,4%) und Amphetamine (4,8%), im Osten dagegen LSD (2,0%), Ecstasy (1,4%) und Pilze (1,2%).

Etwa jeder zweite befragte junge Erwachsene in Ost- und Westberlin hat Erfahrung mit illegalen Drogen, wobei jeder Drogenerfahrene dieser Altersgruppe schon mindestens einmal Cannabis genommen hat. Über Erfahrung mit anderen illegalen Drogen berichten 18,1% im Westen sowie 12,1% im Osten. Dabei werden wieder halluzinogene oder aufputschende Substanzen Opiaten, aber auch Crack, vorgezogen.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt die Lebenszeitprävalenz illegalen Drogenkonsums in Berlin West und Ost um mehr als 15 Prozentpunkte höher (Westdeutschland: 21,8%, Berlin West: 39,7%; Ostdeutschland: 11%, Berlin Ost: 26,1%; Kraus & Augustin, 2001 bzw. Tabelle 9). Die Lebenszeitprävalenz fast jeder illegalen Droge ist in Berlin West und Ost etwa zwei- bis dreimal so hoch wie im jeweiligen Bundesdurchschnitt (außer Crack und Heroin im Osten gleich, Crack im Westen gleich, Methadon im Westen im Bundesdurchschnitt höher, Tabelle 9).

### 3.5.2 12-Monats-und 30-Tage-Prävalenz

Die Unterschiede zwischen Berlin Ost und West sind in der Gesamtgruppe, wenn man sich den aktuelleren Gebrauch im letzten Jahr bzw. in den letzten 4 Wochen anschaut, kaum noch auffällig. In beiden Teilen der Stadt haben etwa 11% Drogen in den letzten 12 Monaten und etwa 7% in den letzten 4 Wochen genommen (Tabelle 9).

Der Anteil an Cannabiskonsumenten in den letzten 12 Monaten ist im Westen mit 11,8% geringfügig höher als im Osten mit 10,2%. In den letzten 30 Tagen haben jeweils 6-7% Cannabis konsumiert (Tabelle 9). Auch der Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain ist vergleichbar. Im Berliner Westen wurde lediglich LSD häufiger in den letzten 12 Monaten konsumiert (0,9% vs. 0,1%, Tabelle 9).

Mit Ausnahme der 30-Tage-Prävalenz anderer Drogen als Cannabis, die im Westen 3,1%, im Osten dagegen nur 0,9% beträgt, unterscheiden sich auch die 18- bis 39-Jährigen in Ost- und Westberlin kaum noch (Tabelle 10 und 11). Etwa jeder Fünfte bis Sechste hat im Verlauf der letzten 12 Monate illegale Drogen konsumiert, etwa jeder Siebzehnte andere Drogen als Cannabis. Am bedeutendsten waren dabei Ecstasy und Kokain mit um die 4%, gefolgt von Amphetaminen mit etwa 2%. Etwa jeder Achte bis Neunte hat auch in den letzten 30 Tagen illegale Drogen genommen.

Aktueller Drogenkonsum ist unter den Westberliner Jugendlichen deutlich weiter verbreitet als unter den Erwachsenen dieser Region. Etwa jeder dritte Jugendliche berichtet Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten, aber nur jeder vierte 18- bis 24-Jährige und nur jeder fünfte 18- bis 39-Jährige. Dem 30-Tage-Prävalenzwert von 19,7% bei den Jugendlichen stehen 17,0% bei den 18- bis 24-Jährigen und 12,2% bei den 18- bis 39-Jährigen gegenüber. Dabei hat jeder

jugendliche Drogenkonsument im Westen Cannabis konsumiert. Bei den anderen illegalen Drogen als Cannabis liegen die Prävalenzwerte der jugendlichen Westberliner (letzte 12 Monate: 8,9%, letzte 30 Tage: 4,2%) unter denen der jungen Erwachsenen (letzte 12 Monate: 13,1%, letzte 30 Tage: 5,2%). Die Prävalenzwerte der Ostberliner Jugendlichen sind dagegen - mit Ausnahme der 30-Tage-Prävalenz anderer Drogen als Cannabis - sowohl im Vergleich mit den Westberliner 15- bis 17-Jährigen als auch im Vergleich mit den Ostberliner jungen Erwachsenen niedrig. In den letzten 12 Monaten haben 16,5% der Ostberliner Jugendlichen illegale Drogen konsumiert (15- bis 17-Jährige Westberliner: 31,6%; 18- bis 24-jährige Ostberliner: 28,2%) und 3,7% andere illegale Drogen als Cannabis (15- bis 17-Jährige Westberliner: 8,9%; 18- bis 24-jährige Ostberliner: 4,8%). In den letzten 30 Tagen waren es 8,5% Konsumenten illegaler Drogen (15- bis 17-Jährige Westberliner: 17,7%; 18- bis 24-jährige Ostberliner: 19,7%).

Im Vergleich mit den Bundesdaten sind wie die Lebenszeitprävalenzen auch die 12-Monats-Prävalenzen und 30-Tage-Prävalenzen in Berlin etwa doppelt so hoch. Illegale Drogen insgesamt in den letzten 12 Monaten nahmen 5,2% der Ostdeutschen (Kraus & Augustin, 2001) und 11,1% der Ostberliner (Tabelle 9). Im Westen waren dies 6,5% im Bundesdurchschnitt und 11,8% in Westberlin. Für die letzten 30 Tage lauten die jeweiligen Zahlen 2,6% und 7,1% für Westdeutschland und Westberlin bzw. 3,6% und 6,6% für Ostdeutschland und Ostberlin (Kraus & Augustin, 2001 bzw. Tabelle 9).

# 3.6 Einschätzung von Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft

Etwa zwei Drittel der Befragten in West- und Ostberlin, die keine Erfahrung mit Drogen haben, sehen sich außerstande, innerhalb von 24 Stunden eine illegale Droge zu beschaffen (Tabelle 3 und 4). Deutliche Unterschiede treten bei den verschiedenen Substanzen auf und die Beschaffbarkeit wird auch je nach Stadtteil (Ost oder West) unterschiedlich eingeschätzt. Für am leichtesten verfügbar hielten die Befragten ohne Drogenerfahrung Cannabis (20,6% im Westen, 14,9% im Osten) gefolgt von Ecstasy (11,9% im Westen, 13,8% im Osten) und Amphetaminen (11,8% im Westen, 10,7% im Osten). Bei den anderen illegalen Drogen wie z.B. Heroin, Kokain und LSD glauben zwischen 5% und 7% der Unerfahrenen im Osten bzw. 7% und 9% der Unerfahrenen im Westen, dass sie innerhalb 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 und das in West- wie Ostberlin (Tabelle 14 und 15). So glauben beispielsweise im Westen 42,3%, im Osten 31,6% der Jugendlichen ohne Drogenerfahrung, innerhalb von 24 Stunden leicht an Cannabis zu kommen (gegenüber 19,5% bzw. 13,8% der Erwachsenen). In Ostberlin halten 24,3%, im Westen 18,3% der Jugendlichen Ecstasy für leicht verfügbar (Erwachsene: 13,1% bzw. 11,6%) und 23,1% der Jugendlichen im Westen bzw. 15,0% im Osten glauben, leicht an Amphetamine zu kommen. Auch LSD hält mindestens jeder achte Jugendliche für leicht beschaffbar. Auffällig ist schließlich, dass Ostberliner Jugendliche zu 11,5% Crack für leicht beschaffbar halten, während dies unter Westberliner unerfahrenen Jugendlichen nur 5,8% sind.

Tabelle 3: Einschätzung der Beschaffbarkeit von illegalen Drogen innerhalb von 24 Stunden in Berlin West

	leicht		schw	schwierig		gar nicht	
	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	
Cannabis	20,6	68,9	19,1	18,1	60,3	13,0	
Amphetamine	11,8	31,5	23,4	36,8	64,8	31,7	
Ecstasy	11,9	34,3	22,0	36,7	66,1	28,9	
LSD	8,6	27,5	22,5	35,1	69,0	37,4	
Heroin	9,1	15,3	21,7	37,9	69,3	46,8	
Methadon	7,1	12,6	22,5	36,4	70,4	51,0	
Andere Opiate	9,0	17,1	22,9	36,3	68,1	46,6	
Kokain	8,7	24,3	21,6	37,2	69,7	38,5	
Crack	7,7	12,9	22,0	35,5	70,3	51,6	

Tabelle 4: Einschätzung der Beschaffbarkeit von illegalen Drogen innerhalb von 24 Stunden in Berlin Ost

	leicht		schw	schwierig		gar nicht	
	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	
Cannabis	14,9	82,5	19,3	12,8	65,9	4,7	
Amphetamine	10,7	40,9	22,9	33,2	66,4	25,9	
Ecstasy	13,8	41,8	19,8	35,8	66,4	22,5	
LSD	5,5	30,8	22,9	41,8	71,6	27,4	
Heroin	5,9	16,3	21,2	43,0	73,0	40,7	
Methadon	4,9	10,0	19,1	41,0	76,0	49,0	
Andere Opiate	6,5	18,0	23,6	43,4	70,0	38,7	
Kokain	6,5	26,6	20,4	42,7	73,2	30,7	
Crack	6,1	11,0	21,6	39,3	72,4	49,8	

Deutlich geringer als die Beschaffbarkeit ist die Bereitschaft, angebotene Drogen anzunehmen. Von den Drogenunerfahrenen würden nur 9,9% der Männer und 5,7% der Frauen in Westberlin bzw. 7,5% der Männer und 6,8% der Frauen in Ostberlin Cannabis probieren, wenn es ihnen angeboten würde (Tabelle 5 und 6). Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Crack wären die Westberliner, wenn auch auf niedrigerem Prozentniveau, eher bereit zu probieren als die Ostberliner.

Betrachtet man die Probierbereitschaft getrennt nach Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) und Erwachsenen (18 Jahre und darüber), so fällt auf, dass die Jugendlichen ohne Drogenerfahrung insbesondere im Osten eher bereit wären, angebotene illegale Drogen anzunehmen (Tabelle 16 und 17). Ostberliner Jugendliche würden zu 13,1% Cannabis probieren, Ostberliner Erwachsene nur zu 6,7% (Tabelle 17). Die Probierbereitschaft von Amphetaminen und Ecstasy ist ebenfalls um ein Vielfaches höher als bei den Erwachsenen. In Westberlin trifft die größere Probierbereitschaft der drogenunerfahrenen Jugendlichen nur für Cannabis und Pilze zu (Tabelle 16). Fast jeder fünfte drogenunerfahrene Jugendliche in Westberlin wäre bereit, Cannabis zu probieren, bei den Amphetaminen sind es 4,2% (nur Frauen), bei Pilzen 3,9% (nur Männer). Auffällig

ist, dass im Unterschied zu Ostberlin keiner der Jugendlichen andere illegale Drogen probieren würde.

Tabelle 5: Probierbereitschaft illegaler Drogen in Berlin West

	keine Drogenerfahrung			Drogenerfahrung				
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen		
Cannabis	7,7	9,9	5,7	50,3	53,3	46,3		
Amphetamine	3,5	5,1	2,1	10,4	10,5	10,2		
Ecstasy	2,1	2,4	1,8	10,8	13,0	7,9		
LSD	0,8	0,6	1,0	8,6	8,5	8,7		
Heroin	0,8	0,6	1,0	0,7		1,6		
Methadon	0,8	0,6	1,0	1,4	1,3	1,6		
Andere Opiate	1,4	1,8	1,0	5,4	4,5	6,4		
Kokain	1,1	1,3	1,0	14,9	14,7	15,1		
Crack	0,8	0,6	1,0	1,6	1,6	1,6		
Pilze	1,3	1,0	1,5	14,0	14,7	13,1		

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

Tabelle 6: Probierbereitschaft illegaler Drogen in Berlin Ost

	keine	keine Drogenerfahrung			Drogenerfahrung			
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen		
Cannabis	7,1	7,5	6,8	58,7	57,1	60,9		
Amphetamine	1,0	0,7	1,3	8,7	6,2	12,4		
Ecstasy	0,9	0,7	1,2	10,5	8,1	14,1		
LSD	0,7	0,1	1,2	7,6	6,8	8,7		
Heroin	0,1	0,1	0,1	0,7	0,3	1,2		
Methadon	0,5	0,1	0,9	0,2	0,3			
Andere Opiate	1,7	0,3	3,1	3,8	2,5	5,7		
Kokain	0,5	0,6	0,4	19,3	17,5	21,9		
Crack	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3			
Pilze	1,7	0,1	3,3	19,7	19,1	20,6		

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

Von den Drogenerfahrenen würde in Westberlin jeder zweite Cannabis annehmen, in Ostberlin knapp 60% der Befragten (Tabelle 5 und 6). Darauf folgt die Probierbereitschaft für Kokain und Pilze (14,9% in West und 19,3% in Ost bzw. 14,0% in West und 19,7% in Ost). Während in Westberlin die Probierbereitschaft sich zwischen den Geschlechtern abgesehen von Cannabis und Ecstasy kaum unterscheidet, ist die Probierbereitschaft von drogenerfahrenen Ostberlinerinnen bei den meisten Substanzen deutlich höher als die der Ostberliner (Tabelle 6). Auch bei den Drogenerfahrenen liegt die Probierbereitschaft der Jugendlichen insgesamt betrachtet über der der Erwachsenen (Tabelle 16 und 17). Über 70% der befragten drogenerfahrenen Jugendlichen aus Westberlin würde Cannabis annehmen, etwa ein Drittel würde Pilze probieren und zwischen 10 und 15% würden Kokain, Amphetamine, Ecstasy oder LSD probieren. In Ostberlin ist dagegen de Probierbereitschaft von Kokain und Pilzen unter den Erwachsenen mit etwa 20% verbreiteter als unter den Jugendlichen (Tabelle 17).

# 3.7 Einschätzung des Drogenproblems

Die Befragten sollten angeben, ob ihrer Meinung nach in Deutschland das Drogenproblem größer, gleich groß oder kleiner als das Alkoholproblem ist. Etwa 40% der Befragten war der Meinung, Alkohol- und Drogenproblem seien etwa gleich groß (Tabelle 7). Fast die Hälfte hielt das Drogenproblem für kleiner als das Alkoholproblem, 9,7% 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 7: Einschätzung des Drogenproblems im Vergleich zum Alkoholproblem

		Geschlecht					Altersgruppen				
	Ges	amt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	
Drogenproblem	1159		499	660	268	202	144	176	175	194	
Größer	9,7	(148)	12,7	6,6	23,5	13,3	10,6	5,2	11,0	8,9	
Gleich groß	39,7	(501)	33,2	46,5	46,5	44,0	39,1	34,0	38,2	45,5	
Kleiner	49,1	(490)	52,8	45,3	28,2	39,7	49,5	60,8	49,7	42,4	
Weiß nicht / k.A.	1,4	(20)	1,4	1,5	1,8	3,0	0,8		1,1	3,2	

# 3.8 Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV

Untersuchungen mit dem Ziel der Diagnostik von Abhängigkeit und Missbrauch 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 in Tabelle 8 beziehen sich auf mindestens eine Diagnose bei den Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate oder Kokain.

Nach den DSM-IV Kriterien erhielten 1,5% der Befragten die Diagnose "Missbrauch von illegalen Drogen", 2,8% der Männer und 0,2% der Frauen (Tabelle 8). Hochgerechnet auf die Berliner Wohnbevölkerung sind dies 33.000 Betroffene (95%-Konfidenzintervall: [15.000;51.000]). Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so fällt auf, dass die Prävalenzen unter den 18 bis 24-Jährigen am höchsten sind (4,7%), danach folgen die 25 bis 29-Jährigen (2,5%). Die Befragten im Alter von 40 bis 59 Jahren berichteten keine Missbrauchssymptome. Die am häufigsten genannten Kriterien waren "Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen" (1,2%) und "Soziale und zwischenmenschliche Probleme" (0,9%, Tabelle 18). Allerdings unterscheidet sich die Verteilung der Kriterien je nach Altersgruppe. Während unter den 18 bis 24-Jährigen der "Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen" am häufigsten verbreitet ist, werden von den 15 bis 17-Jährigen vor allem "erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule" sowie "soziale und zwischenmenschliche Probleme" genannt (Tabelle 18).

Tabelle 8: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Missbrauch und Abhängigkeit illegaler Drogen Berlin Gesamt

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

Eine Abhängigkeitsdiagnose nach den DSM-IV Kriterien erhielten 1,2% der Befragten, 1,6% der Männer und 0,8% der Frauen. Hochgerechnet auf die Berliner Wohnbevölkerung sind dies 26.000 Betroffene (95%-Konfidenzintervall: [13.000;39.000]). Die 15 bis 17-Jährigen sowie die 25 bis 29-Jährigen sind die Altersgruppe, deren Befragte die Kriterien der Abhängigkeit von illegalen Drogen mit 5,8% bzw. 3,9% am häufigsten erfüllen (Tabelle 8). Wiederum berichten die Befragten im Alter von 40 bis 59 Jahren keine Abhängigkeitssymptome. Die am häufigsten genannten Kriterien sind "Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt" (2,3% nannten diese Kategorie) und "Entzugssymptome" (2,0%). Auch hier variieren die Prävalenzen der Kriterien je nach Alter. Toleranzentwicklung spielt insbesondere bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren eine Rolle, die Entzugssymptome sind dagegen am häufigsten von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren genannt worden (Tabelle 18). Der unbeabsichtigte längere oder ausgiebigere Substanzgebrauch ist das am häufigsten berichtete Kriterium der 15 bis 17-Jährigen und der 30 bis 39-Jährigen. Die Kontrollminderung ist vor allem in der Altersgruppe der 25 bis 29-Jährigen ein Problem. Den fortgesetzten Gebrauch trotz schädlicher Folgen berichten insbesondere die Jugendlichen (Tabelle 18).

Die Häufigkeit einer Missbrauchsdiagnose in Berlin liegt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt fünfmal so hoch (1,5% vs. 0,3%). Die Häufigkeit einer Abhängigkeitsdiagnose liegt zweimal so hoch wie im Bundesdurchschnitt (1,2% vs. 0,6%) (Kraus & Augustin, 2001, Tabelle 8). Allerdings unterscheiden sich die Stichproben dahingehend, dass in der Berliner Stichprobe auch jüngere Befragte, die 15 bis 17-Jährigen einbezogen wurden. In Anbetracht der höheren Prävalenzen in den jüngeren Altersgruppen mag der Unterschied zwischen Berlin und Bundesebene auch auf die erhöhte Prävalenz bei Jugendlichen zurückzuführen sein.

# 3.9 Tabellen zu illegalen Drogen

Tabelle 9: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen

			Regi	ion			Altersg	ruppen		
•	Ge	esamt	West	Ost	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Lebenszeit	1159		641	518	268	202	144	176	175	194
Cannabis	33,4	(382)	38,5	25,2	30,1	48,2	53,6	39,9	25,7	13,7
Amphetamine	5,4	(55)	6,6	3,3	2,9	5,6	8,8	6,5	4,1	3,5
Ecstasy	5,1	(59)	4,8	5,7	2,6	9,1	15,1	7,0	0,6	
LSD	4,7	(50)	5,3	3,7	2,9	6,7	7,3	5,8	4,1	1,5
Heroin	0,3	(3)	0,2	0,5			1,6		0,6	
Methadon										
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)	2,0	(16)	2,4	1,5	0,4	0,5	0,8	3,9	2,9	0,5
Kokain	6,0	(61)	6,6	5,0	3,2	8,7	9,4	9,3	3,7	1,1
Crack	0,2	(3)	0,1	0,2	0,3	0,4	0,8			
Andere Drogen als Cannabis	11,8	(122)	13,7	8,7	6,5	15,6	17,7	16,8	7,1	5,5
Illegale Drogen insgesamt	34,6	(393)	39,7	26,1	30,8	48,2	54,4	41,5	26,3	15,7
Schnüffelstoffe	1,8	(19)	1,6	2,2	1,2	2,2	3,2	3,0	0,7	0,5
Pilze	4,1	(47)	4,1	4,0	3,5	6,6	8,9	5,2	2,7	
12-Monate		esamt	West	Ost	15-17	18-24		30-39	40-49	50-59
Cannabis	11,2	(168)	11,8	10,2	23,9	25,6	21,3	13,7	2,0	0,5
Amphetamine	1,2	(16)	1,4	1,0	1,9	2,7	2,5	1,8		
Ecstasy	2,4	(28)	2,5	2,3	2,3	6,0	4,9	3,7		
LSD	0,6	(9)	0,9	0,1	1,6	2,6		0,7		
Heroin										
Methadon										
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)		(1)			0,4					
Kokain	2,3	(31)	2,3	2,1	3,2	7,2	4,9	2,4		
Crack										
Andere Drogen als Cannabis	3,5	(50)	3,5	3,4	6,5	9,6	5,7	4,7		
Illegale Drogen insgesamt	11,5	(179)	11,8	11,1	24,7	26,9	21,3	14,2	2,0	0,5
Schnüffelstoffe	0,4	(4)	0,3	0,6	0,3	0,4		1,3		
Pilze	0,4	(10)	0,4	0,4	2,8	2,5				
30-Tage		esamt	West	Ost	15-17		25-29	30-39	40-49	50-59
Cannabis	6,5	(95)	6,8	6,0	13,5	15,5	12,2	9,0		
Amphetamine	0,1	(3)	0,1		1,2					
Ecstasy	0,8	(11)	1,0	0,6	1,3	2,2		1,8		
LSD	0,2	(4)	0,2		0,7	1,1				
Heroin										
Methadon										
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)		(1)			0,4	 				
Kokain	0,7	(9)	1,1		1,6	1,4	0,8	1,2		
Crack										
Andere Drogen als Cannabis	1,3	(19)	1,8	0,7	3,7	3,4	0,8	2,4		
Illegale Drogen insgesamt	6,9	(102)	7,1	6,6	14,6	17,3	12,2	9,5		
Schnüffelstoffe	0,2	(2)	0,3		0,3	- <b>-</b>		0,7		
Pilze	0,1	(1)		0,2		0,5				

Tabelle 10: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Westberlin

			Gesch	lecht	Altersg	ruppen
	18-39	Jahre	Männer	Frauen	15-17 J.	18-24 J.
Lebenszeit	280		122	158	125	107
Cannabis	48,6	(134)	55,0	42,0	38,1	48,5
Amphetamine	7,8	(21)	10,0	5,6	4,8	7,4
Ecstasy	9,1	(26)	12,9	5,2	3,6	10,3
LSD	6,9	(20)	8,3	5,6	3,6	8,2
Heroin						
Methadon						
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)	2,4	(5)	2,4	2,3		0,8
Kokain	9,7	(26)	12,8	6,5	6,0	10,3
Crack	0,2	(1)		0,3	0,6	0,8
Andere Drogen als	18,2	(50)	20,6	15,6	8,9	18,1
Cannabis						
Illegale Drogen insgesamt	49,4	(136)	55,0	43,6	38,1	48,5
Schnüffelstoffe	2,1	(6)	2,9	1,3	1,8	3,2
Pilze	6,5	(18)	8,0	4,9	5,4	9,6
12-Monate	18-39	Jahre	Männer	Frauen	15-17 J.	18-24 J.
Cannabis	19,1	(56)	23,3	14,7	31,6	26,0
Amphetamine	2,4	(7)	4,1	0,7	3,0	4,0
Ecstasy	4,7	(15)	7,4	1,9	3,0	9,1
LSD	1,5	(5)	2,7	0,3	1,8	4,4
Heroin						
Methadon						
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)						
Kokain	4,1	(14)	5,5	2,6	6,0	9,6
Crack						
Andere Drogen als	6,0	(56)	8,4	3,6	8,9	13,1
Cannabis Illegale Drogen insgesamt	19,1	(20)	23,3	14,7	31,6	26,0
Schnüffelstoffe	0,6	(1)	1,2	14,7	0,6	20,0
Pilze	0,5	(2)	1,0		4,2	2,4
	18-39			Frauen		18-24 J.
30-Tage			Männer	Frauen	15-17 J.	
Cannabis Amphetamine	11,7	(33)	15,1 	8,2	19,7 1,8	14,6
Ecstasy	 1,9	(5)	3,4	0,3	1,0	3,2
LSD	0,4	(2)	0,5	0,3	1,2 0,6	3,2 2,0
Heroin	0,4	(2)	0,3	0,3	0,0	2,0
Methadon						
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)						
Kokain	1,9	(5)	2,8	1,0	3,0	2,4
Crack	1,9	(3)	2,8		3,0	∠, <del>~</del> 
Andere Drogen als	3,1	(9)	4,5	1,6	4,2	5,2
Cannabis	٥, ١	(3)	4,5	1,0	+,∠	٥,۷
Illegale Drogen insgesamt	12,2	(35)	16,2	8,2	19,7	17,0
Schnüffelstoffe	0,6	(1)	1,2		0,6	
Pilze		'	, 			

Tabelle 11: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen in Ostberlin

			Gesch	lecht	Altersg	ruppen
-	18-39	Jahre	Männer	Frauen	15-17 J.	18-24 J.
Lebenszeit	242		102	140	143	95
Cannabis	39,1	(105)	45,3	32,1	20,5	47,8
Amphetamine	5,3	(14)	6,3	4,2	0,6	3,1
Ecstasy	9,7	(25)	9,9	9,4	1,4	7,4
LSD	5,5	(13)	6,7	4,2	2,0	4,7
Heroin	0,9	(2)	1,7	-,-	_,-	
Methadon		( <u>-</u> )				
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)	2,6	(4)	2,4	2,9	0,8	
Kokain						 6
	8,5	(20)	8,9	8,0		6,5
Crack	0,4	(1)	0,8			
Andere Drogen als	14,6	(34)	16,3	12,7	3,7	12,1
Cannabis	40 E	(407)	46.0	22.5	22.4	47.0
Illegale Drogen insgesamt	40,5	(107)	46,8	33,5	22,1	47,8
Schnüffelstoffe	4,0	(7)	7,2	0,4	0,6	0,9
Pilze	6,1	(16)	7,8	4,3	1,2	2,6
12-Monate	18-39	Jahre	Männer	Frauen	15-17 J.	18-24 J.
Cannabis	16,5	(50)	18,3	14,5	14,8	25,1
Amphetamine	1,8	(5)	0,8	2,8	0,6	0,9
Ecstasy	4,1	(9)	4,8	3,3	1,4	1,8
LSD					1,4	
Heroin					, 	
Methadon						
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)					0,8	
Kokain	3,9	(10)	5,4	2,3		3,9
Crack	J,J	(10)		2,0		5,5
		(4.5)			2.7	4.0
Andere Drogen als Cannabis	5,9	(15)	5,4	6,5	3,7	4,8
Illegale Drogen insgesamt	17,9	(54)	18,9	16,8	16,5	28,2
Schnüffelstoffe	1,0	(2)	1,5	0,4		0,9
Pilze						
	0,6	(2)	1,2		1,2	2,6
30-Tage	18-39		Männer	Frauen	15-17 J.	18-24 J.
Cannabis	10,3	(31)	12,5	7,9	6,1	16,9
Amphetamine					0,6	
Ecstasy	0,9	(2)		1,9	1,4	0,9
LSD					0,8	
Heroin						
Methadon						
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphium)					0,8	
Kokain						
Crack						
Andere Drogen als	0,9	(2)		1,9	3,1	0,9
Cannabis	0,0	(-)		1,0	٥, ١	0,0
Illegale Drogen insgesamt	11,2	(33)	12,5	9,8	8,5	17,7
Schnüffelstoffe		. ,	, 			
Pilze	0,3	(1)	0,6			1,3
		( · )	-,-			.,-

Tabelle 12: 12-Monats-Frequenz illegaler Drogen

	Gesam	it				Frequent	Z			
Jugendliche (15-17)	N	k. A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	>=200x
Cannabis	58	1,6	21,2	26,1	9,3	12,0	7,0	4,1		18,8
Amphetamine	4		65,8			34,2				
Ecstasy	6		42,9	28,7	14,2		14,2			
LSD	4		80,1			19,9				
Heroin										
Methadon										
Andere Opiate	1			100,0						
Kokain	7		40,1	40,0	10,0	10,0				
Crack										
Schnüffelstoffe	1					100,0				
Pilze	6		57,4	32,8				9,8		
Erwachsene (18-59)	N	k. A.	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	>=200x
Cannabis	110		20,0	26,5	11,8	10,3	10,0	7,2	2,7	11,6
Amphetamine	12		9,5	27,7	45,6	17,2				
Ecstasy	24	3,5	48,3	28,0	12,4	5,8	2,0			
LSD	5	16,7	56,2	27,1						
Heroin										
Methadon										
Andere Opiate										
Kokain	24		33,4	59,7	6,9					
Crack										
Schnüffelstoffe	3			10,7		41,5	47,8			
Pilze	4		56,6	43,4						

Tabelle 13: 30-Tage-Frequenz illegaler Drogen

	Gesamt		Konsumtage							
Jugendliche (15-17)	N	k. A.	1	2-5	6-9	10-19	20-30			
Cannabis	31	2,0	23,3	26,8	9,6	7,2	30,9			
Amphetamine	3		100,0							
Ecstasy	4		75,1		24,9					
Erwachsene (18-59)	N	k. A.	1	2-5	6-9	10-19	20-30			
Cannabis	63	1,9	30,7	31,5	5,9	10,1	20,0			
Amphetamine										
Ecstasy	7	17,6	55,9	16,0	10,4					

Tabelle 14: Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden nach Alter in Berlin West

	lei	cht	schw	vierig	gar r	nicht
Jugendliche (15-17)	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren
Cannabis	42,3	87,5	18,3	10,9	39,4	1,6
Amphetamine	23,1	30,2	19,2	36,5	57,6	33,3
Ecstasy	18,3	44,5	22,1	30,2	59,6	25,3
LSD	15,4	42,9	19,3	27,0	65,3	30,1
Heroin	6,8	22,6	27,9	30,7	65,4	46,7
Methadon	1,9	15,9	26,9	30,2	71,1	53,9
Andere Opiate	5,8	11,1	23,1	44,5	71,1	44,4
Kokain	8,7	30,2	26,9	31,8	64,4	38,0
Crack	5,8	19,1	26,9	30,2	67,3	50,8
Erwachsene (18-59)						
Cannabis	19,5	68,1	19,1	18,4	61,4	13,5
Amphetamine	11,3	31,5	23,6	36,8	65,1	31,7
Ecstasy	11,6	33,9	22,0	37,0	66,4	29,1
LSD	8,2	26,8	22,6	35,5	69,2	37,7
Heroin	9,2	15,0	21,3	38,2	69,5	46,9
Methadon	7,3	12,5	22,3	36,7	70,4	50,8
Andere Opiate	9,2	17,3	22,8	35,9	67,9	46,7
Kokain	8,7	24,0	21,3	37,4	70,0	38,6
Crack	7,8	12,6	21,8	35,7	70,4	51,7

Kategorien der Skala: leicht - schwierig - gar nicht

Tabelle 15: Einschätzung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb von 24 Stunden nach Alter in Berlin Ost

	lei	cht	schw	vierig	garr	nicht
Jugendliche (15-17)	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren	drogen- unerfahren	drogen- erfahren
Cannabis	31,6	84,9	25,9	15,1	42,5	
Amphetamine	15,0	34,0	35,3	35,9	49,7	30,1
Ecstasy	24,3	46,6	29,7	33,0	46,0	20,4
LSD	12,6	36,9	33,7	35,9	53,7	27,2
Heroin	7,0	17,0	35,6	39,1	57,3	44,0
Methadon	5,1	10,7	31,0	30,1	63,9	59,2
Andere Opiate	7,3	21,4	29,6	26,2	63,1	52,4
Kokain	9,4	17,5	32,4	38,8	58,3	43,7
Crack	11,5	25,3	30,7	24,2	57,8	50,5
Erwachsene (18-59)						
Cannabis	13,8	82,4	18,8	12,7	67,4	4,9
Amphetamine	10,4	41,3	22,1	33,0	67,5	25,7
Ecstasy	13,1	41,5	19,2	35,9	67,7	22,6
LSD	5,1	30,5	22,1	42,1	72,8	27,5
Heroin	5,8	16,3	20,2	43,2	74,0	40,5
Methadon	4,9	10,0	18,3	41,6	76,8	48,5
Andere Opiate	6,4	17,8	23,2	44,2	70,4	38,0
Kokain	6,3	27,1	19,6	42,9	74,2	30,0
Crack	5,7	10,3	21,0	40,0	73,4	49,7

Kategorien der Skala: leicht - schwierig - gar nicht

Tabelle 16: Probierbereitschaft illegaler Drogen nach Alter in Berlin West

	Jugendlich	ne (15-17 Jahr	e)	Erwachser	ne (18-59 Jahr	e)
Drogenunerfahrene	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Cannabis	17,3	8,7	24,1	7,2	10,0	4,8
Amphetamine	4,2		6,9	3,5	5,3	1,9
Ecstasy				2,2	2,5	1,9
LSD				0,9	0,7	1,0
Heroin				0,9	0,7	1,0
Methadon				0,9	0,7	1,0
Andere Opiate				1,4	1,9	1,0
Kokain				1,2	1,3	1,0
Crack				0,9	0,7	1,0
Pilze	3,9	8,7		1,1	0,7	1,6
Drogenerfahrene						
Cannabis	71,4	75,0	65,2	49,4	52,3	45,6
Amphetamine	14,1	15,0	12,5	10,2	10,3	10,1
Ecstasy	12,5	10,0	16,7	10,7	13,1	7,6
LSD	11,1	15,0	4,3	8,5	8,2	8,9
Heroin	1,6		4,2	0,6		1,5
Methadon	4,7	5,0	4,2	1,3	1,2	1,5
Andere Opiate	6,2	5,0	8,3	5,3	4,5	6,3
Kokain	14,0	10,0	20,8	14,9	14,9	14,9
Crack	4,8	5,3	4,2	1,5	1,5	1,5
Pilze	29,0	31,6	25,0	13,4	13,9	12,7

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

Tabelle 17: Probierbereitschaft illegaler Drogen nach Alter in Berlin Ost

	Jugendlich	ne (15-17 Jahr	e)	Erwachser	e)	
Drogenunerfahrene	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Cannabis	13,1	16,0	9,8	6,7	6,9	6,6
Amphetamine	4,4	4,0	4,9	0,8	0,5	1,0
Ecstasy	3,7	4,0	3,3	0,8	0,5	1,0
LSD	1,8	2,0	1,6	0,6		1,2
Heroin	1,8	2,0	1,6			
Methadon	1,8	2,0	1,6	0,4		0,9
Andere Opiate	2,9	4,0	1,6	1,7		3,2
Kokain	1,8	2,0	1,6	0,4	0,5	0,4
Crack	1,8	2,0	1,6			
Pilze	2,6	2,0	3,3	1,7		3,3
Drogenerfahrene						
Cannabis	61,3	61,5	61,1	58,6	56,9	60,9
Amphetamine	16,0	15,4	16,7	8,4	5,8	12,1
Ecstas y	14,2	23,1	5,6	10,4	7,4	14,6
LSD	13,2	15,4	11,1	7,3	6,4	8,5
Heroin	3,8	7,7		0,5		1,2
Methadon	3,8	7,7				
Andere Opiate	3,8	7,7		3,8	2,3	6,1
Kokain	6,6	7,7	5,6	20,0	17,9	23,0
Crack	3,8	7,7				
Pilze	12,2	7,7	16,7	20,1	19,6	20,8

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

Tabelle 18: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen

	Geschlecht Altersgruppen								
Missbrauch	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
(1) Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule	0,6	0,9	0,3	5,9	1,1	1,6			
(2) Substanzgebrauch in gefährl. Situationen	1,2	2,1	0,1	2,0	4,8	0,9	1,3		
(3) Probleme mit dem Gesetz wg. Sub- stanzgebrauch	0,3	0,4	0,1	1,3			0,7		
(4) Soziale und zwi- schenmenschliche Probleme	0,9	1,6	0,2	4,9	0,5	1,9	1,3		
Abhängigkeit									
(1) Toleranzentwicklung	1,1	1,7	0,5	4,5	1,6	2,7	1,3		
(2) Entzugssymptome	2,0	3,0	0,9	4,6	5,4	4,7	1,9		
(3) Substanzgebrauch länger oder in größe- ren Mengen	2,3	3,5	1,0	8,0	4,9	3,1	3,3		
(4) Kontrollminderung	1,3	2,0	0,6	3,6	2,3	4,3	1,3		
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erho- lung	1,7	2,8	0,5	4,5	3,1	2,7	2,7		
(6) Einschränkung wich- tiger Tätigkeiten	0,7	1,0	0,4	2,0	1,4	2,0	0,7		
(7) Fortgesetzter Ge- brauch trotz schädli- cher Folgen	1,0	1,5	0,5	5,2	2,3	2,4	0,7		

# 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 Konsum-klassen 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 3,3% der Befragten an, noch nie Alkohol getrunken zu haben, mit 3,7% waren dies bei den Frauen mehr als bei den Männern mit 2,8%. Erwartungsgemäß fällt die Lebenszeit-Abstinenzrate mit dem Alter der Respondenten von 14,8% bei den 15 bis 17-Jährigen auf 1,0% bei den 50 bis 59-Jährigen.

In den letzten 12 Monaten haben 6,8% der Befragten keinen Alkohol getrunken. Der Anteil ist unter den Frauen mit 7,0% nur geringfügig höher als unter den Männern (6,6%; Tabelle 19). Die höchsten Abstinenzraten wiesen mit 15,8% die Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) und mit 14,0% die jungen Erwachsenen (18 bis 24 Jahre) auf. Dabei ist auffällig, dass die Abstinenzrate der 18 bis 24-jährigen Männer mit 18,3% fast doppelt so hoch ist wie die der gleichaltrigen Frauen mit 9,8%, die in dem Alter schon eher zu risikoarmen Konsum neigen (Tabelle 24). Danach folgen die 50 bis 59-Jährigen mit 8,5%. Die niedrigsten Abstinenzraten finden sich bei den 30 bis 39-und 40 bis 49-Jährigen mit 3,8% bzw. 4,1%.

### Konsumintensität

Insgesamt wiesen 74,3% der Befragten einen risikoarmen Konsum auf, 13,9% einen riskanten Konsum, 4,2% einen gefährlichen Konsum und 0,7% einen "Hochkonsum" auf (Tabelle 19). Der risikoarme Konsum ist unter 25 bis 29-Jährigen am weitesten verbreitet, der riskante Konsum unter 40 bis 49-Jährigen, der gefährliche Konsum unter 50 bis 59-Jährigen und der Hochkonsum in der jüngsten wie der ältesten Altersgruppe am stärksten vertreten (Tabelle 19). Die Abbildungen 12 und 13 zeigen die prozentuale Verteilung verschiedener Konsumintensitäten für Männer und Frauen in drei verschiedenen Altersgruppen bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Untersuchung. Trotz der höheren Klassengrenzen für Männer ist der Anteil der Männer in den Klassen "Riskanter Konsum", und "Gefährlicher Konsum"/ "Hochkonsum" deutlich höher als bei den Frauen. Eine minimal höhere Prävalenz der Frauen zeigt sich lediglich in der Kategorie "Gefährlicher Konsum"/"Hochkonsum" bei den 18 bis 29-Jährigen. Ein sehr großer Geschlechtsunterschied ist bei dieser Kategorie in der Altersgruppe der 30 bis 59-Jährigen festzustellen (Abbildung 12 und 13).

Tabelle 19: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

				Altersgruppen						
	G	Gesamt		Männer Frauen		18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	1004		429	575	215	172	133	158	149	177
Abstinent	6,8	(90)	6,6	7,0	15,8	14,0	5,9	3,8	4,1	8,5
Risikoarmer Konsum	74,3	(756)	68,6	80,2	72,9	74,5	82,5	76,6	72,5	68,6
Riskanter Konsum	13,9	(113)	17,1	10,7	7,6	7,1	10,3	14,3	18,8	15,5
Gefährlicher Konsum	4,2	(37)	6,4	1,9	2,5	4,4	0,9	4,6	3,7	6,3
Hochkonsum	0,7	(8)	1,3	0,2	1,2		0,4	0,7	0,8	1,2

Insgesamt berichteten 20,3% der Befragten (26,4% der Männer und 13,9% der Frauen) einen mindestens riskanten Alkoholkonsum, also den Konsum von durchschnittlich mehr als 30g bzw. 20 g Reinalkohol pro Tag. Hochgerechnet auf die Berliner Wohnbevölkerung sind dies 440.000 Personen, 290.000 Männer sowie 150.000 Frauen (95%-Konfidenzintervalle: Gesamt: [370.000; 500.000], Männer: [240.000;340.000]), Frauen: [110.000;180.000]). Unter den Jugendlichen weisen bereits 12,6% einen mindestens riskanten Alkoholkonsum auf. In dieser Altersgruppe sind kaum Geschlechterunterschiede zu erkennen: 12,4% der männlichen Jugendlichen und 12,8% der weiblichen Jugendlichen konsumieren Alkohol in gesundheitsgefährdendem Umfang. Die Abweichungen von den in Tabelle 19 aufgeführten Werten erklären sich durch fehlende Angaben: Bei manchen Respondenten, die nicht alle Teilfragen des Frequenz-Menge-Index beantworteten, kann nicht entschieden werden, ob ihr Konsum z.B. riskant oder gefährlich ist. Sie können aber der Kategorie "mindestens riskanter Alkoholkonsum" zugeordnet werden.

Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt ist der Anteil abstinenter Befragter in Berlin etwas höher (5,5% vs. 6,8%) und der risikoarme Konsum in Berlin etwas weniger weit verbreitet (78,2% vs. 74,3%). Der riskante und gefährliche Konsum ist unter Berlinern etwas häufiger als im Bundesdurchschnitt (Riskant: 13,9% vs. 11,7%, Gefährlich: 4,2% vs. 3,9%). Der Hochkonsum ist gleich weit verbreitet (0,7% in Berlin und im Bundesdurchschnitt). Diese Vergleiche müssen in Betracht ziehen, dass in der Berliner Stichprobe auch Jugendliche befragt wurden während dies in der Bundesstudie nur Erwachsene waren.

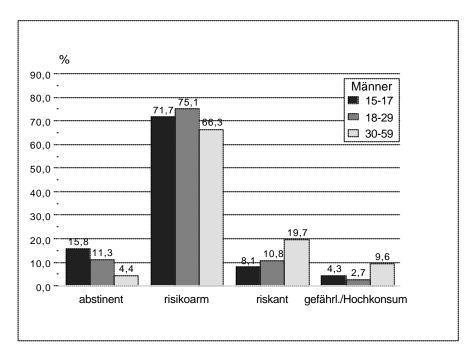


Abbildung 12: Alkoholkonsum der Männer in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-30g; riskant: >30-60g; gefährlicher/Hochkonsum: >60g)

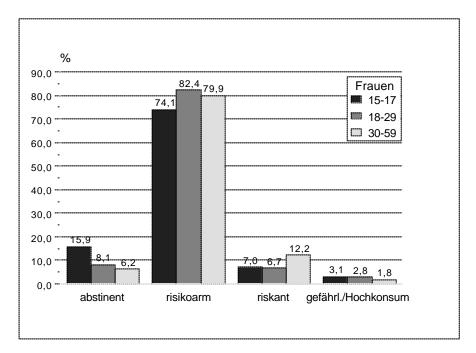


Abbildung 13: Alkoholkonsum der Frauen in den letzten 12 Monaten in Gramm Reinalkohol pro Tag (risikoarm: >0-20g; riskant: >20-40g; gefährlicher/Hochkonsum: >40g)

### 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 9,7 Liter, die für Frauen 3,7 Liter Reinalkohol.

### 4.2 Alkoholkonsum nach Getränkesorten

Zur Analyse der durchschnittlichen Trinkmengen wurden nur die Angaben der 30-Tage-Prävalenten herangezogen. Fast 80% der Männer haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung zumindest ein Glas Bier getrunken, etwa zwei Drittel zumindest ein Glas Wein bzw. Sekt und fast die Hälfte haben Spirituosen zu sich genommen (Tabelle 25). Vergleicht man die einzelnen Altersgruppen, so findet man Bier- und Spirituosenkonsumenten am häufigsten in der Altersgruppe der 40 bis 49-Jährigen und Weinkonsumenten am häufigsten in der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen (Tabelle 25). Abbildung 14 zeigt den durchschnittlichen Verbrauch der männlichen Konsumenten des jeweiligen Getränks in Liter pro Woche nach Altersgruppe. Bei den 30 bis 59-jährigen Männern ergibt sich mit 3,6 Litern pro Woche ein besonders hoher Bierkonsum und mit 0,7 Litern der höchste Weinkonsum. Auffallend ist der mit 0,14l pro Woche deutlich höhere Spirituosenkonsum bei den jugendlichen Spirituosenkonsumenten im Vergleich zu den erwachsenen (Abbildung 14).

Die Rangfolge der konsumierten Getränke ist bei Frauen anders als bei Männern (Tabelle 25). Fast drei Viertel der Frauen hat in den letzten 30 Tagen Wein oder Sekt zu sich genommen. Etwas weniger als die Hälfte (44,9%) der befragten Frauen hat zumindest ein Glas Bier getrunken, ein Drittel der Frauen Spirituosen (Tabelle 25). Vergleicht man die einzelnen Altersgruppen, so lässt sich feststellen, dass der Konsum von Bier und Wein in den älteren Altersgruppen weiter verbreitet ist, der Konsum von Spirituosen dagegen in den jüngeren Altersgruppen vermehrt auftritt (Tabelle 25). Der durchschnittliche Verbrauch von Bier in Liter pro Woche ist unter den weiblichen Jugendlichen mit 1,8 Liter fast doppelt so hoch wie unter den weiblichen Erwachsenen (Abbildung 15). Umgekehrt verhält es sich bei der konsumierten Menge Wein. Auf einem insgesamt sehr niedrigen Niveau des Spirituosenverbrauchs zeigt aber wieder die jugendliche Altersgruppe den höchsten Konsum (Abbildung 15).

Der Konsum von Bier ist über alle Altersgruppen hinweg von den Männern häufiger berichtet worden, der Konsum von Wein dagegen häufiger von den Frauen. Die Spirituosenkonsumenten sind eher Männer, allerdings nur in den erwachsenen Altersgruppen, unter Jugendlichen ist der Anteil fast gleich (Tabelle 25). Hnsichtlich der Konsummenge pro Woche ist zu beobachten, dass Männer deutlich mehr Bier und Spirituosen trinken als Frauen, der Konsum von Wein ist annähernd gleich (Abbildung 14 und 15).

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gibt es in Berlin etwas weniger Männer und Frauen, die Bier konsumieren (Männer: 83,9% vs. 79,5%, Frauen: 49,1% vs. 44,9%). Die Konsummenge in Litern Bier unterscheidet sich kaum. Weintrinker gibt es dagegen unter den 15 bis 59-jährigen Berlinern häufiger als unter den 18 bis 59-jährigen Befragten der Bundesstudie (66,3% vs. 61,7%), der Anteil an Weintrinkerinnen und auch die Menge an konsumiertem Wein ist fast gleich. Hinsichtlich Spirituosenkonsum gibt es wieder kleine Unterschiede zwischen Bund und Berlin. In Berlin gibt es mehr Spirituosenkonsumenten und -konsumentinnen (Männer: 49,2% vs. 46%, Frauen: 32,3% vs. 30,8%) und die männlichen Berliner nehmen auch von der Menge her mehr Spirituosen zu sich (0,111 vs. 0,071) als im Bundesdurchschnitt.

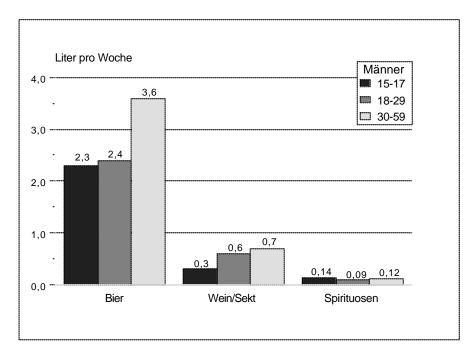


Abbildung 14: Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei männlichen Konsumenten

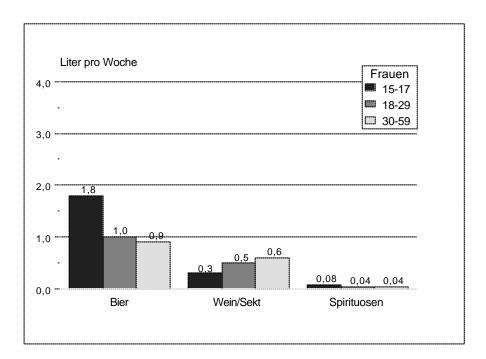


Abbildung 15: Durchschnittlicher Konsum von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen in Litern pro Woche bei weiblichen Konsumenten

### 4.3 Trinksituationen

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung wurden befragt, zu welchen Anlässen sie Alkohol trinken. Tabelle 20 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" (51,9%), "auswärts mit Freunden oder Familie" (32,3%), "am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie" (24,4%) sowie "zum Abendessen" (18,2%). Dagegen trinken nur wenige oft oder (fast) immer, wenn sie alleine zu Hause oder auswärts sind (7,8% bzw. 5,6%). Der Anteil derjenigen, die normalerweise nach der Arbeit Alkohol trinken, bewegt sich in der gleichen Größenordnung (7,3%). Im Vergleich dazu spielt Alkohol beim Frühstück und beim Mittagessen so gut wie gar keine Rolle: Nur 0,4% der Alkoholkonsumenten gaben an, zum Frühstück gewöhnlich Alkohol zu trinken, beim Mittagessen sind es 1,7%.

Tabelle 20: Trinksituationen

	Geschlecht						Altersgruppen		
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Zum Essen									
Am Morgen	0,5	0,9					1,5		
Zum Mittagessen	1,7	2,8	0,6	0,5	0,5		1,4	1,4	4,4
Zum Abendessen	18,2	25,8	9,9	3,9	6,0	7,2	19,1	24,1	26,6
Außerhalb der Mahlzeiten									
Nach der Arbeit	7,3	12,1	2,2	0,8	1,1	4,0	8,6	10,7	8,5
Am Abend zu Hause mit Freunden oder Familie	24,4	31,8	16,6	13,4	19,4	19,7	25,7	28,2	26,1
Alleine zu Hause	7,8	11,9	3,5	1,9	1,3	1,0	11,2	9,8	9,6
Auswärts mit Freunden oder Familie	32,3	38,8	25,4	26,0	37,4	31,9	35,4	32,3	26,0
Alleine auswärts	5,6	10,3	0,8	1,1		3,2	8,3	6,9	6,0
Bei festlichen Anlässen	51,9	59,7	43,8	46,0	50,8	49,1	59,1	47,9	49,2

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 allen Items antworteten prozentual deutlich mehr Männer als Frauen mit "oft" oder "(fast) immer". Auffällig ist insbesondere, dass Frauen im Vergleich zu Männern selten "oft" oder "fast immer" nach der Arbeit einen trinken gehen oder alleine, sei es zu Hause oder auswärts, Alkohol trinken (Tabelle 20). Zum Mittag- bzw. Abendessen oft oder fast immer Alkohol zu trinken wird mit Anstieg des Alters immer üblicher, ebenso der häufige Konsum nach der Arbeit, am Abend zu Hause mit Familie oder Freunden sowie oft alleine auswärts zu trinken. Oft alleine zu Hause trinken nur ganz wenige 15 bis 29-Jährige (unter 2%), während dies unter 30 bis 59-Jährigen mit etwa 10% viel weiter verbreitet ist. Kaum ein Altersunterschied findet sich in den Trinkgelegenheiten "bei festlichen Anlässen" oder "Auswärts mit Freunden und Familie" (Tabelle 20).

Die Trinkgelegenheiten der Berliner Bevölkerung unterscheiden sich kaum von denen der Bundesbevölkerung (Kraus & Augustin, 2001).

# 4.4 Einstellungen zum Thema Alkohol

Den Alkoholkonsumenten wurden Einstellungsfragen zum Thema Alkoholkonsum gestellt (Tabelle 21). Die meiste Zustimmung fand mit 24,5% die Aussage "Trinken macht mich munter und beschwingt". Am zweithäufigsten wurde mit 22,8% "Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen" genannt. Etwa jeder Neunte stimmte den Aussagen "Eine trockene Runde finde ich oft recht fad und ungemütlich", "Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch" zu. Am häufigsten wird Alkohol also eine stimmungsaufhellende und soziale Funktion zugeschrieben. Alle anderen Meinungen sind mit weniger als 10% der Befragten seltener vertreten. Obwohl 9,4% zugeben, dass mit Alkohol ihr Selbstvertrauen zunehme, kämen sich nur 0,8% als Nichttrinker minderwertig vor.

Tabelle 21: Einstellungen zum Thema Alkohol

		Gescl	hlecht		Altersgruppen					
-	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	
Feiern ohne Alkohol kann ich mir nicht vorstellen	22,8	32,0	12,9	18,6	14,6	24,5	28,9	18,8	22,3	
Eine "trockene" Runde finde ich oft recht fad und unge- mütlich	11,7	16,1	6,9	10,8	12,9	7,5	9,6	11,7	16,6	
Zu einer Mahlzeit gehört bei mir gewöhnlich ein Schluck Alkohol	5,0	7,5	2,3	0,4	1,5	0,9	2,6	7,7	10,6	
Ich glaube, je mehr Alkohol jemand verträgt, desto hö- her ist sein Ansehen bei anderen	2,1	2,6	1,6	6,6	2,4	1,8	0,7	2,6	2,8	
Als Nichttrinker würde ich mir minderwertig vorkommen	0,8	1,4	0,2	1,9	3,3		0,7	0,7		
Am schnellsten komme ich mit anderen Menschen beim Trinken ins Gespräch	11,5	16,2	6,4	18,0	19,0	10,3	10,4	10,8	9,1	
Wenn ich etwas trinke, steigt mein Selbstvertrauen	9,4	12,2	6,4	22,4	23,9	11,5	7,3	5,2	5,5	
Alkohol steigert meine Leis- tungskraft und Ausdauer	2,2	2,6	1,8	7,2	2,9	4,4	1,7	1,7	0,7	
Trinken macht mich munter und beschwingt	24,5	27,7	21,0	30,2	40,1	25,7	28,1	21,6	12,2	
Alkohol hilft mir, meine Ner- vosität zu bekämpfen	7,0	8,5	5,3	11,9	15,9	6,5	6,1	6,4	3,5	
Alkohol ist für mich ein be- währtes Mittel, Ängste und Spannungsgefühle zu be- seitigen	5,8	7,7	3,9	7,2	9,0	4,9	5,7	4,8	5,8	
Alkohol ist für mich ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen	8,0	10,6	5,2	8,3	13,2	7,4	6,8	8,2	7,1	

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

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

Lediglich 2,1% glauben, ihr Ansehen durch das Vertragen großer Mengen von Alkohol erhöhen zu können. An eine leistungssteigernde Wirkung von Alkohol glauben nur 2,2%. Eine vergleichsweise bedeutende Rolle spielt Alkohol bei der Stress- und Gefühlsbewältigung: 7% der

befragten Alkoholkonsumenten bekämpfen mit Alkohol ihre Nervosität, 5,8% nutzen Alkohol, um Ängste und Spannungsgefühle zu beseitigen und 7,8% sehen in Alkohol ein gutes Mittel, trübe Stimmungen zu verscheuchen. Insgesamt bejahten 13,8% der Alkoholkonsumenten, das sind 13,0% aller Befragten, mindestens eine der drei Aussagen zur Stress- und Gefühlsbewältigung. Unter den 18 bis 24-jährigen Alkoholkonsumenten waren es sogar 25%. Für 5% gehört Alkohol einfach zur Mahlzeit dazu.

Die Rangordnung der Zustimmungen zu den einzelnen Aussagen ist bei beiden Geschlechtern ähnlich. Allerdings bejahen die einzelnen Aussagen jeweils deutlich mehr Männer als Frauen. Beispielsweise kann sich jeder dritte befragte Mann eine Feier ohne Alkohol nicht vorstellen während dies bei den Frauen nur jede Achte nicht kann. Auch gehört der Alkohol für Männer eher zur Mahlzeit als für Frauen und erleichtert ihnen auch eher die Kommunikation. Lediglich bei der stimmungserhellenden Funktion ist der Geschlechtsunterschied nicht so groß. Die stress- und gefühlsbewältigenden Aussagen zu Alkohol fanden bei Männern doppelt so hohe Zustimmung.

Beim Vergleich der einzelnen Altersgruppen fällt auf, dass die jüngeren Altergruppen dem Alkohol deutlich mehr positive Wirkungen zuschreiben als ältere Konsumenten. So sinkt z.B. der Anteil der Befragten mit größerem Selbstvertrauen unter Alkoholeinfluss von 22,4% bei den 15 bis 17-Jährigen auf 5,5% 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 und mache munter und beschwingt. Auch der gefühlsbewältigenden Funktion von Alkohol stimmen die 15 bis 24-Jährigen häufiger zu. 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 (Tabelle 21).

Die Einstellungen gegenüber Alkohol der Berliner Befragten sind mit denen der Bundesstichprobe vergleichbar.

## 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 und zum anderen vermutlich der Umfang des eigenen Alkoholkonsums eher unterbewertet wird.

Immerhin 11,3% der Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung Alkohol konsumierten, geben an, unter nach zu viel Alkoholkonsum Auto gefahren zu sein (Tabelle 22). Männer bejahten diese Aussage fast 3mal so häufig wie Frauen.

Tabelle 22: Konsequenzen des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten

		Geso	hlecht
_	Gesamt	Männer	Frauen
Führerscheinentzug	0,5	0,9	
Medizinisch-psychologische Untersuchung	0,3	0,6	
Arztbesuch	0,1	0,1	
Beratungsstelle aufgesucht		0,1	
Alkoholentzug			
Therapie			
Arbeitsstelle verloren			
Scheitern von Beziehungen, Androhung, verlassen zu werden	0,6	1,2	0,1
Verlust von Freundschaften	0,1	0,2	
Körperliche Auseinandersetzung	1,4	2,7	
Autofahren trotz zu hohem Alkoholkonsum	11,3	16,0	6,2

Personen mit Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten

Die abgefragten Folgen des Alkoholkonsums haben mit einer Ausnahme lediglich Männer erlebt. Als häufigste Folge des Alkoholkonsums nannten zu 2,7% die männlichen Befragten, insbesondere die jüngeren, körperliche Auseinandersetzungen während oder nach dem Konsum von Alkohol. Darauf folgte mit 1,2% das Scheitern von Beziehungen, welche die einzige Folge ist, die auch Frauen (0,1%) berichteten. Den alkoholbedingten Verlust von Freundschaften haben 0,1% der Männer erlebt. Etwa 1% der befragten Männer wurde bereits einmal wegen Alkohol der Führerschein entzogen. Bei 0,6% der Männer hatte der Alkoholkonsum eine medizinsich-psychologische Untersuchung zur Folge. Lediglich 0,1% haben einen Arzt bzw. eine Beratungsstelle aufgesucht. Alkoholentzug, Therapie und Verlust des Arbeitsplatzes wurden nicht genannt.

# 4.6 Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV

Die Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV sieht die Unterscheidung von Störungen nach Substanzgebrauch in Abhängigkeit und Missbrauch vor. Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei der in Tabelle 26 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).

		Geschlecht					Altersgruppen			
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	
	1126	487	639	256	197	140	174	171	188	
DSM-IV Missbrauch	4,2 (53)	7,2	1,1	6,3	9,6	8,3	3,9	0,7	2,7	
DSM-IV Abhängigkeit	4,3 (39)	7,5	0,9	2,5	3,6	7,3	4,0	5,5	2,6	

Tabelle 23: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Insgesamt 4,2% der Befragten erhielten eine Missbrauchsdiagnose nach DSM-IV (Tabelle 23). Dabei waren Männer deutlich häufiger vertreten als Frauen (7,2% bei den Männern vs. 1,1% bei den Frauen). Bezogen auf die Berliner Wohnbevölkerung sind dies insgesamt 92.000 Einwohner (95%-Konfidenzintervall: [63.000;120.000]). Die am stärksten vertretene Altersgruppe ist die der 18 bis 24-Jährigen (9,6%), gefolgt von den 25 bis 29-Jährigen (8,3%) und den 15 bis 17-Jährigen (6,3%). Bei den Älteren lag die Häufigkeit eines Alkoholmissbrauchs zwischen 0,7% (40 bis 49-Jährige) und 3,9% (30 bis 39-Jährige). Am häufigsten wurden die Kategorien "Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen" mit 3,9% und "Soziale und zwischenmenschliche Probleme" mit 2,8% genannt (Tabelle 26).

Eine Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV erhielten 4,3% der Befragten, das sind bezogen auf die Wohnbevölkerung 93.000 Einwohner (95%-Konfidenzintervall: [61.000;125.000], Tabelle 23). Wie bereits beim Substanzmissbrauch stellten auch bei der Abhängigkeit die Männer den viel größeren Anteil dar (7,5% bei den Männern vs. 0,9% bei den Frauen). Vergleicht man die Altersgruppen, so zeigt sich, dass unter 25 bis 29-Jährigen mit 7,3% die Abhängigkeit am weitesten verbreitet ist, gefolgt von den 40 bis 49-Jährigen (5,5%). Die restlichen Altersgruppen unterscheiden sich nicht stark, d.h. unter 15 bis 17-Jährigen erfüllen ähnlich viele die Kriterien der Abhängigkeit wie unter 50 bis 59-Jährigen (Tabelle 5). Am häufigsten wurden die Kriterien "Entzugssymptome" (7,3%) und "Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt" (7,6%) genannt. Danach folgen mit jeweils um die 5% die Kriterien "Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen", "Toleranzentwicklung" und "Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung" (Tabelle 26).

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erfüllen in Berlin jeweils etwa 1 Prozentpunkt mehr Befragte die Diagnose Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (3,3% Missbrauch und 3,1% Abhängigkeit im Bundesdurchschnitt vs. 4,3% bzw. 4,2% in Berlin). Der Unterschied ist v.a. auf die erhöhte Prävalenz bei Männern in Berlin zurückzuführen. Während in Berlin 7,2% der Männer eine Missbrauchsdiagnose erhielten und 7,5% eine Abhängigkeitsdiagnose waren dies im Bundesdurchschnitt nur 5,4% bzw. 4,8%. Da in der Bundesstudie nur Erwachsene befragt wurden, könnte die erhöhte Missbrauchrate in Berlin u.a. auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass in Berlin auch Jugendliche Teil der Stichprobe sind und gerade sie eine hohe Prävalenz aufweisen.

## 4.7 Tabellen zu Alkohol

Tabelle 24: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht

				Altersgruppen								
	Gesamt		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59				
Männer	429		85	67	57	73	63	84				
Abstinent	6,6	(39)	15,8	18,3	5,4	2,7	1,7	9,4				
Risikoarmer Konsum	68,6	(299)	71,7	66,3	82,6	69,8	64,8	62,8				
Riskanter Konsum	17,1	(61)	8,1	9,4	12,1	18,1	25,8	16,0				
Gefährlicher Konsum	6,4	(25)	3,4	6,0		7,9	6,1	9,4				
Hochkonsum	1,3	(5)	0,9			1,5	1,7	2,3				
	Gesamt		15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59				
Frauen	575		130	105	76	85	86	93				
Abstinent	7,0	(51)	15,9	9,8	6,5	4,9	6,5	7,5				
Risikoarmer Konsum	80,2	(457)	74,1	82,5	82,4	83,7	80,1	74,5				
Riskanter Konsum	10,7	(52)	7,0	4,8	8,5	10,3	12,0	15,0				
Gefährlicher Konsum	1,9	(12)	1,5	2,9	1,8	1,1	1,3	3,0				
Hochkonsum	0,2	(3)	1,5		0,9							

Tabelle 25: Prävalenz und Trinkmenge verschiedener Getränkesorten nach Geschlecht

			Altersgruppen						
Konsum	nenten von	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59	
Bier	% <sup>1</sup>	79,5	61,6	60,2	77,9	82,3	90,6	79,6	
	Liter <sup>2</sup>	3,3	2,3	2,7	2,1	3,4	3,6	3,7	
Wein/Se	ekt %	66,3	43,6	51,1	51,7	76,0	70,9	69,8	
	Liter	0,7	0,3	0,6	0,5	0,7	0,6	1,0	
Spirituo	sen%	49,2	40,5	48,7	35,9	46,3	61,8	50,0	
	Liter	0,11	0,14	0,12	0,06	0,15	0,10	0,08	
Konsum	nentinnen von								
Bier	% <sup>1</sup>	44,9	38,7	33,7	40,6	44,7	47,5	52,5	
	Liter <sup>2</sup>	1,0	1,8	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	
Wein/Se	ekt %	73,6	54,2	69,1	66,7	80,6	72,9	75,4	
	Liter	0,6	0,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	
Spirituo	sen%	32,3	40,6	35,5	27,0	36,1	30,7	27,9	
	Liter	0,04	0,08	0,05	0,02	0,03	0,05	0,03	

Anteil der Konsumenten des Getränks (mindestens ein Glas in den letzten 30 Tagen)
 Mittelwerte in Liter pro Woche für Konsumenten des Getränks

Tabelle 26: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

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

Medikamente 57

# 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 Arzneimittel zuordnen sollen, und dieses deshalb falsch klassifizieren (Uhl & Springer, 1996). Aus diesem Grund enthielt die vorliegende Fragebogenversion eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente, die den Probanden bei der Zuordnung helfen sollte.

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 Abhängigkeits- 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 aller Befragten gab an, in den letzten 12 Monaten mindestens ein psychoaktives Medikament eingenommen zu haben (Tabelle 27). Frauen berichten deutlich häufiger, Medikamente konsumiert zu haben als Männer (53,6% vs. 41,7%). Die mit nahezu 44% am häufigsten genannte Substanzklasse war die der Schmerzmittel. Erst mit großem Abstand folgen die Beruhigungs- (6,6%) und Schlafmittel (5,4%). Erstmals wurden 2000 die Antidepressiva mit erhoben. Sie liegen mit 3,9% der Nennungen an vierter Stelle.

Vergleicht man die verschiedenen Altersgruppen, so finden sich die niedrigsten 12-Monats-Prävalenzen in der Gruppe der 15 bis 17-Jährigen. Schmerzmittel und Neuroleptika werden in allen Altersgruppen etwa von gleichen Anteilen eingenommen. Die 50 bis 59-Jährigen nehmen am häufigsten Schlaf- und Beruhigungsmittel, Anregungsmittel sowie Antidepressiva ein. Lediglich die Einnahme von Appetitzüglern ist nicht in der ältesten Gruppe, sondern in der Gruppe der 18 bis 24-Jährigen am weitesten verbreitet (Tabelle 27).

Tendenziell gaben Frauen häufiger als Männer an, in den letzten 12 Monaten psychoaktive Medikamente eingenommen zu haben. Dies bezieht sich auf alle erfassten Medikamentengruppen, nur bei den Anregungsmitteln ist der Unterschied vernachlässigbar gering. Während bei den Frauen in jeder Altersgruppe etwas über die Hälfte den Konsum psychoaktiver Medikamente in den letzten 12 Monaten berichtet, zeigt sich bei den Männern ein Prävalenzanstieg von 27,5% bei den Jugendlichen auf 48,9% bei den Ältesten. Auffällig ist der recht hohe Anteil der jungen Konsumentinnen von Appetitzüglern (Tabelle 32). Insgesamt nahmen in den letzten 12 Monaten 2,1% der befragten Frauen Appetitzügler, die 18 bis 24-Jährigen waren mit 4,8% vertreten.

Tabelle 27: 12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente

	Geschlecht				Altersgruppen				
<del>-</del>	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	43,7	38,9	48,7	39,0	40,7	39,1	44,6	47,7	43,8
Schlafmittel	5,4	5,0	5,8	3,1	5,2	4,3	2,9	6,5	9,0
Beruhigungsmittel	6,6	5,0	8,3	3,5	8,3	5,1	2,8	7,0	12,2
Anregungsmittel	1,6	1,5	1,6	0,7	1,6	1,8	1,1	1,2	2,7
Appetitzügler	1,5	1,0	2,1	0,9	3,2	1,2		2,5	2,1
Antidepressiva	3,9	3,1	4,7	0,3	2,1	2,2	2,7	3,4	8,9
Neuroleptika	1,5	1,2	1,8	1,0	2,4	1,6		2,4	2,1
Mindestens ein Medikament	47,5	41,7	53,6	40,4	44,6	42,9	46,7	50,2	51,8

Die 12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente in Berlin entspricht in etwa dem des Bundesdurchschnitts (47,7%). Auch das Geschlechterverhältnis sowie die Verteilung über die Altersklassen ist vergleichbar.

Medikamente 59

### 5.1.2 Einnahme in den letzten 30 Tagen

In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung hat etwa jeder sechste Befragte zumindest einmal pro Woche eines oder mehrere psychoaktive Medikamente eingenommen (15,9%, Tabelle 28). Bezogen auf die Wohnbevölkerung sind dies 340.000 Einwohner (95%-Konfidenzintervall: [290.000;400.000]). Frauen waren etwas häufiger vertreten als Männer (16,8% vs. 15,0%). Schmerzmittel sind mit 11,9% die dominierende Substanzklasse, gefolgt von Antidepressiva und Schlafmitteln sowie Beruhigungsmitteln (jeweils mehr als 2%). Neuroleptika und Appetitzügler spielten mit um die 1% eine geringere Rolle, Anregungsmittel wurden am seltensten genannt (Tabelle 28).

Tabelle 28: 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	11,9	11,7	12,1	7,8	6,2	7,5	12,3	12,4	17,7	
Schlafmittel	2,2	2,3	2,0	0,9	1,2	1,3	0,7	3,5	4,3	
Beruhigungsmittel	2,4	2,5	2,3	1,3	2,6	0,4		1,9	7,6	
Anregungsmittel	0,5	0,3	0,7					0,6	1,6	
Appetitzügler	0,9	0,5	1,2	0,3	0,8	0,4		1,2	2,2	
Antidepressiva	2,5	2,2	2,9		0,6	1,3	1,6	2,4	6,5	
Neuroleptika	1,1	1,0	1,2	0,7	1,3	1,6		1,8	1,6	
Mindestens ein Medikament	15,9	15,0	16,8	9,4	10,0	10,8	12,8	16,1	27,8	

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

Die Abbildungen 16 und 17 zeigen die Prävalenz der Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen aufgeschlüsselt nach Geschlecht und drei Altersgruppen. Bei den Männern steigt bei allen Arzneimittelgruppen (außer bei den Neuroleptika) der Anteil derjenigen, die psychoaktive Medikamente einnahmen, mit zunehmendem Alter tendenziell an. Die Verbreitung der häufigen Einnahme ist unter den 30 bis 59-Jährigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen deutlich erhöht (Abbildung 16). Dieses Muster zeigt sich auch bei den Frauen mit Ausnahme von Schmerzmitteln und Appetitzüglern (Abbildung 17). Eine feinere Unterteilung nach Alter und Geschlecht findet sich in Tabelle 33. Die Altersgruppe der 50 bis 59-jährigen Frauen hat bei jedem Medikament mit die höchste Prävalenz. Auffallend ist hier, dass im Gegensatz zu der 12-Monats-Prävalenz, der Anteil an jungen Frauen, die Appetitzügler häufig einnahmen, kleiner ist als der Anteil der ältesten Frauen (1,7% bei den 18 bis 24-Jährigen und 3,1% bei den 50 bis 59-Jährigen).

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt die 30-Tage Prävalenz des Medikamentenkonsums der Berliner Männer etwas höher (12,2% vs. 15,0%), bei den Frauen sind die Prävalenzen dagegen vergleichbar (17,4% im Bundesdurchschnitt, 16,8% in Berlin). Dabei muss die unterschiedliche Altersspanne der beiden Studien (in Berlin 15 bis 59 Jahre, in der Bundesstudie 18 bis 59 Jahre) mit in Betracht gezogen werden.

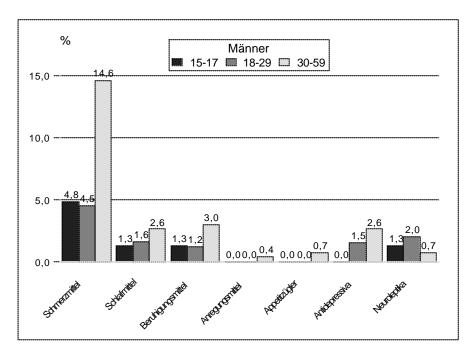


Abbildung 16: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Männern

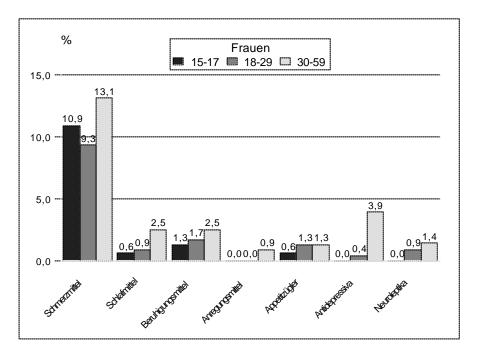


Abbildung 17: Prävalenz der häufigen Einnahme psychoaktiver Medikamente in den letzten 30 Tagen (mindestens einmal pro Woche) bei Frauen

Medikamente 61

# 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 Handlungsbedarf, d.h. sprechen für ein bestimmtes Missbrauchs - bzw. Abhängigkeitspotential. Immerhin 3,5% der Befragten erreichten diesen kritischen Wert (Tabelle 29). Bei den Frauen waren es etwas mehr (4,0%) als bei den Männern (2,9%). Mit 6,3% fällt besonders die Gruppe der 50 bis 59-Jährigen ins Gewicht, während die 15 bis 17-Jährigen den niedrigsten Wert aufweisen (1,0%).

Tabelle 29: Prävalenz der problematischen Medikamenteneinnahme (KFM)

	Geschlecht						Altersg	ruppen		
	Ges	samt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	1133		487	646	260	196	143	174	172	188
KFM (≥ 4)	3,5 (31) 2,9 4,0 1					1,3		3,5	4,4	6,3

Wie Tabelle 34 zu entnehmen ist, äußerten rund 23% der Befragten einen sozialen Rückzugswunsch. Jeweils mehr als 7% der Befragten begründeten ihre Medikamenteneinnahme mit Schmerzen und gaben an, sich bereits einen Vorrat an Tabletten angelegt zu haben. Etwa 6% waren der Meinung, in bestimmten Situationen nicht ohne Medikamente auskommen zu können. Jeweils etwa 4% fühlten sich mit Medikamenten leistungsfähiger bzw. sind überzeugt, sich ohne Medikamente unwohl zu fühlen. Ohne Medikamente nicht einschlafen zu können, eine Toleranzsteigerung oder eine geringere Nahrungsaufnahme in Zeiten erhöhten Medikamentenkonsums berichten um die 2 bis 3%. Dass andere bei ihnen medikamentenbezogene Probleme vermuten, glaubten die Wenigsten (0,7%), und nur 1,3% sind über die eigene Einnahmemenge erstaunt.

Frauen stimmen fast jedem Kriterium für problematische Medikamenteneinnahme häufiger zu. Ein größerer Geschlechtsunterschied besteht hinsichtlich der Meinung, ohne Medikamente bestimmte Situationen nicht bewältigen zu können (7,8% der Frauen, 3,9% der Männer). Männer stimmen dem Kriterium der Toleranzsteigerung häufiger zu und glauben viel häufiger, dass andere ihre Probleme mit Medikamenten bemerken (Tabelle 34).

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 einzuschlafen (5,7%), bestimmte Situationen nicht bewältigen zu können (9,3%), ein Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente zu verspüren (10,9%) und mit Medikamenten leistungsfähiger zu sein (9,4%). Außerdem sticht die Gruppe der 18 bis 24-Jährigen heraus bei den Kriterien "Toleranzsteigerung" und "Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamenten hat.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erreichen nur geringfügig mehr Berliner die kritische Grenze des KFM (3,3% Bundesstudie, 3,5% Berlin), was v.a. auf die etwas höhere Prävalenz unter den Berliner Männern zurückzuführen ist (2,6% Bundesstudie, 2,9% Berlin). Hinsichtlich der Altersgruppenverteilung sind die Prävalenzen der Befragten im Alter von 18 bis 29 im Bundesdurchschnitt leicht höher als in Berlin, die Prävalenzen der Befragten im Alter von 30 bis 59 Jahren sind dagegen in Berlin höher.

# 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. Insgesamt 3,6% der Befragten erfüllen die Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit (WB: 77.000, 95%-Konfidenzintervall: [48.000;106.000], Tabelle 30). Dieser Prozentsatz liegt kaum über dem Ergebnis aus dem KFM (Abschnitt 5.2; Tabelle 29), die prozentuale Verteilung in den einzelnen Altersgruppen ist der Rangordnung nach gleich. Wie im KFM finden sich im DSM-IV auch Geschlechtsunterschiede (4,7% der Frauen, 2,5% der Männer).

Tabelle 30: 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	
	1038	455	583	240	181	123	162	156	176	
DSM-IV Abhängigkeit	3,6 (33)	2,5	4,7	2,0	1,8	1,0	4,1	3,6	5,4	

Als auffälligstes Abhängigkeitssymptom erweist sich mit 7% das Kriterium "Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt" (Tabelle 35). Danach folgen mit jeweils etwa 4% die Items "Fortgesetzten Gebrauch trotz schädlicher Folgen", "Kontrollminderung" und "Entzugssymptome". Etwa 1,5 bis 3% berichten Toleranzentwicklung, eine Einschränkung wichtiger Tätigkeiten oder einen hohen Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung vom Medikamentenkonsum. Fast alle Kriterien erfüllen wiederum mehr Frauen als Männer. Außerdem sind wiederum die höchsten Prävalenzen in der ältesten Altersgruppe (50 bis 59 Jahre) zu finden.

Im Vergleich der Abhängigkeit von verschiedenen Medikamenten (Tabelle 31) fallen vor allem die Schmerzmittel ins Gewicht: Von allen Befragten berichteten 2,7% Schmerzmittelabhängigkeit, das sind etwa drei Viertel der Medikamentenabhängigen. Den höchsten Wert erzielen hier die 40 bis 59-Jährigen mit fast 4% aller Befragten dieser Altersgruppe. Insgesamt 1,1% der Befragten erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln. Die Abhängigkeit von Schlafmitteln spielt mit einem Wert von 0,6% nur eine untergeordnete Rolle. Andere Substanzklassen sind sogar fast ganz ohne Bedeutung (Anregungsmittel, Appetitzügler).

Medikamente 63

Tabelle 31: 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	2,7	2,1	3,3	2,0	1,4		2,9	3,6	3,9	
Schlafmittel	0,6	0,7	0,5	0,3			0,7	0,6	1,1	
Beruhigungsmittel	1,1	0,6	1,7	0,6	0,4	0,9	1,1		3,0	
Anregungsmittel										
Appetitzügler	0,1		0,2						0,5	

Die 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit liegt im Bundesdurchschnitt bei 3,1% und damit unter der Prävalenz Berlins. Der Unterschied ist v.a. auf eine erhöhte Prävalenz bei den Berliner Frauen (4,7% Berlin, 3,5% Bundesstudie) bzw. leicht erhöhte Prävalenzen in den älteren Attersgruppen zurückzuführen. Im Bundesdurchschnitt ist auch die Verbreitung der Beruhigungsmittelabhängigkeit bei Frauen etwas niedriger (0,6% Bund, 1,7% Berlin).

## 5.4 Tabellen zu Medikamenten

Tabelle 32: 12-Monats-Prävalenz psychoaktiver Medikamente nach Geschlecht

				Altersg	ruppen		
Männer	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	38,9	25,3	30,3	29,4	40,9	44,2	43,8
Schlafmittel	5,0	2,6	5,4	3,5	2,6	7,6	6,8
Beruhigungsmittel	5,0	1,3	4,1		3,5	6,4	10,1
Anregungsmittel	1,5	0,7	1,5	1,8	1,1	1,2	2,3
Appetitzügler	1,0		1,5			2,6	1,1
Antidepressiva	3,1		2,6	1,8	2,4	2,6	6,6
Neuroleptika	1,2	1,3	4,0	1,5		1,2	1,1
Mindestens ein Medikament	41,7	27,5	33,5	32,7	42,0	46,8	48,9
Frauen							
Schmerzmittel	48,7	53,3	50,9	49,3	48,6	51,2	43,8
Schlafmittel	5,8	3,7	5,1	5,2	3,2	5,3	11,2
Beruhigungsmittel	8,3	5,8	12,4	10,6	2,1	7,7	14,2
Anregungsmittel	1,6	0,7	1,8	1,8	1,0	1,2	3,0
Appetitzügler	2,1	1,8	4,8	2,5		2,4	3,0
Antidepressiva	4,7	0,7	1,6	2,6	3,1	4,2	11,1
Neuroleptika	1,8	0,7	0,9	1,8		3,6	3,0
Mindestens ein Medikament	53,6	54,0	55,8	53,6	51,7	53,7	54,6

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

Tabelle 33: Prävalenz der häufigen Einnahme von Medikamenten in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht

				Altersg	ruppen		
Männer	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schmerzmittel	11,7	4,8	2,5	6,4	12,1	14,1	19,1
Schlafmittel	2,3	1,3	1,4	1,8	1,3	3,7	3,4
Beruhigungsmittel	2,5	1,3	2,6			2,6	8,0
Anregungsmittel	0,3					1,2	
Appetitzügler	0,5					1,2	1,2
Antidepressiva	2,2		1,1	1,8	1,3	2,6	4,5
Neuroleptika	1,0	1,3	2,6	1,5		1,2	1,1
Mindestens ein Medikament	15,0	7,3	6,5	9,7	12,1	16,8	27,2
Frauen							
Schmerzmittel	12,1	10,9	9,9	8,6	12,6	10,7	16,3
Schlafmittel	2,0	0,6	0,9	0,8		3,3	5,2
Beruhigungsmittel	2,3	1,3	2,5	0,8		1,2	7,3
Anregungsmittel	0,7						3,1
Appetitzügler	1,2	0,6	1,7	0,8		1,2	3,1
Antidepressiva	2,9			0,8	2,0	2,1	8,3
Neuroleptika	1,2			1,8		2,5	2,1
Mindestens ein Medikament	16,8	11,6	13,4	11,9	13,6	15,3	28,5

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

Medikamente 65

Tabelle 34: Prävalenz der Kriterien für problematische Medikamenteneinnahme (KFM)

		Gesc	hlecht			Altersg	ruppen		
_	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Schlechteres Einschlafen ohne Medikamente	2,7	2,3	3,2	0,7	0,8	2,9	1,2	3,3	5,7
Tablettenvorrat	7,6	7,0	8,2	5,1	10,8	6,2	7,0	9,2	6,4
Sozialer Rückzugswunsch	22,7	22,1	23,3	17,1	21,1	23,1	22,5	24,6	22,8
Ohne Medikamente können best. Situationen nicht be- wältigt werden	5,8	3,9	7,8	3,8	3,5	4,9	4,9	5,8	9,3
Andere glauben, dass Person Probleme mit Medikamen- ten hat	0,7	1,3	0,1	0,6	1,8		0,7	0,7	0,5
Toleranzsteigerung	2,3	2,7	1,9	1,0	3,5	0,9	2,4	2,9	2,1
Medikamenteneinnahme aufgrund von Schmerzen	7,2	6,0	8,6	5,6	3,6	2,5	9,1	7,6	9,5
Geringere Nahrungsmittel- aufnahme in Zeiten erhöh- ten Medikamentenkonsums	2,4	1,9	2,9	3,9	1,4		1,2	4,2	3,8
Gefühl des Unwohlseins ohne Medikamente	3,9	3,8	4,0		0,5	2,1	1,6	4,0	10,9
Selbst über Einnahmemenge erstaunt	1,3	0,9	1,8	0,9	1,7		1,0	1,9	1,9
Mit Medikamenten leistungs- fähiger	3,7	3,3	4,1	1,7	2,0	2,6	1,6	3,0	9,4

Tabelle 35: 12-Monats-Prävalenz der DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler)

		Gescl	hlecht			Altersgruppen			
-	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
(1) Toleranzentwicklung	2,7	1,8	3,8	2,0	4,4	0,5	2,4	1,5	5,0
(2) Entzugssymptome	3,6	3,1	4,2	1,6	2,8		4,2	1,9	7,3
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	7,1	7,1	7,0	7,3	3,7	3,8	4,3	10,2	11,2
(4) Kontrollminderung	4,0	1,8	6,3	2,5	1,3	1,4	3,3	4,9	7,1
<ul><li>(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung</li></ul>	1,6	1,2	1,9	0,8	1,9		2,5		2,8
<ul><li>(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten</li></ul>	1,8	1,1	2,6	1,3	0,6	0,9	2,3	1,7	2,7
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	4,4	3,3	5,6	1,7	2,3	2,0	5,2	3,4	7,3

Tabak 67

# 6 Tabak

Analog zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde 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 widmet sich dem Thema Passivrauchen.

### 6.1 Tabakwaren

Sowohl Raucher als auch Exraucher wurden danach gefragt, welches Produkt sie für gewöhnlich benutzten und welche sie früher oder zusätzlich konsumiert haben (Tabelle 36). Im Fall der Exraucher bezogen sich diese Fragen auf die Zeit, in der sie noch rauchten. Bei der Frage nach den Tabakwaren, die zusätzlich zum normalerweise gerauchten Produkt konsumiert wurden, waren Mehrfachnennungen möglich.

Die meisten Raucher bzw. Exraucher bevorzugten fabrikfertige Filterzigaretten (87,6%), bei den Frauen waren es sogar 95,4%. Danach folgen selbsthergestellte Zigaretten ohne Filter mit 3,3% aller Befragten, wobei die Männer mit 5,9% den größeren Anteil stellen, und selbsthergestellte Filterzigaretten (insgesamt 4,5%). Hauptsächlich Zigarillos rauchten 2,5%, und das vor allem Männer (4,1% der Männer, 0,6% der Frauen). Alle anderen Produkte wurden mit unter 1% deutlich seltener als hauptsächliche Tabakware genannt, am geringsten war der Anteil bei Pfeifen und fabrikfertigen filterlosen Zigaretten. Als weitere Tabakware, zusätzlich zu dem Fabrikat, das hauptsächlich geraucht wurde, nannten die Befragten vor allem selbsthergestellte Zigaretten ohne Filter (19,8%) und Zigarillos (16,3%). Danach folgen selbsthergestellte Zigaretten mit Filter (12,8%), Zigarren und fabrikfertige Zigaretten ohne Filter (jeweils rund 10%).

Tabelle 36: Hauptsächliche und weitere Tabakwaren

	Nennung	als haup	tsächliche T	abakware	Nenn	Nennung als weitere Tabakware						
	Gesamt 414		Männer Frauen 189 225		Gesa 417	ımt	Männer 191	Frauen 226				
Zigaretten mit Filter (fab- rikfertig)	87,6	(371)	81,1	95,4	7,9	(33)	11,5	3,5				
Zigaretten mit Filter (selbsthergestellt)	4,5	(15)	5,0	3,9	12,8	(67)	14,5	10,8				
Zigaretten ohne Filter (fabrikfertig)	0,7	(2)	1,3		10,0	(33)	16,5	2,3				
Zigaretten ohne Filter (selbsthergestellt)	3,3	(12)	5,9	0,2	19,8	(92)	22,6	16,4				
Zigarren	0,8	(3)	1,5		10,1	(37)	18,3	0,3				
Zigarillos	2,5	(9)	4,1	0,6	16,3	(64)	26,5	3,9				
Pfeife	0,6	(2)	1,1		9,3	(30)	16,4	0,7				

Neben dem Rauchen von Tabak (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos und Pfeife) wurde zusätzlich erstmalig der Konsum von Schnupf- und Kautabak erfasst (Tabelle 37). Die Lebenszeit-prävalenz von Schnupftabak beträgt insgesamt 9,4%, die von Kautabak 2,5%. Beide Produkte wurden hauptsächlich von Männern und von jüngeren Konsumenten genutzt, die prozentualen Anteile nehmen mit steigendem Alter tendenziell ab. So liegt beispielsweise die Lebenszeitprävalenz der 15 bis 17-Jährigen beim Schnupftabak bei knapp 13%, bei den 50 bis 59-Jährigen sind es nur noch knapp 6%. Insgesamt liegt die 12-Monats-Prävalenz beim Schnupftabak bei 0,7%, beim Kautabak bei nur 0,3%. Frauen konsumierten Schnupftabak in den letzten 12 Monaten viel seltener, Kautabak aber gleich häufig wie Männer. Beide Produkte wurden in den letzten 12 Monaten hauptsächlich von jüngeren Personen konsumiert.

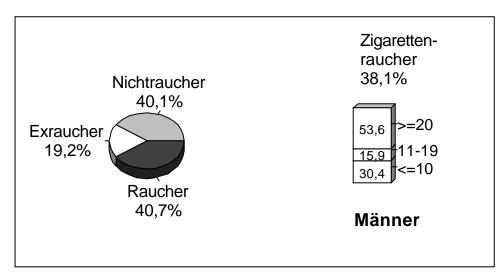
Tabelle 37: Lebenszeit- und 12-Monats- Prävalenz von Schnupf- und Kautabak

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

Tabak 69

### 6.2 Tabakkonsum

In Abbildung 18 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.



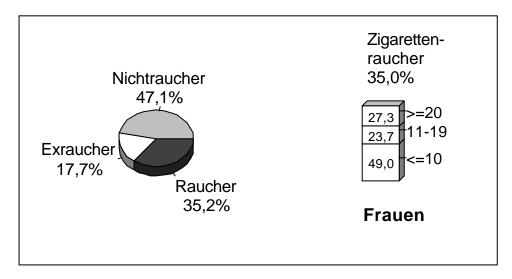


Abbildung 18: Prävalenz des Tabakkonsums und durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag

### 6.2.1 Prävalenz des Tabakkonsums

Insgesamt gaben 38,0% aller Befragten an, zu rauchen, 40,7% der Männer und 35,2% der Frauen (Tabelle 38). Auf die Berliner Wohnbevölkerung hochgerechnet sind dies 820.000 Einwohner, 450.000 Männer und 370.000 Frauen (95%-Konfidenzintervalle: Gesamt: [750.000;890.000], Männer: [390.000;500.000], Frauen: [330.000;420.000]). Der Anteil der Raucher ist bei den jüngsten und ältesten Personen etwas niedriger (32,3% bzw. 27,4%, Tabel-

le 38). Die meisten Raucher finden sich in der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen (44,2%). Der Anteil der Exraucher beträgt insgesamt 18,5% und nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Etwas weniger als die Hälfte der Frauen (47,1%) und 40,1% der Männer sind der Gruppe der Nichtraucher zuzurechnen.

Tabelle 38: Raucher, Exraucher und Nichtraucher

		Gesch		Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	1148	496	652	265	200	144	175	174	190
Nichtraucher	43,5 (554)	40,1	47,1	64,9	48,2	45,8	39,6	39,8	43,9
Exraucher	18,5 (171)	19,2	17,7	2,8	12,3	13,6	16,3	21,0	28,7
Raucher	38,0 (423)	40,7	35,2	32,3	39,4	40,5	44,2	39,2	27,4

Auffällig ist, dass unter den 18 bis 24-Jährigen der Geschlechtsunterschied anders ist als in den anderen Altersgruppen, d.h. in diesem Alter gibt es mehr Raucherinnen (43,9%) als Raucher (35%, Tabelle 46). Unter den Männern dieses Alters sind dagegen mehr Ex-Raucher zu verzeichnen (16,1% der Männer, 8,5% der Frauen).

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind in Berlin mehr Raucher (38,0% vs. 34,8%) und weniger Exraucher (18,5% vs. 22,5%) anzutreffen, obwohl in Berlin die weniger rauchenden Jugendlichen Teil der Stichprobe sind.

### 6.2.2 Umfang des Zigarettenkonsums

Mehr als 40% der Tabakkonsumenten gaben an, im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten pro Tag zu rauchen. Diese Gruppe wurde als starke Raucher definiert. Bei den Männern ist der Anteil der starken Raucher mit 53,6% deutlich höher als bei den Frauen mit 27,3% (Abbildung 18). Hochgerechnet auf die Berliner Wohnbevölkerung sind dies insgesamt 310.000 starke Raucher (95%-Konfidenzintervall: [260.000;370.000]). Der Anteil der starken Raucher steigt tendenziell mit zunehmendem Alter (Tabelle 39). In der Gruppe der 15 bis 17-Jährigen sind 11,9% der Raucher, bei den 50 bis 59-Jährigen sind mit 51,4% bereits die Hälfte starke Raucher. In der Altersgruppe der 25 bis 29-Jährigen ist ein starker Sprung des Anteils starker Raucher zu beobachten. Etwa ein Drittel der Raucher im Alter von 15 bis 17 rauchen 11 bis 19 Zigaretten täglich. Damit sind sie im Vergleich zur Gesamtgruppe, in der etwa ein Fünftel 11 bis 19 Zigaretten rauchen, überrepräsentiert. Der Anteil der leichten Raucher mit einem Konsum von durchschnittlich bis zu 10 Zigaretten pro Tag liegt insgesamt bei 39,0%. Tendenziell wird er mit zunehmendem Alter niedriger.

Hinsichtlich des Zigarettenkonsums findet sich der zur Gesamtgruppe entgegengesetzte Geschlechtsunterschied bei den 15 bis 17-Jährigen. In diesem Alter gibt es mehr starke Raucherinnen als starke Raucher (14,1% der Raucherinnen, 10% der Raucher). (Tabelle 47).

Tabak 71

Auch der Anteil an starken Rauchern unter den Rauchern ist in Berlin höher als im Bundesdurchschnitt (41,4% vs. 35,3%).

Tabelle 39: Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag

			Gesch	lecht	Altersgruppen					
	Ge	samt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	379		170	209	83	77	53	68	59	39
bis 10	39,0	(178)	30,4	49,0	58,8	68,5	47,0	33,6	27,5	28,3
11-19	19,6	(82)	15,9	23,7	29,3	20,0	14,9	18,5	21,3	20,3
20 oder mehr	41,4	(119)	53,6	27,3	11,9	11,5	38,2	47,9	51,1	51,4

### 6.3 Nikotinabhängigkeit nach Fagerström

Neben der Klassifikation nach DSM-IV (Abschnitt 6.4) 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 der 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 48 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 von 4 oder mehr Punkten wurden als deutlich abhängig definiert (Breslau & Johnson, 2000). Einen Score von 4 oder mehr Punkten im FTND erreichten 38,8% der befragten Raucher (Tabelle 40). Dabei war der Anteil bei den Männern (44,3%) höher als bei den Frauen (32,6%). Der Anteil der stärker Abhängigen steigt mit zunehmendem Alter. Sind es bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) schon 27,6%, so erreichen die 50 bis 59-Jährigen stärker abhängigen Raucher einen Anteil von 53,9%. Eine Ausnahme bilden die 18 bis 24-Jährigen, dort beträgt die Prävalenz starker Abhängigkeit nach dem FTND nur 13,8%.

Tabelle 40: Prävalenz der Nikotinabhängigkeit (FTND) bei aktuellen Zigarettenrauchern

	Geschlecht					Altersgruppen				
•	Ges	samt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	357		159	198	79	71	50	67	55	35
FTND (≥ 4)	38,8	(120)	44,3	32,6	27,6	13,8	37,0	38,5	48,8	53,9

# 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 49 genannten Kategorien auf ihn zutrafen, so wurde er als nikotinabhängig klassifiziert. Der Anteil der nach diesen Kriterien Tabakabhängigen liegt, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, insgesamt bei 11,0%, es finden sich keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede. Hochgerechnet sind dies 240.000 Berliner (95%-Konfidenzintervall: [190.000;280.000]). Betrachtet man die Prävalenzen in den verschiedenen Altersgruppen, so fällt auf, dass vor allem die jüngeren Befragten (15 bis 39-Jährige im Vergleich zu 40 bis 59-Jährigen) als nikotinabhängig nach DSM-IV einzustufen waren (Tabelle 41). Bei den 15 bis 17-Jährigen liegt der Anteil bei 17,9% und bei der ältesten Gruppe, den 50 bis 59-Jährigen, bei nur noch knapp 6%.

Die insgesamt am häufigsten genannten Kategorien waren "Entzugssymptome" (21,0%), "Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt" (16,2%) sowie "Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen" mit fast 15% (Tabelle 49). Danach folgt mit 12,0% "Kontrollminderung". Die Kategorien "Toleranzentwicklung", "Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung" sowie "Einschränkung wichtiger Tätigkeiten" wurden mit 0,7% bis 3,1% deutlich seltener genannt.

Tabelle 41: 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV Nikotinabhängigkeit

		Gesc	hlecht		Altersgruppen				
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
	1127	485	642	261	196	142	174	169	185
DSM-IV Abhängigkeit	11,0 (140)	11,6	10,4	17,9	11,7	16,8	12,8	8,4	5,8

Vergleicht man die Verteilung der Kriterien über die Altersgruppen wird deutlich, dass auch schon in den jüngeren Altersgruppen Entzugssymptome auftreten (Tabelle 49). Toleranzentwicklung, Kontrollminderung, die Einschränkung wichtiger Tätigkeiten und hohen Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung berichten insbesondere die Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren.

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

Die Zahlen zu DSM-IV in Tabelle 37 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 19 – getrennt nach Geschlecht – für drei Altersgruppen dargestellt. Insgesamt bewegt sich der Anteil der nikotinabhängigen Raucher bzw. Raucherinnen nach DSM-IV zwischen 21% und 57%, nach FTND zwischen 20% und 50%. Auffällig ist jedoch die genau gegenläufige Altersverteilung in den beiden Instrumenten bei den Männern. So nimmt die Zahl der Nikotinabhängigen nach DSM-IV mit steigendem Alter ab, nach FTND dagegen zu. Bei den Raucherinnen ist dagegen eine Abnahme an DSM-Diagnosen mit dem Alter und ein u-förmiger Verlauf der positiven FTND-Werte zu beobachten.

Tabak 73

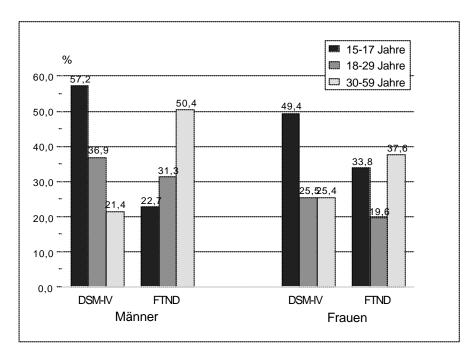


Abbildung 19: Prävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Rauchern nach DSM-IV und FTND

# 6.5 Rauchstadium und Änderungsbereitschaft

Die Änderungsbereitschaft der Raucher wurde in der vorliegenden Studie nach dem 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 42 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 (40,7%) gaben an, dass sie mit dem Gedanken spielen, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie sind damit im Modell der Stufe der Absichtsbildung zuzurechnen. Mehr als ein Viertel der (26,2%) befindet sich in der Stufe der Aufrechterhaltung, d.h. hat vor mehr als 6 Monaten mit dem Rauchen aufgehört. Weitere 21,3% 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 2,8% bzw. 9,1% 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 etwa 60% aller Raucher und Exraucher.

			Gesch	lecht		Nikotin	konsum	
	Ge	esamt	Männer	Frauen	nicht tägl.	≤10	11-20	>20
Änderungsbereitschaft	577		270	307	140	118	181	92
Absichtslosigkeit	21,3	(130)	22,5	19,9	16,0	17,0	25,1	21,1
Absichtsbildung	40,7	(253)	38,2	43,6	41,5	38,9	43,1	31,9
Vorbereitung	2,8	(17)	4,3	1,1	5,0	0,6	3,3	2,5
Handlung	9,1	(50)	8,7	9,5	22,6	10,1	6,2	1,5
Aufrechterhaltung	26,2	(127)	26,4	25,9	14,8	33,4	22,3	43,0

Tabelle 42: Änderungsbereitschaft nach Höhe des Zigarettenkonsums pro Tag von Rauchern und Exrauchern

Es finden sich bei der Kategorisierung nach Stufen der Änderungsbereitschaft kaum nennenswerte Geschlechtsunterschiede. Prozentual befinden sich etwas mehr Männer als Frauen in der Stufe der Absichtslosigkeit, in der Absichtsbildung sind es etwas mehr Frauen. In Vorbereitung des Aufhörens sind dagegen prozentual wieder mehr Männer als Frauen zu finden (Tabelle 42).

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. Dennoch sind Raucher, die zwischen 11 und 20 Zigaretten täglich rauchen, in der Stufe der Absichtslosigkeit mit 25,1% und der Absichtsbildung mit 43% etwas überrepräsentiert. In der Stufe der Vorbereitung sind die leichten Raucher weniger vertreten (0,6%) als die mittleren und starken Raucher, dafür stellen sie aber den höchsten Anteil in der Stufe der Handlung (10,1%). In der Aufrechterhaltung sind die starken Raucher überrepräsentiert (43,0%), d.h. unter ihnen gibt es die meisten Ex-Raucher.

Die Gruppe der Befragten, die nicht täglich rauchten, unterscheidet sich am deutlichsten von den anderen Rauchern hinsichtlich der Stufen Handlung und Aufrechterhaltung. In der Stufe der Handlung (in den letzten 6 Monaten aufgehört) stellen sie mit 22,6% den größten Anteil, in der Stufe der Aufrechterhaltung dagegen den kleinsten Anteil (unter 15%).

## 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 26,1% von ihrem Partner (Tabelle 43). Es finden sich insofern Geschlechtsunterschiede, als dass Frauen eher als Männer von ihren eigenen Kindern aufgefordert wurden (20,8% vs. 11,5%), Männer dagegen eher von Freunden (25,6% vs. 17,3%) oder von einem Arzt (21,2% vs. 12,7%) als Frauen.

Tabak 75

Tabelle 43: Aufforderungen zum Thema "Rauchen aufhören" in den letzten 12 Monaten

		Geschlecht			
	Gesamt	Männer	Frauen		
(Ehe-)Partner	26,1	25,2	27,1		
Eltern	30,7	31,4	29,8		
Eigene Kinder	15,7	11,5	20,8		
Freund/in, Bekannte	21,8	25,6	17,3		
Personen am Arbeitsplatz	13,9	15,2	12,4		
Ein Arzt	17,4	21,2	12,7		
Andere Person	8,1	8,1	8,1		

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: 59,1%, Exraucher: 79,6%, Tabelle 44). Danach folgt die Unterstützung durch Partner, Freunde und Familie (Raucher: 15,8%, Exraucher: 13,5%). Um die jeweils 3% der Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören, nannten außerdem Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos bzw. Akupunktur/Akupressur. Nur ganz weniger erfolgreiche Aufhörer (um die 1%) nannten als Hilfsmittel Nikotinsubstitution, Hypnose, die Teilnahme an einem Entwöhnungskurs oder andere Hilfsmittel. Zwischen 4% und 6% der Befragten, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, hatten Nikotinsubstitution und Akupunktur/Akupressur sowie andere Hilfsmittel versucht.

Tabelle 44: Benutzte Hilfsmittel, um mit dem Rauchen aufzuhören

		Personen, die erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben				Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören			
•	Ges	amt	Männer	Frauen	Ges	amt	Männer	Frauen	
	170		79	91	171		82	89	
Entwöhnungskurs oder -seminar	0,9	(1)		1,9	0,8	(1)		1,6	
Nikotinpflaster	4,1	(5)	5,0	2,9	0,9	(2)	1,1	0,5	
Nikotinkaugummi	7,2	(10)	13,1		0,9	(2)	1,8		
Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs, Videos	13,2	(18)	14,4	11,7	2,9	(5)	0,9	5,0	
Hypnose	1,0	(1)		2,1	0,5	(1)		1,0	
Akupunktur, Akupressur	4,4	(5)	3,3	5,7	2,7	(4)	1,1	4,6	
Unterstützung durch Part- ner(in), Freund(in), Fam ilie	15,8	(33)	16,7	14,6	13,5	(22)	15,0	11,7	
Andere Hilfsmittel	5,8	(11)	4,9	6,8	1,5	(3)	0,9	2,0	
Keine Hilfsmittel	59,1	(103)	57,1	61,6	79,6	(135)	80,1	79,1	

Es zeigen sich kaum Geschlechtsunterschiede. Tendenziell griffen Männer etwas häufiger zu Nikotinpflaster und -kaugummi als Frauen, während Frauen eher Akupunktur/Akupressur und Hypnose als Hilfsmittel angaben als Männer.

## 6.7 Passivrauchen

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 9,2 Stunden pro Woche Zigarettenrauch ausgesetzt, dabei Männer etwas länger als Frauen (9,8 Stunden bei den Männern vs. ca. 8,6 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 (77,6%). Deutlich mehr als die Hälfte der befragten Erwerbstätigen und Auszubildenden (56,8%) war auch während der Arbeit Zigarettenrauch ausgesetzt, Männer dabei häufiger als Frauen (Tabelle 45). Die meisten Nicht- und Exraucher fühlten sich durch das Passivrauchen stark gestört (47,9%), darunter prozentual häufiger Frauen als Männer. Weitere 36,5% störte der Zigarettenrauch auch, aber weniger stark. Nur 15,6% fühlten sich durch Rauchen in ihrer Gegenwart nicht beeinträchtigt. Ein relativ großer Anteil (fast 35%) der Befragten hat im letzten Jahr versucht, Orte zu meiden, an denen viel geraucht wird bzw. hat in der Wohnung rauchfreie Räume eingeführt. Frauen waren hier etwas häufiger vertreten als Männer (37,2% vs. 31,9%).

Tabelle 45: Aussagen zum Passivrauchen von Nicht- und Exrauchern

		Gesc	hlecht
	Gesamt	Männer	Frauen
Passivrauchen zu Hause	18,2	15,9	20,5
Passivrauchen in der Freizeit	77,6	78,2	76,9
Passivrauchen in der Arbeit <sup>1</sup>	56,8	61,8	50,5
Passivrauchen bei sonstigen Gelegenheiten	25,5	27,9	22,9
Raucher stören stark	47,9	42,7	53,0
weniger stark	36,5	39,4	33,6
gar nicht	15,6	17,9	13,4
Versucht, Passivrauchen zu vermeiden	34,6	31,9	37,2

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Erwerbstätige und Auszubildende

Tabak 77

# 6.8 Tabellen zu Tabak

Tabelle 46: Raucher, Exraucher und Nichtraucher nach Geschlecht

				Alterso	ıruppen		
	Gesamt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Männer	496	106	80	61	82	77	90
Nichtraucher	40,1 (219)	64,7	48,9	40,2	40,4	38,2	30,6
Exraucher	19,2 (82)	2,0	16,1	14,6	13,5	20,7	34,4
Raucher	40,7 (195)	33,3	35,0	45,2	46,0	41,1	35,1
Frauen	652	159	120	83	93	97	100
Nichtraucher	47,1 (335)	65,0	47,5	51,8	38,6	41,5	57,3
Exraucher	17,7 (89)	3,8	8,5	12,7	19,3	21,4	23,0
Raucher	35,2 (228)	31,2	43,9	35,6	42,1	37,1	19,6

Tabelle 47: Zigarettenkonsum der Zigarettenraucher pro Tag nach Geschlecht

			Altersgruppen								
	Ges	amt	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59			
Männer	170		36	26	26	32	27	23			
bis 10	30,4	(69)	61,1	73,6	41,9	16,6	21,8	22,1			
11-19	15,9	(30)	28,9	12,0	12,0	12,4	21,8	17,9			
20 oder mehr	53,6	(71)	10,0	14,4	46,1	71,0	56,4	60,1			
Frauen	209		47	51	27	36	32	16			
bis 10	49,0	(109)	56,1	64,4	54,2	52,3	33,9	38,5			
11-19	23,7	(52)	29,8	26,2	19,0	25,1	20,8	24,2			
20 oder mehr	27,3	(48)	14,1	9,3	26,8	22,6	45,4	37,4			

Tabelle 48: Schwere der Nikotinabhängigkeit (FTND)

		Geschlecht				Altersgruppen				
	Ge	samt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Punkte	357		159	198	79	71	50	67	55	35
0	25,6	(102)	18,6	33,4	24,2	49,7	32,2	22,8	17,2	16,7
1	9,2	(40)	6,3	12,4	16,1	14,0	4,6	10,0	5,2	11,1
2	11,8	(40)	16,5	6,4	15,0	11,0	13,3	15,3	9,6	2,9
3	14,8	(55)	14,4	15,2	17,1	11,5	12,9	13,4	19,1	15,4
4	16,1	(55)	16,9	15,2	14,8	8,2	19,8	12,2	27,5	11,1
5	6,3	(22)	6,5	6,2	5,2	2,7	7,5	5,3	5,3	14,4
6	9,0	(25)	12,3	5,2	3,1	2,9	5,0	9,4	6,2	25,9
7	5,5	(13)	6,4	4,6	3,3		4,6	9,8	5,8	
8	0,8	(3)	0,1	1,5	1,3				1,8	2,6
9	1,1	(2)	2,1					1,8	2,2	
10		()								

Tabelle 49: 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	3,1	3,6	2,5	9,6	5,4	6,3	2,2	1,7	1,0	
(2) Entzugssymptome	21,0	24,1	17,7	22,7	24,4	26,1	28,0	15,0	12,2	
(3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen	16,2	16,6	15,8	20,2	21,2	25,7	19,3	11,3	7,6	
(4) Kontrollminderung	12,0	12,3	11,6	18,6	12,2	14,5	12,2	12,8	7,5	
(5) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch oder Erholung	2,4	3,4	1,3	4,8	3,5	1,7	2,5	2,6	1,0	
(6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten	0,7	1,0	0,4	2,7	1,5	0,9		1,3		
(7) Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen	14,8	16,9	12,7	12,6	16,0	15,3	20,4	12,3	9,2	

Konsummuster 79

# 7 Konsummuster

## 7.1 Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen

Etwa ein Drittel der Befragten in den Altersgruppen 15 bis 59 Jahre hat Erfahrung mit mindestens einer illegalen Droge (einschließlich Pilze) (Tabelle 50). Die 18 bis 29-Jährigen gaben am häufigsten an, bereits mindestens einmal illegale Drogen genommen zu haben (51,7%), die Erfahrung mit illegalen Drogen ist unter 15 bis 17-Jährigen mit um die 30% etwa genauso weit verbreitet wie unter 30 bis 59-Jährigen. Der aktuelle Gebrauch (12-Monats-Prävalenz, 30-Tage-Prävalenz) ist dagegen in den jüngeren Altersgruppen weit mehr verbreitet als in der ältesten Altersgruppe (Tabelle 50).

Tabelle 50: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz illegaler Drogen

		Drogenerfa						
	Gesamt	15-17	18-29	30-59				
	1159	268	346	545				
Lebenszeit	34,6 (394)	30,8	51,7	29,3				
12 Monate	11,5 (174)	24,7	24,1	6,5				
30 Tage	6,9 (102)	14,6	14,7	3,8				

In Tabelle 51 sind die Häufigkeiten des Gebrauchs verschiedener Drogen in den unterschiedlichen Altersgruppen dargestellt. Insgesamt haben etwa zwei Drittel der Drogenerfahrenen Erfahrung mit nur einer Droge. Die 15 bis 17-jährigen Drogenerfahrenen haben am ehesten nur eine Droge bisher zu sich genommen (80,3%). Etwa jeder achte Drogenerfahrene gab an, schon vier und mehr verschiedene illegale Drogen konsumiert zu haben.

Tabelle 51: Erfahrung mit verschiedenen illegalen Drogen

				Altersgruppen	
	Gesa	amt	15-17	18-29	30-59
Lebenszeit	394		76	173	145
1 Droge	65,0	(267)	80,3	63,4	64,8
2 Drogen	18,6	(65)	7,4	18,0	19,7
3 Drogen	4,4	(16)	3,0	4,3	4,6
≥ 4 Drogen	12,0	(46)	9,3	14,3	10,9
12 Monate	174		60	86	28
1 Droge	71,6	(127)	75,4	68,8	73,9
2 Drogen	10,4	(19)	10,5	10,3	10,5
3 Drogen	10,9	(16)	6,2	11,4	11,4
≥ 4 Drogen	7,2	(12)	7,9	9,6	4,2
30 Tage	102		34	52	16
1 Droge	85,5	(88)	82,6	90,2	80,2
2 Drogen	9,7	(8)	8,9	7,4	12,7
3 Drogen	3,5	(4)	6,3		7,1
≥ 4 Drogen	1,4	(2)	2,2	2,4	

In Bezug auf die letzten 12 Monate vor der Erhebung hat von den aktuellen Drogenkonsumenten in jeder Altersgruppe ungefähr ein Viertel mehrere Substanzen genommen. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumierten ca. 17% der Jugendlichen zwei oder mehr Drogen. Bei den 18 bis 29-Jährigen waren es ca. 10%, bei den 30 bis 59-Jährigen wiederum ca. 20%. Aufgrund der geringen Fallzahlen in der 30-Tage-Prävalenz ist eine Interpretation dieser Anteile jedoch problematisch.

## 7.2 Illegale Drogen und Alkohol

Wie stark der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Drogenerfahrung ist, zeigt Tabelle 52. Dazu wurde unterschieden nach abstinentem/risikoarmen und mindestens riskantem Alkoholkonsum. Die altersspezifischen Drogenprävalenzen (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) sind bei den mindestens riskanten Alkoholkonsumenten um ein Vielfaches höher als bei den anderen Befragten. Besonders ausgeprägt ist dieses Verhältnis bei den 15 bis 17-Jährigen. Die Hälfte der Jugendlichen, die im letzten Jahr auf mindestens riskante Weise Alkohol getrunken hat, hat in den letzten 30 Tagen auch Drogen konsumiert, bei den anderen Jugendlichen nur etwa jeder Vierzehnte. Allerdings beruhen die Prävalenzwerte der unter 30- Jährigen mit mindestens riskanten Alkoholkonsum auf den Angaben von nur 27 bzw. 38 Personen.

Tabelle 52: Drogenprävalenz nach Alkoholkonsum

		abstinent/risikoarm				mindestens riskant			
	Gesamt	15-17	18-29	30-59	Gesamt	15-17	18-29	30-59	
Drogenprävalenz	846	192	272	382	176	27	38	111	
Lebenszeit	29,3	22,1	44,5	24,2	54,4	72,6	90,8	47,3	
12 Monate	8,7	16,4	19,3	4,2	22,9	63,6	54,6	15,9	
30 Tage	5,0	7,3	10,9	2,7	15,5	54,6	42,6	9,4	

Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) in Gramm Reinalkohol pro Tag: Männer: nie: 0g; risikoarm: >0-30g; riskant: >30-60g; gefährlich: >60-120g; Hochkonsum: >120g. Frauen: nie: 0g; risikoarm: >0-20g; riskant: >20-40g; gefährlich: >40-80g; Hochkonsum: >80g.

# 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 Nicht- und Exrauchern. Besonders stark ausgeprägt ist dieser Trend auch wieder bei den Jugendlichen. Bei den 15 bis 17-jährigen Nicht-und Exrauchern haben innerhalb der letzten 12 Monate 11,3% illegale Drogen genommen, bei den Rauchern sind es 52,4% (Tabelle 53). Dennoch ist auch zwischen den älteren Nichtrauchern und Rauchern ein bemerkenswerter Unterschied im aktuellen Drogenkonsum zu beobachten. Konsummuster 81

Tabelle 53:	Drogenor	ävalenz	nach T	abakkonsum
i abolio oo.	DIOGOLIDI	avaiciz	110011 1	abannonsann

	N	ichtrauche	er/Exrauche	er		Rau	ıcher	
	Gesamt	15-17	18-29	30-59	Gesamt	15-17	18-29	30-59
Drogenprävalenz	725	178	205	342	423	87	139	197
Lebenszeit	24,3	16,9	35,9	21,2	52,3	59,9	76,1	43,5
12 Monate	5,8	11,3	11,2	3,6	21,1	52,4	43,7	11,4
30 Tage	2,7	4,4	4,9	1,9	13,9	36,5	29,7	7,1

## 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 Querschnittsdaten vergleichen die Angaben zum Alter des ersten Drogengebrauchs dabei über Geburtskohorten, die zum Zeitpunkt der Befragung unterschiedlich alt sind (Perkonigg et al., 1997; Warner et al., 1995). Die in Abbildung 20 dargestellte kumulative (empirische) Verteilungsfunktion zeigt die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in einem bestimmten Alter für verschiedene Kohorten.

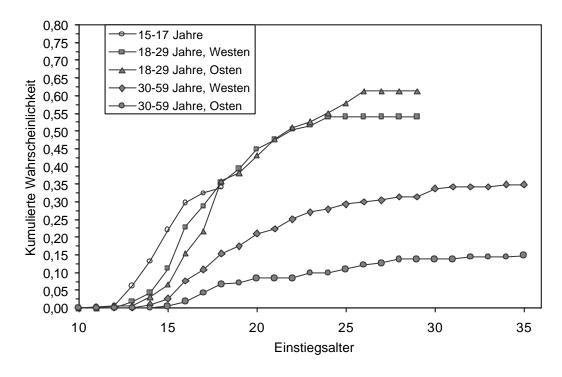


Abbildung 20: Empirische Verteilungsfunktion des Alters ersten Drogenkonsums

Wie eine Analyse der Bundesstudien 1980-1995 zeigte, ist das Risiko des ersten Konsums illegaler Drogen im Alter von ca. 16 bis 18 Jahren am höchsten (Kraus, Bauernfeind & Herbst, 1998). Da der Konsum illegaler Drogen in Ostdeutschland vor der Grenzöffnung vernachlässigbar gering war und die Ostberliner der ältesten Kohorte in dem Alter mit dem höchsten Risiko

daher kaum, die der mittleren Kohorte nur zum Teil Zugang zu illegalen Drogen hatten, wurden die Angaben dieser Kohorten getrennt nach Ost- und Westberlin ausgewertet.

Bis zum Alter von 16 Jahren hatten in der jüngsten Kohorte (Jahrgang 1983-1985) 30%, bei den 18- bis 29-jährigen Westberlinern (Jahrgang 1971-1982) 23%, bei den gleichaltrigen Ostberlinern 15%, bei den 30- bis 59-jährigen Westberlinern (Jahrgang 1941-1970) 8% und bei den gleichaltrigen Ostberlinern knapp 2% Erfahrung mit illegalen Drogen. Der unerwartet hohe Prävalenzwert bei den 30- bis 59-jährigen Ostberlinern im Alter von 16 Jahren sowie der vergleichsweise starke Anstieg bis zum Alter von 18 Jahren auf 7% könnte auf einen hohen Anteil von ursprünglich aus Westdeutschland stammenden Ostberlinern in der Stichprobe hinweisen, da die Respondenten dieser Kohorte vor der Grenzöffnung bereits alle erwachsen waren. Bei den älteren Kohorten zeigt sich durch die ab dem 25. Lebensjahr sukzessive flacher werdende Kurve, dass nach dem 26. Lebensjahr nur noch wenige mit dem Drogenkonsum beginnen.

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. Eine Verlagerung des Einstiegsalters ist nicht zu erkennen: Sowohl bei den 15- bis 17-Jährigen als auch bei den 18- bis 29-jährigen Westberlinern war das Risiko für den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen mit 16 Jahren am höchsten (Daten nicht dargestellt).

# 8 Trends 1990-2000

Aufgrund der Neukonzeption der Bundesstudie zu Beginn der 90er Jahre (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998) müssen beim Vergleich der Querschnittserhebungen Unterschiede im Altersspektrum der Befragungspersonen, bei der Stichprobenziehung und dem Erhebungsinstrument berücksichtigt werden.

#### 8.1 Methode

Sowohl 1995/96 als auch 2000 wurden die Bundesstudien in Berlin aufgestockt, um ausreichend große Stichproben für eine Auswertung einzelner Altersgruppen zu erhalten. Im Jahr 1990 wurde ebenfalls eine Bundesstudie durchgeführt, wobei der Stichprobenumfang in Westdeutschland mit 19208 Befragten vergleichsweise groß war. Dieser Bundesstudie wurden für den Trendvergleich die Angaben der Berliner Respondenten entnommen.

Im Rahmen der Bundesstudie 1990 wurden Personen im Alter von 12 bis 39 Jahren befragt, der Altersbereich der Berliner Studien von 1995/96 und 2000 lag zwischen 15 und 59 Jahren. Damit sind bei den hier vorgenommenen Trendanalysen zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak für die 15 bis 39-Jährigen Vergleiche der Jahre 1990, 1995/96 und 2000 sowie für die 40 bis 59-Jährigen Vergleiche für die Jahre ab 1995/96 und 2000 möglich.

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 ein größerer Einschnitt. Bei der Überarbeitung des Fragebogens stand in erster Linie die Erfassung negativer Auswirkungen des Gebrauchs psychotroper Substanzen bei Erwachsenen im Vordergrund.

Während 1995/96 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 bis 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 SU-DAAN geschätzt (Shah, Barnwell & Bieler, 1997).

Die Daten der Studie von 1990 wurden so gewichtet, dass eine Abbildung des Ost-West-Verhältnisses und der geschlechtsspezifischen Altersgruppenverteilung resultierte. Ebenso wurden die Daten der Studie von 1995/96 für die vorliegende Auswertung nach Ost-West, sowie Geschlecht und Altersgruppe gewichtet. Dies weicht von der Vorgehensweise der Studie von 1995/96 (Kraus & Bauernfeind, 1998a) ab und kann in minimal abweichenden Ergebnissen resultieren. Schließlich wurden die Daten der Studie von 2000 ebenfalls nach Geschlecht, Attersgruppe und Region gewichtet.

Wegen der unterschiedlichen historischen Entwicklung von West- und Ostberlin interessieren neben den Verläufen der Prävalenzwerte für Gesamtberlin auch die der beiden Regionen. Hier verbieten jedoch die zum Teil sehr geringen Stichprobenumfänge (vgl. Tabelle 54) Auswertungen getrennt nach Altersgruppen. Da bekanntlich in der ehemaligen DDR illegale Drogen kaum verfügbar waren (Reißig, 1991) und daher die Ostberliner Drogenprävalenzwerte des Jahres 1990 kaum von Null abweichen dürfen, wurden trotz der geringen Stichprobenumfänge in Ostberlin (Tabelle 54) die Angaben der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zum Drogenkonsum getrennt nach Region ausgewertet. Im Alkoholbereich wurden die durchschnittlich pro Tag konsumierten Mengen an Reinalkohol für die Jahre 1995 und 2000 getrennt nach Altersgruppen und Region verglichen. Wegen der unterschiedlichen Erhebungsmethode konnten hier die Angaben von 1990 nicht herangezogen werden. Auf die im Alkoholbereich sonst übliche nach Geschlecht getrennte Auswertung wurde wiederum wegen der zu geringen Stichprobenumfänge verzichtet.

Tabelle 54: Stichprobenumfänge der zur Trendanalyse herangezogenen Erhebungen

		Gesc	hlecht		Altersg	ruppen	
Westen	Gesamt 15-39	Männer 15-39	Frauen 15-39	15-17	18-29	30-39	40-59
1990	658	320	338	96	417	145	0
1995/96	476	243	233	165	239	72	168
2000	405	165	240	125	176	104	236
Osten							
1990	127	61	66	9	66	52	0
1995/96	316	156	160	113	149	54	100
2000	385	165	220	143	170	72	133
Gesamt							
1990	785	381	404	105	483	197	0
1995/96	792	399	393	278	388	126	268
2000	790	330	460	268	346	176	369

# 8.2 Illegale Drogen

### Fragebogen

Ein Trendvergleich der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen ist für die 15 bis 39-Jährigen für Cannabis, Amphetamine, LSD, Opiate und Kokain ab 1990 möglich. Bei den 40 bis 59-Jährigen Zahlen liegen nur Ergebnisse für 1995/96 und 2000 vor. Die Prävalenz von Ecstasy wurde erst ab 1995/96 erhoben. Bei der Berechnung der Prävalenz illegaler Drogen insgesamt wurde daher Ecstasy im Gegensatz zur Vorgehensweise in Kapitel 3 nicht berücksichtigt.

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. Dabei bleiben die Prävalenzen zwischen 1990 und 1995 fast gleich, der Anstieg auf etwa das Doppelte ist zwischen 1995 und 2000 zu verzeichnen (p<0,001, Tabelle 56). Bei den 18 bis 29-Jährigen beträgt sie derzeit 50,9% gegenüber 20,1% im Jahr 1990 und 19% im Jahr 1995 (p<0,001). Bei den 15 bis 17-Jährigen hat sich die Lebenszeitprävalenz von Cannabis von 11,6% (1990) auf 30,1% (2000) fast verdreifacht (p<0,001).

Die Erfahrung mit Ecstacy ist unter den 15 bis 17-Jährigen zwischen 1995 und 2000 von 8,1% auf 2,6% zurückgegangen (p<0,01). Ansonsten sind neben der Cannabiserfahrung keine statistisch überzufälligen Veränderungen in der Lebenszeitprävalenz anderer illegaler Drogen bei den 15 bis 17-Jährigen festzustellen.

Bei den drei ältesten Altersgruppen ist eine statistisch überzufällige Zunahme der Cannabisund Kokainerfahrung festzustellen. Bei den 18 bis 29-Jährigen und den 30 bis 39-Jährigen steigt der Anteil von 2,6% bzw. 3,6% Kokainerfahrenen im Jahr 1990 auf ca. 9% im Jahr 2000 (p<0,01), bei den 40 bis 59-Jährigen von 0% im Jahr 1995 auf 2,3% im Jahr 2000 (p<0,01). Auffällig ist der bei den jungen Erwachsenen vergleichsweise niedrige Wert von nur 0,9% Kokainerfahrenen bei der Erhebung 1995/96.

In Westberlin fällt der unerwartete Verlauf der Lebenszeitprävalenzwerte auf: In allen drei untersuchten Altersgruppen – 15 bis 17 Jahre, 18 bis 29 Jahre sowie 15 bis 39 Jahre – war die Lebenszeitprävalenz von Cannabis, Amphetaminen, LSD und Kokain jeweils 1995/96, die von Opiaten und Ecstasy jeweils 2000 am niedrigsten (Tabelle 56). Bei den Jugendlichen ist der Rückgang der Ecstasyprävalenz von 13,2% 1995/96 auf 3,6% im Jahr 2000 signifikant (p<0,01). Wegen des enormen Zuwachses bei Cannabis zwischen 1995/96 und 2000 in allen drei Altersgruppen liefern die Trendtests signifikante Ergebnisse bei Cannabis und illegale Drogen insgesamt. Trotz des Rückgangs in der ersten Hälfte der 90er Jahre ist hier also insgesamt eine Zunahme der Cannabiserfahrung und somit der Erfahrung mit illegalen Drogen zu erkennen.

In Ostberlin steigen sowohl in der Gesamtgruppe der 15- bis 39-Jährigen als auch bei den jungen Erwachsenen die Lebenszeitprävalenzwerte von Erhebungszeitpunkt zu Erhebungszeitpunkt und schlagen sich in signifikanten Testergebnissen nieder. Eine Ausnahme bilden hier nur die Opiate, deren Zuwächse bei der Lebenszeitprävalenz nicht signifikant sind. Insbesondere bei den 18- bis 29-Jährigen betragen die Prävalenzwerte der letzten Erhebung ein Vielfaches derer der vorletzten. So stieg z.B. die Cannabiserfahrung von 7,3% auf 52,7%, die Kokainerfahrung von 0,4% auf 8,6%. Bei den Jugendlichen hat dagegen nur die Erfahrung mit Cannabis signifikant zugenommen. Bei Amphetaminen, Ecstasy und Kokain sind zwischen den letzten beiden Erhebungszeitpunkten sogar Rückgänge zu verzeichnen.

## 12-Monats-Prävalenz

Tabelle 57 zeigt die Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz für Gesamtberlin in den letzten zehn Jahren für die Substanzgruppen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD/Mescalin, Opiate und Kokain. In den beiden jüngsten Altersgruppen ist ein signifikanter Anstieg der Cannabisprävalenzen von ca. 8-10% in den Jahren 1990 und 1995 auf über 20% zu beobachten. Wie schon 1990 weist auch bei der letzten Erhebung Kokain den zweithöchsten Prävalenzwert auf, wobei bei den 18 bis 29-Jährigen ein signifikanter Anstieg von 1,6% auf 6,0% zu verzeichnen ist (p<0,01, Tabelle 57). Bei den Jugendlichen berichteten dagegen nur 3,2% den Konsum von Kokain in den letzten 12 Monaten. Die 12-Monats-Prävalenzwerte von Ecstasy, die 1995 das Niveau von Cannabis erreichten, stagnierten bei den 18 bis 29-Jährigen bzw. gingen bei den 15 bis 17-Jährigen signifikant zurück (p<0,01). Bei Amphetaminen, LSD und Opiaten zeigten sich keine gravierenden Veränderungen bei den Jugendlichen, die jungen Erwachsenen konsumieren seit 1995 dagegen häufiger LSD als noch im Jahr 1990 (p=0,027).

Bei den 30 bis 39-Jährigen hat sich der Anteil derjenigen mit Cannabiskonsum von etwa 6% 1990 und 1995 auf 13,7% bei der letzten Erhebung verdoppelt (p<0,01, Tabelle 57). In dieser Altersgruppe ist auch bei Ecstasy eine Verdoppelung der Prävalenz von 1,6% auf 3,7% zu beobachten, die allerdings nicht signifikant ist. In der ältesten Altersgruppe wurde sowohl 1995 als auch 2000 lediglich der Konsum von Cannabis in den letzten 12 Monaten berichtet. Die Prävalenz erhöhte sich leicht von 0,2% auf 1,3%.

In Westberlin fällt der u-förmige Verlauf bei Cannabis und Kokain und der Rückgang des Ecstasykonsums auf (Tabelle 58, Abbildung 21). Dabei ist die Abnahme des Ecstasykonsums in den letzten 12 Monaten von 11,5% auf 3,0% bei den Jugendlichen signifikant. Bei Cannabis folgt dem Rückgang in der ersten Hälfte der 90er Jahre ein vergleichsweise starker Anstieg in allen drei Altersgruppen, der bei den 15- bis 39-Jährigen sowie den 15- bis 17-Jährigen zu einem signifikanten Testergebnis beim Trendtest führt. Obwohl die 12-Monats-Prävalenzwerte bei Kokain sich - allerdings auf niedrigerem Niveau – ähnlich entwickeln und die Anteile der Kokainkonsumenten im Jahr 2000 die im Jahr 1990 deutlich übersteigen, werden die Tests auf Trend nicht signifikant. Bei den jungen Erwachsenen hat der Konsum von LSD im Verlauf der letzten 10 Jahre signifikant zugenommen, während bei den Jugendlichen in der letzten Erhebung ein geringerer Anteil von aktuellen Kokainkonsumenten zu finden war als 10 Jahre zuvor.

In Ostberlin hat der aktuelle Konsum von Cannabis in allen drei untersuchten Altersgruppen von ca. 6% 1995/96 auf ca. 15% (15- bis 39-Jährige und 15- bis 17-Jährige) bzw. 27,2% (18- bis 29-Jährige) enorm zugenommen (p<0.001,Tabelle 58, Abbildung 21). Im gleichen Zeitraum vervielfachte sich auf die 12-Monats-Prävalenz von Kokain bei den 15- bis 39-Jährigen sowie den 18- bis 29- Jährigen (p<0,01), während diese Substanz bei den Jugendlichen ganz ohne Bedeutung blieb. Ähnliches zeigt sich auch bei den Amphetaminen, deren Prävalenz bei den 15- bis 39-Jährigen sowie den 18- bis 29- Jährigen im Verlauf von 10 Jahren von 0% auf etwa 2% stieg, bei den Jugendlichen nach dem erstaunlich hohen Prävalenzwert von 2,5% 1995/96 auf 0,6% in der letzten Erhebung fiel.

Tabelle 55: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990-2000

	1990	1995	2000	Testwert	Р
Gesamt: 15 bis 39 Jahre	785	792	790		
Cannabis	20,4	20,1	43,6	8,24	0,0000
Amphetamine	4,9	2,5	6,5	1,09	0,2763
Ecstasy		7,4	8,7	0,65	0,5140
LSD	4,8	2,3	6,1	0,84	0,3986
Opiate <sup>1</sup>	2,4	3,3	2,4	0,09	0,9312
Kokain 2	3,1	1,9	8,7	3,76	0,0002
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	21,2	20,9	44,4	8,19	0,0000
15 bis 17 Jahre	105	278	268		
Cannabis	11,6	10,4	30,1	4,47	0,0000
Amphetamine	1,9	3,2	2,9	0,57	0,5691
Ecstasy	4.0	8,1	2,6	-2,63	0,0087
LSD	1,9	0,8	2,9	0,63	0,5311
Opiate <sup>1</sup>	0,7	0,3	0,4	-0,40	0,6877
Kokain	1,9	0,5	3,2	0,81	0,4154
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	12,2	11,2	30,5	4,35	0,0000
18 bis 29 Jahre	483	388	346		
Cannabis	20,1	19,0	50,9	8,19	0,0000
Amphetamine	5,4	2,1	7,2	0,72	0,4707
Ecstasy		7,9	12,1	1,61	0,1082
LSD	3,9	2,3	7,0	1,59	0,1114
Opiate <sup>1</sup> Kokain	1,6	1,7	1,0	-0,61 2,61	0,5444 0,0090
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	3,6 20,2	0,9 20,2	9,0 50,9	8,20	0,0090
		<u> </u>	<u> </u>	0,20	0,0000
30 bis 39 Jahre	197	126	176		
Cannabis	22,3	25,9	39,9	3,76	0,0002
Amphetamine	4,7	2,8	6,5	0,80	0,4225
Ecstasy LSD	6,4	6,2 2,8	7,0 5,8	0,20 -0,23	0,8441 0,8167
Opiate <sup>1</sup>	3,7	7,7	3,9	0,10	0,9225
Kokain	2,6	3,9	9,3	2,74	0,0062
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	23,9	25,9	41,5	3,69	0,0002
40 bis 59 Jahre		268	369		
Cannabis		10,7	19,8	2,73	0,0063
Amphetamine		1,6	3,8	1,45	0,1473
Ecstasy		0,5	0,3	-0,25	0,8053
LSD		3,6	2,8	-0,43	0,6695
Opiate <sup>1</sup>		2,6	1,7	-0,74	0,4575
Kokain			2,4	2,84	0,0045
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>		11,5	21,1	2,76	0,0058

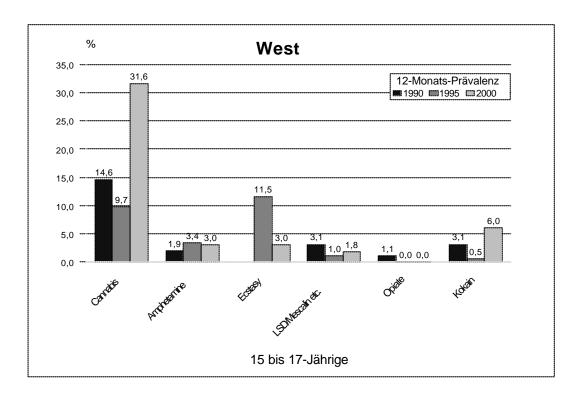
Heroin, Methadon oder andere Opiate
 Ohne die Substanzen Ecstasy und Crack, die 1990 nicht erhoben wurden

Trends 1990-2000 89

Tabelle 56: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1990-2000 für West- und Ostberlin

Westberlin	1990	1995	2000	Testwert	P
Gesamt: 15 bis 39 Jahre	658	476	405		
Cannabis	31,4	26,5	47,8	4,20	0,0000
Amphetamine	7,8	2,2	7,6	-0,22	0,8249
Ecstasy	7,0	10,4	8,7	-0,60	0,5506
LSD	7,7	2,1	6,7	-0,62	0,5323
Opiate <sup>1</sup>	3,3	4,0	2,2	-0,81	0,4168
Kokain	4,9	2,2	9,4	2,04	0,0414
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	32,2	27,8	48,2	4,13	0,0000
15 bis 17 Jahre	96	165	125		
Cannabis	18,7	12,5	38,1	3,08	0,0021
Amphetamine	3,1	3,4	4,8	0,61	0,5418
Ecstasy	0.4	13,2	3,6	-2,75	0,0060
LSD	3,1	1,0	3,6	0,18	0,8565
Opiate <sup>1</sup> Kokain	1,1 3,1	0,5	 6.0	-1,01 0,97	0,3147 0,3329
Illegale Drogen insgesamt²	19,6	13,0	6,0 38,1	2,91	0,0037
			·	2,31	0,0007
18 bis 29 Jahre	417	239	176		
Cannabis	30,7	26,6	49,7	3,56	0,0004
Amphetamine	8,6	3,1	6,5	-1,06	0,2886
Ecstasy	0.0	11,6	11,6	0,02	0,9870
LSD Opiate <sup>1</sup>	6,2 2,5	3,4 2,5	6,9 0,4	0,10 -1,79	0,9198 0,0738
Kokain	5,8	2,5 1,6	9,4	1,01	0,3106
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	30,8	28,7	49,7	3,59	0,0003
Ostberlin					
Gesamt: 15 bis 39 Jahre	127	316	385		
Cannabis	2,3	10,7	37,3	10,19	0,0000
Amphetamine		2,8	4,9	3,56	0,0004
Ecstasy		3,0	8,9	2,53	0,0114
LSD		2,5	5,2	3,57	0,0004
Opiate <sup>1</sup>	0,8	2,4	2,8	1,35	0,1786
Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	 3.1	1,5 10,9	7,6 38,7	4,14 9,95	0,0000 0,0000
	-,			9,95	0,0000
15 bis 17 Jahre	9	113	143		
Cannabis		8,4	20,5	5,79	0,0000
Amphetamine		3,0	0,6	0,44	0,6614
Ecstasy		3,0	1,4	-0,81	0,4207
LSD Opiate <sup>1</sup>		0,5 0,5	2,0 0,8	1,69 0,95	0,0920 0,3444
Kokain		0,5	0,0	-0,49	0,6218
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>		9,4	21,3	5,92	0,0000
18 bis 29 Jahre	66	149	170		
Cannabis	2,7	7,3	52,7	10,84	0,0000
Amphetamine		0,6	8,3	3,46	0,0005
Ecstasy		2,4	12,9	3,48	0,0005
LSD		0,6	7,2	3,19	0,0014
Opiate <sup>1</sup>		0,4	1,9	1,47	0,1430
Kokain		0,4	8,6	3,75	0,0002
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	2,7	7,3	52,7	10,84	0,0000

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Heroin, Methadon oder andere Opiate <sup>2</sup> Cannabis, Amphetamine, LSD, Opiate, Kokain



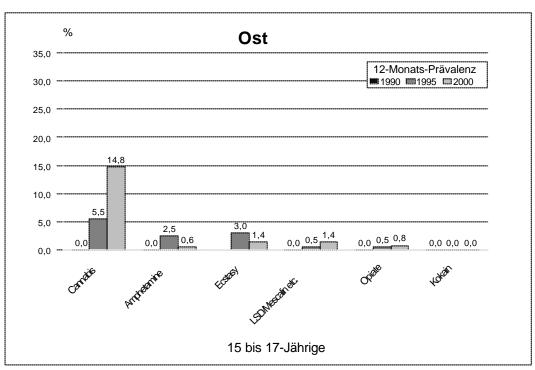
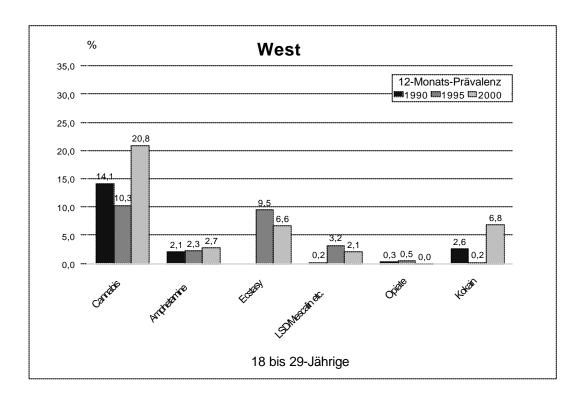


Abbildung 21: 12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 15 bis 17-Jährige 1990-2000



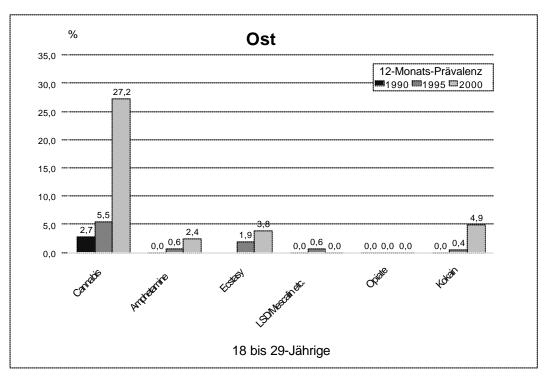


Abbildung 22: 12-Monats-Prävalenz verschiedener illegaler Drogen für 18 bis 29-Jährige 1990-2000

Tabelle 57: 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen 1990-2000

	1990	1995	2000	Testwert	Р
Gesamt: 15 bis 39 Jahre	796	792	790		
Cannabis	7,9	7,7	18,6	5,34	0,0000
Amphetamine	0,8	1,8	2,1	1,92	0,0549
Ecstasy		5,1	4,3	-0,59	0,5553
LSD	0,2	1,3	1,0	1,93	0,0532
Opiate <sup>1</sup>	0,1	0,3		-1,16	0,2470
Kokain	1,2 8,3	0,7	3,9	3,04	0,0024 0,0000
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	0,3	8,4	18,8	5,32	0,0000
15 bis 17 Jahre	105	278	268		
Cannabis	9,1	7,6	23,9	3,94	0,0001
Amphetamine	1,2	3,0	1,9	0,49	0,6210
Ecstasy		7,2	2,3	-2,60	0,0094
LSD	1,9	0,8	1,6	-0,19	0,8508
Opiate <sup>1</sup>	0,7	0,3	0,4	-0,40	0,6877
Kokain	1,9	0,3	3,2	0,82	0,4135
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	9,7	8,4	24,3	3,81	0,0001
18 bis 29 Jahre	483	388	346		
Cannabis	9,8	8,4	23,4	4,56	0,0000
Amphetamine	1,3	1,6	2,6	1,15	0,2512
Ecstasy		6,5	5,4	-0,51	0,6129
LSD	0,1	2,1	1,3	2,17	0,0301
Opiate <sup>1</sup>	0,2	0,3		-1,13	0,2600
Kokain	1,6	0,3	6,0	2,77	0,0057
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	10,3	9,6	24,1	4,58	0,0000
30 bis 39 Jahre	208	126	176		
Cannabis	5,5	6,2	13,7	2,77	0,0056
Amphetamine		1,6	1,8	1,71	0,0871
Ecstasy		1,6	3,7	0,93	0,3516
LSD			0,7	1,00	0,3157
Opiate <sup>1</sup>		0,4		-0,50	0,6190
Kokain	0,4	1,6	2,4	1,53	0,1273
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	5,5	6,2	13,7	2,77	0,0056
40 bis 59 Jahre		268	369		
Cannabis		0,2	1,3	1,61	0,1086
Amphetamine					
Ecstasy					
LSD					
Opiate <sup>1</sup>					
Kokain			 1 2	 1 61	 0.4006
Illegale Drogen insgesamt		0,2	1,3	1,61	0,1086

Heroin, Methadon oder andere Opiate
 Ohne die Substanzen Ecstasy und Crack, die 1990 nicht erhoben wurden

Trends 1990-2000 93

Tabelle 58: 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen 1990-2000 für West- und Ostberlin

Westberlin	1990	1995	2000	Testwert	Р
Gesamt: 15 bis 39 Jahre	658	476	405		
Cannabis	11,3	8,8	20,0	3,08	0,0021
Amphetamine	1,3	1,7	2,4	1,13	0,2595
Ecstasy		6,8	4,6	-1,07	0,2834
LSD	0,3	2,0	1,6	1,84	0,0654
Opiate <sup>1</sup>	0,2	0,5		-1,55	0,1201
Kokain	1,9	0,6	4,2	1,82	0,0694
Illegale Drogen insgesamť	11,7	10,0	20,0	2,91	0,0036
15 bis 17 Jahre	96	165	125		
Cannabis	14,6	9,7	31,6	2,87	0,0041
Amphetamine	1,9	3,4	3,0	0,48	0,6334
Ecstasy		11,5	3,0	-2,72	0,0065
LSD	3,1	1,0	1,8	-0,59	0,5521
Opiate <sup>1</sup>	1,1			-1,01	0,3147
Kokain	3,1	0,5	6,0	0,97	0,3329
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	15,6	10,2	31,6	2,68	0,0075
18 bis 29 Jahre	417	239	176		
Cannabis	14,1	10,3	20,8	1,54	0,1245
Amphetamine	2,1	2,3	2,7	0,36	0,7226
Ecstasy		9,5	6,6	-0,90	0,3667
LSD	0,2	3,2	2,1	2,17	0,0298
Opiate <sup>1</sup>	0,3	0,5		-1,08	0,2808
Kokain	2,6	0,2	6,8	1,71	0,0865
Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	14,9	12,2	20,8	1,38	0,1692
				_	_
Ostberlin				Testwert	Р
Ostberlin  Gesamt: 15 bis 39 Jahre	127	316	385	Testwert	Р
-					0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre	127 2,3 	316 5,9 1,9	385 16,3 1,7	5,44 2,14	
Gesamt: 15 bis 39 Jahre Cannabis	2,3	5,9 1,9	16,3	5,44	0,000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine	2,3	5,9	16,3 1,7	5,44 2,14	0,0000 0,0327
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy	2,3	5,9 1,9 2,7	16,3 1,7 3,8	5,44 2,14 0,57	0,0000 0,0327 0,5659
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD	2,3	5,9 1,9 2,7 0,4	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup>	2,3	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1	16,3 1,7 3,8 0,1	5,44 2,14 0,57 1,48	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain	2,3    	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup> 15 bis 17 Jahre	2,3    2,3	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup> 15 bis 17 Jahre  Cannabis	2,3    2,3	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine	2,3   2,3 9	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup> 15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy	2,3   2,3 9	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD	2,3   2,3 9	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Opiate¹	2,3   2,3 9	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD	2,3   2,3 9	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup> 15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain	2,3   2,3 9	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup> 15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate <sup>1</sup> Kokain Illegale Drogen insgesamt <sup>2</sup>	2,3   2,3 9     66	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5 0,5  6,6	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  18 bis 29 Jahre	2,3   2,3 9    	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5 0,5  6,6 149	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444  0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  18 bis 29 Jahre  Cannabis	2,3   2,3 9     66 2,7	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5 0,5  6,6 149 5,5 0,6	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7 170 27,2 2,4	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444  0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  18 bis 29 Jahre  Cannabis Amphetamine	2,3   2,3 9     66 2,7	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5 0,5  6,6 149 5,5 0,6 1,9	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444  0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  18 bis 29 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Cannabis	2,3   2,3 9     66 2,7	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5 0,5  6,6 149 5,5 0,6	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7 170 27,2 2,4 3,8	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444  0,0000
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  18 bis 29 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy	2,3   2,3 9     66 2,7	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5  6,6 149 5,5 0,6 1,9 0,6	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7 170 27,2 2,4 3,8 	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444  0,0000 0,0504 0,3223 0,2077
Gesamt: 15 bis 39 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  15 bis 17 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Kokain Illegale Drogen insgesamt²  18 bis 29 Jahre  Cannabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Connabis Amphetamine Ecstasy LSD Opiate¹ Opiate¹ Cannabis Opiate¹ Cannabis Opiate¹	2,3   2,3 9     66 2,7	5,9 1,9 2,7 0,4 0,1 1,5 6,1 113 5,5 2,5 3,0 0,5 0,5  6,6 149 5,5 0,6 1,9 0,6 	16,3 1,7 3,8 0,1 0,1 3,5 17,1 143 14,8 0,6 1,4 1,4 0,8  15,7 170 27,2 2,4 3,8 	5,44 2,14 0,57 1,48 1,02 2,81 5,68 4,71 0,53 -0,81 1,36 0,95  4,84 5,89 1,96 0,99 1,26	0,0000 0,0327 0,5659 0,1381 0,3072 0,0050 0,0000 0,5955 0,4207 0,1738 0,3444  0,0000 0,0504 0,3223 0,2077

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Heroin, Methadon oder andere Opiate <sup>2</sup> Cannabis, Amphetamine, LSD, Opiate, Kokain

### Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft

Für die Personen ohne Drogenerfahrung zeigen die Abbildungen 23 bis 25 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.

Bei den Jugendlichen 15 bis 17-jährigen Drogenunerfahrenen ist für Cannabis bei zunehmend leichterer Beschaffbarkeit die Verdreifachung der Probierbereitschaft zwischen 1990 und 1995 besonders auffällig (Abbildung 21). Während die Probierbereitschaft für Kokain über den Zeitraum etwa gleich bleibt (etwa 1%), hat die Beschaffbarkeit von Kokain von 1990 (7,7%) nach einem Abfall im Jahr 1995 (2,4%) im Jahr 2000 wieder auf 9,5% weiter zugenommen. Ein ähnlicher Verlauf ist für die Beschaffbarkeit von Opiaten zu beobachten. Ein kleiner, aber leicht ansteigender Anteil (von 0,7% auf 1,5%) der Jugendlichen wären bereit, Opiate zu konsumieren (Abbildung 23). Ähnliche Verläufe von Probierbereitschaft und Beschaffbarkeit illegaler Drogen finden sich auch bei den 18 bis 29-Jährigen (Abbildung 24). Lediglich die Probierbereitschaft von Cannabis hat 2000 im Vergleich zu 1995 wieder etwas abgenommen.

Im Altersbereich von 30 bis 39 Jahren hat sich die Probierbereitschaft der Drogenunerfahrenen für Cannabis zwischen 1995 und 2000 in etwa halbiert, Kokain und Opiate sind zu allen Messzeitpunkten wenig attraktiv (Abbildung 25). Die Beschaffbarkeit der illegalen Drogen wird dagegen 2000 von einem viel größeren Anteil als leicht eingeschätzt als 1990 und 1995.

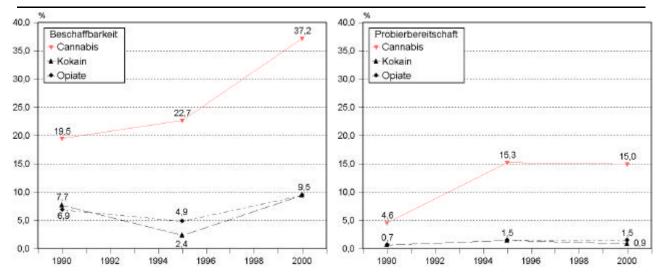


Abbildung 23: Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 15 bis 17-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000

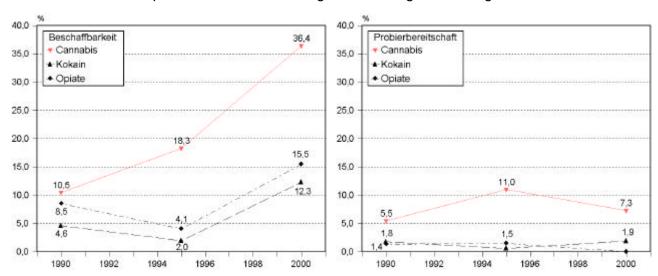


Abbildung 24: Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 18 bis 29-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000

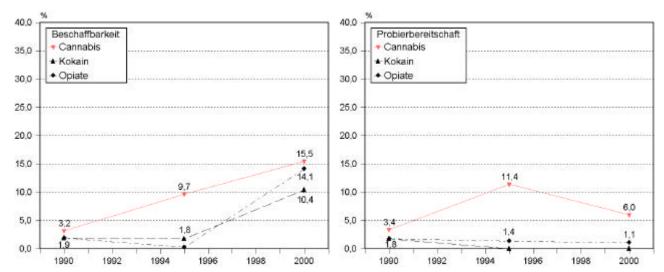


Abbildung 25: Einschätzung der Beschaffbarkeit und Probierbereitschaft von Cannabis, Kokain und Opiaten bei 30 bis 39-Jährigen ohne Drogenerfahrung 1990-2000

## 8.3 Alkohol

## Fragebogen

In allen Erhebungen wurde eine Liste von Getränken vorgegeben und gefragt, wie häufig diese Getränke in etwa konsumiert werden. Als Antwortkategorie waren 1990 "Nie", "Einmal im Monat und seltener", "Mehrmals im Monat", "Mehrmals 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 Atersgruppen zwischen 1990 und 2000 beziehen sich die Trendvergleiche zur Konsumprävalenz und Konsumfrequenz auf die Altergruppen 15-17, 18-29, 30-39 und 40-59 Jahre, für Vergleiche zwischen den Geschlechtern wegen der relativ geringen Fallzahlen in den einzelnen Altersgruppen auf die 15 bis 39-Jährigen. Wegen der Aufgliederung von Spirituosen in "Cocktails, Liköre, Wermut" und "Hochprozentige alkoholische Getränke" im Fragebogen von 1990 wird der Trendvergleich der Konsumfrequenz für Spirituosen ab 1995 vorgenommen.

### Prävalenz des Konsums

In den Abbildungen 26 bis 28 sind die Prävalenzen der alkoholischen Getränke Bier, Wein/Sekt und Spirituosen für verschiedene Altersklassen und nach Geschlecht dargestellt. Am höchsten sind in der letzten Erhebung die Prävalenzen von Bier bei den 15 bis 39-jährigen Männern (ca. 82%), deutlich weniger gleichaltrige Frauen (ca. 57%) haben Bier konsumiert. Die Prävalenz von Sekt/Wein liegt bei den 15 bis 39-jährigen Frauen etwas höher (85,3%) als bei den Männern (80,5%). Deutlich mehr Männer (73,1%) als Frauen (55,2%) im Alter zwischen 15 und 39 Jahren konsumieren Spirituosen (Abbildungen 26, 27 und 28, rechts). Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Prävalenz von Bier und Spirituosen bei den Männern kaum verändert. Bei Wein/Sekt erfolgte jedoch nach einem Rückgang zwischen 1990 und 1995 von ca. 86% auf ca. 77% ein erneuter Anstieg auf das Niveau von 1990. Bei den Frauen ist dagegen bei allen drei Getränkesorten ein starker Rückgang in den Jahren 1990 bis 1995 und ein Anstieg der Prävalenz in den letzten fünf Jahren zu verzeichnen.

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen (Abbildungen 26 bis 28, links), so ist bei den jüngeren Altersgruppen (15 bis 17-Jährige und 18 bis 29-Jährige) einheitlich der Uförmige Verlauf der Prävalenzen mit einem Rückgang von 1990 bis 1995 und einem Anstieg seit 1995 zu erkennen. Bei den älteren Altersgruppen bleiben die Prävalenzen entweder auf hohem Niveau in etwa stabil oder nehmen sogar noch zu.

## Konsumfrequenz

Für einen Vergleich der durchschnittlichen Konsumfrequenz pro Monat für Bier, Wein/Sekt und Spirituosen eigenen sich die Antwortkategorien "Mehrmals pro Monat, aber höchstens einmal pro Woche" und "Mehrmals pro Woche". Die Trendvergleiche (1990-2000) nach Geschlecht (für 15 bis 39-Jährige) und nach Altersgruppen sind in den Abbildungen 29 bis 31 dargestellt. Der Anteil der 15 bis 39-jährigen Männer, die mehrmals pro Monat oder mehrmals pro Woche Bier tranken, verharrte von 1990 bis 2000 gleich bleibend auf einem Niveau von etwas über 60% (Abbildung 29). Bei den 15 bis 39-jährigen Frauen zeigt sich ein U-förmiger Verlauf mit Konsumfrequenzen (mehrmals pro Monat/Woche) von 29,1% 1990, 13,6%% 1995 und 25,8% in der aktuellen Befragung, der auf den Rückgang der Prävalenz mehrmaligen Trinkens pro Monat zwischen 1990 und 1995 und einem erneuten Anstieg bis 2000 zurückzuführen ist. Diesen Uförmigen Verlauf findet man bei einem Vergleich der einzelnen Altersgruppen auch bei den unter 30-Jährigen. Bei den Älteren berichtete hingegen zu jedem Messzeitpunkt in etwa jeder Zweite, mehrmals pro Monat oder mehrmals pro Woche Bier zu trinken.

Bei beiden Geschlechtern gaben bei der letzten Erhebung etwa 45% der 15 bis 39-Jährigen an, mehrmals pro Monat oder öfter Wein zu trinken. Während dieser Anteil bei den Frauen in allen Untersuchungen in etwa unverändert blieb, ist bei den Männern ein sprunghafter Anstieg zwischen 1995 und 2000 zu beobachten (Abbildung 30). Die Muster in den einzelnen Altersgruppen sind sehr unterschiedlich: Bei den 15 bis 17-Jährigen halbierte sich die Prävalenz zwischen 1990 und 1995 und blieb dann auf dem Niveau von etwa 15%. Bei den jungen Erwachsenen betrug der Prävalenzwert immer um die 40%, dagegen stieg er bei den 30 bis 39-Jährigen im Verlauf von 10 Jahren und bei den 40 bis 59-Jährigen im Verlauf von 5 Jahren um etwa 10 Prozentpunkte auf 55% bzw. 53%.

Konsumfrequenzen von Spirituosen (Abbildung 31) lassen sich aufgrund der Umgestaltung des Fragebogens erst ab 1995 vergleichen. Während jeweils etwa 12% der 15 bis 39-jährigen Frauen mehrmals pro Monat oder öfter Spirituosen tranken, waren es bei den Männern 1995 32,9% und 2000 27,4%. Dieser Rückgang resultierte aus einem Rückgang der Prävalenz mehrmaligen Konsums pro Monat. Bei der letzten Erhebung gaben 17,0% der Jugendlichen, 19,1% der jungen Erwachsenen, 20,5% der 30 bis 39-Jährigen sowie 23,4% der 40 bis 59-Jährigen an, mehrmals pro Monat oder mehrmals pro Woche Spirituosen zu trinken. Im Vergleich zu 1995 ist damit bei den Jugendlichen ein Anstieg, bei den jungen Erwachsenen gleichbleibende Tendenz und ein Rückgang bei den Älteren zu verzeichnen. Wie in Abbildung 31 zu erkennen ist, findet sich mehrmaliger Konsum pro Woche bei den über 30-Jährigen deutlich häufiger als bei den Jüngeren.

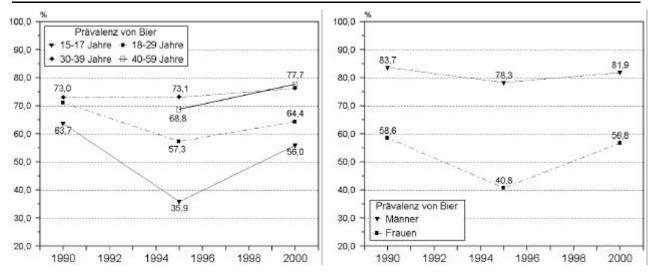


Abbildung 26: Prävalenz des Bierkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000

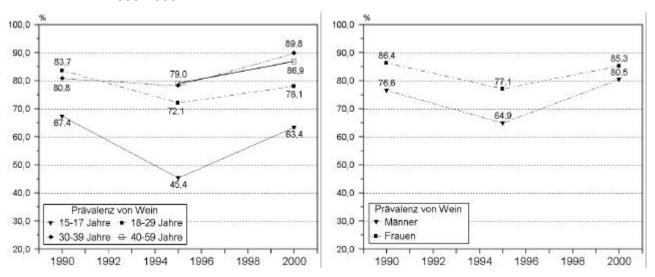


Abbildung 27: Prävalenz des Weinkonsums nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000

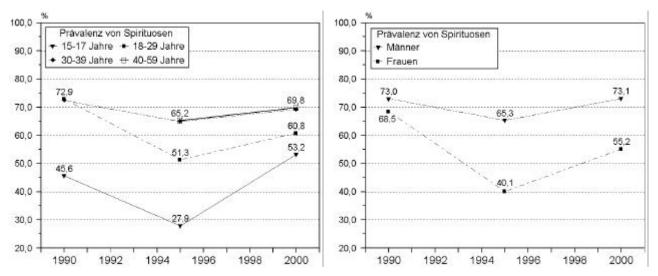
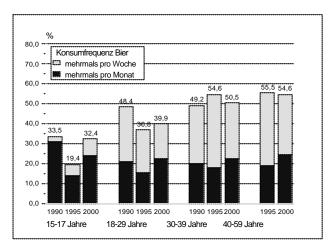


Abbildung 28: Prävalenz des Konsums von Spirituosen nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1995-2000



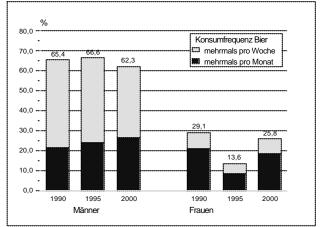
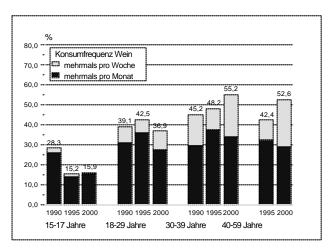


Abbildung 29: Konsumfrequenz von Bier nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000



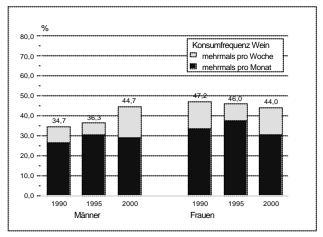
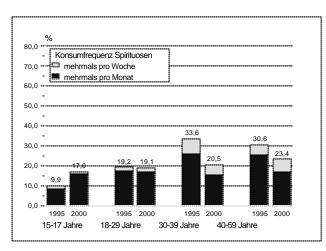


Abbildung 30: Konsumfrequenz von Wein nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000



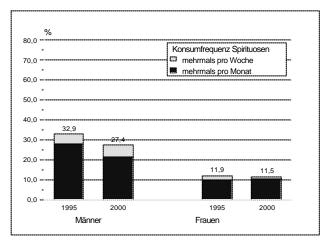


Abbildung 31: Konsumfrequenz von Spirituosen nach Alter bzw. Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1995-2000

Tabelle 59: Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier und Wein/Sekt 15 bis 39-Jähriger nach Geschlecht 1990-2000

		(	Gesam	nt				Männe	r		Frauen				
	90	95	00	Test- wert	Р	90	95	00	Test- wert	Р	90	95	00	Test- wert	Р
Bier	26,6	24,2	22,1	-1,53	.1252	44,0	42,8	36,0	-1,70	.0884	8,3	5,4	7,3	-0,48	.6345
Wein/Sekt	10,9	7,2	14,7	1,57	.1167	8,1	6,1	15,6	2,29	.0222	13,9	8,3	13,7	-0,14	.8892

Tabelle 60: Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier und Wein/Sekt 15 bis 39-Jähriger nach Alter 1990-2000

		15 - 17 Jahre  90 95 00 Test-					18	- 29 Ja	hre			30	- 39 Ja	hre	
•	90	95	00	Test- wert	Р	90	95	00	Test- wert	Р	90	95	00	Test- wert	Р
Bier	2,7	5,6	8,3	2,32	.0206	27,4	21,2	17,4	-2,70	.0070	29,5	36,8	28,2	-0,29	.7700
Wein/Sekt	2,6	1,2	0,3	-1,71	.0865	8,2	6,6	9,5	0,42	.6771	15,9	10,8	21,3	1,35	.1770

Tabelle 59 und Tabelle 60 geben Auskunft, inwiefern die häufige Konsumfrequenz (mehrmals pro Woche) von Bier und Wein/Sekt über das letzte Jahrzehnt überzufällig gestiegen oder gefallen ist. Beim häufigen Bierkonsum finden sich sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den jungen Erwachsenen signifikante Ergebnisse. Während die Prävalenzwerte bei den Jugendlichen kontinuierlich gestiegen sind, ist bei den jungen Erwachsenen ein Rückgang zu beobachten. Insgesamt zeigt sich bei den 15 bis 39-Jährigen ein leichter aber nicht signifikanter Rückgang der Prävalenz häufigen Bierkonsums von 26,6% auf 22,1% im Verlauf der letzten 10 Jahre.

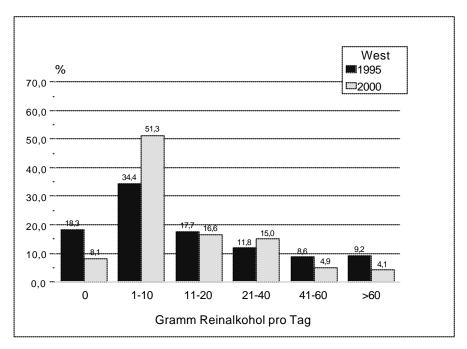
Der häufige Konsum von Wein und Sekt ist bei den 15 bis 39-Jährigen zwischen 1990 und 1995 von 10,9% auf 7,2% gefallen und anschließend auf 14,7% gestiegen. Zwar ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang in der ersten Hälfte der 90er Jahre mit einem anschließenden Anstieg zu beobachten. Während bei den Frauen aber die Werte von 1990 und 2000 in etwa gleich sind, beträgt bei den Männern der Prävalenzwert von 2000 fast das Doppelte des Wertes von 1990. Dies schlägt sich in einem signifikanten Testergebnis (p<0,05) nieder.

#### Konsumintensität

Bei den im Durchschnitt pro Tag konsumierten Mengen an Reinalkohol treten 2000 im Unterschied zu 1995/96 kaum noch Ost-West-Unterschiede auf (Abbildung 32). Lediglich die Abstinenzquote ist auch 2000 mit 8,1% im Westen deutlich höher als im Osten mit 4,6%. Auffallend ist in beiden Regionen der Unterschied in den beiden niedrigsten Kategorien (0 g und 1-10 g) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Während sich die Abstinenzquote deutlich verringerte, stieg der Anteil derer mit einem Konsum von 1 bis 10 g deutlich an.

Dementsprechend unterscheiden sich die Prävalenzen mindestens ris kanten Konsums in den beiden Regionen bei der letzten Erhebung kaum (Abbildung 33). Der größte Unterschied zeigt sich bei den Jugendlichen, bei denen die 15- bis 17-Jährigen Westberliner mit 14,7% in etwa auf dem gleichen Niveau wie die Westberliner jungen Erwachsenen liegen, die 15- bis 17-jährigen Ostberliner dagegen einen Prävalenzwert von 10,2% aufweisen. Gravierender als die Ost-West-Unterschiede sind die Differenzen zwischen den beiden Erhebungen. Im Vergleich zu 1995/96 ist bei den Jugendlichen in beiden Regionen ein starker Zuwachs des mindestens riskanten Alkoholkonsums zu verzeichnen. Dagegen nahmen bei den 18- bis 29-Jährigen sowie den 30- bis 39-Jährigen die Prävalenzwerte in beiden Regionen stark ab. Bei den Ältesten zeigt sich im Osten ein vergleichsweise geringer Rückgang von 29,9% auf 22,9%, im Westen berichtete zu beiden Erhebungszeitpunkten jeder Vierte dieser Altersgruppe mindestens riskanten Alkoholkonsum.

Ein starker Rückgang der Abstinenzrate seit Mitte der 90er Jahre wurde in der Bundesstudie (Kraus & Augustin, 2001) ebenfalls festgestellt. Bei beiden Geschlechtern halbierten sich die Abstinenzquoten zwischen 1997 und 2000 (Männer: 1997: 9,0%, 2000: 4,8%; Frauen: 1997: 13,4%, 2000: 6,2%). Der im Vergleich dazu noch stärkere Rückgang in Westberlin und die im Vergleich zu den anderen Stadtstaaten Hamburg und Bremen hohe Abstinenzquote der 18- bis 59-Jährigen in den Bundesstudien 1995 und 1997 (Berlin: 12,8%, Bremen: 3,0%, Hamburg: 8,0%; Bühringer et al., 2000) könnte darauf zurückzuführen sein, dass in 1995/96 in Berlin zufällig überdurchschnittlich viele Alkoholabstinente erhoben wurden. Allerdings zeigten sich in der 1997 durchgeführten Aufstockung der Bundesstudie in Hamburg ebenfalls auffallend hohe Abstinenzquoten (Bühringer et al., 2000).



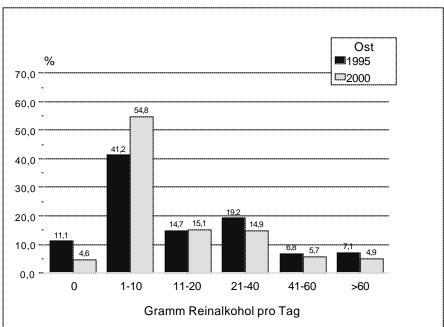
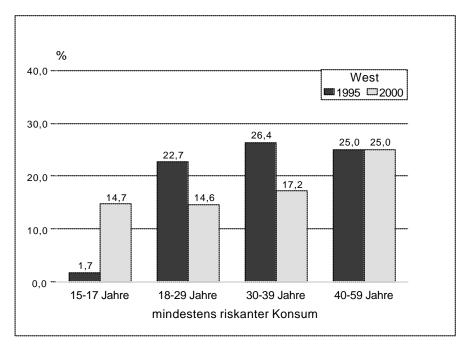


Abbildung 32: Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) bei 15 bis 39-jährigen in Gramm Reinalkohol pro Tag in West- und Ostberlin 1995-2000



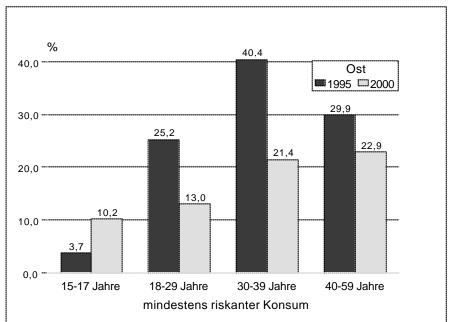


Abbildung 33: Alkoholkonsum (letzte 12 Monate) von durchschnittlich mehr als 30 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen in West- und Ostberlin 1995-2000

#### 8.4 Tabak

## Fragebogen

Die Prävalenzwerte des Rauchens in den letzten 30 Tagen und des starken Zigarettenkonsums können für die Jahre 1990, 1995 und 2000 verglichen werden. Für die Vergleiche mit den Vorjahren werden starke Raucher anders definiert als in Abschnitt 6.3, 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 34 zu erkennen ist, sind die 30-Tage-Prävalenzen des Rauchens bei den 15-39-jährigen Männern kontinuierlich von 58% auf zuletzt 43% zurückgegangen (p<0,01, Tabelle 61). Bei den Frauen ist der Anteil nach einem stärkeren Rückgang zwischen 1990 und 1995 von 43,4 auf 36,9% wieder größer geworden (40,2%). Der Rückgang der 30-Tage-Prävalenzrate in den letzten zehn Jahren ist nur bei den Erwachsenen zu verzeichnen und dort insbesondere bei den jüngeren Erwachsenen (p<0,01, Tabelle 62). Der Anteil der 15 bis 17jährigen Raucher ist zwischen 1990 und 2000 mit über 30% in etwa stabil geblieben (Abbildung 35).

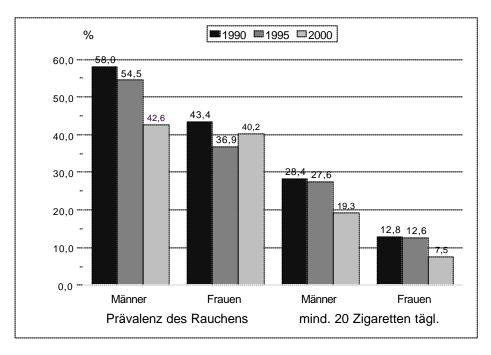


Abbildung 34: 30-Tage-Prävalenz des Rauchens und starken Rauchens nach Geschlecht (15 bis 39-Jährige) 1990-2000

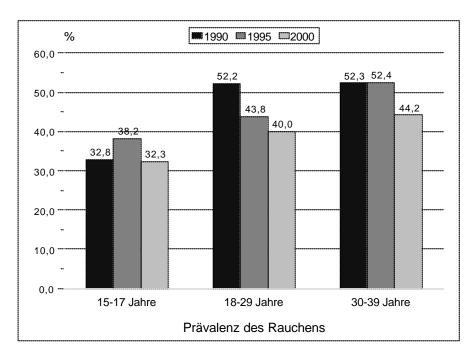


Abbildung 35: 30-Tage-Prävalenz des Rauchens nach Alter 1990-2000

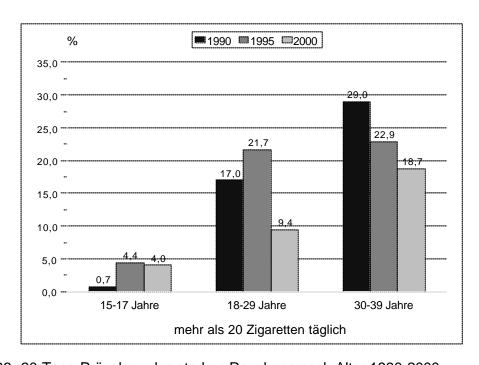


Abbildung 36: 30-Tage-Prävalenz des starken Rauchens nach Alter 1990-2000

#### 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 33, p<0,05, Tabelle 63). Während 1990 noch jeder zweite Befragte als starker Raucher eingestuft wurde (58,0% der Männer und 43,4% der Frauen), waren es 2000 nur noch etwas über 40% (42% der Männer und 40,2% der Frauen). Der Rückgang des Anteils der starken Raucher ist wiederum nur in den erwachsenen Altersgruppen zu beobachten (Abbildung 36, p<0,05, Tabelle 64). Der Anteil bei den Jugendlichen ist dagegen von 1990 bis 1995 von 0,7% auf 4,4% gestiegen und blieb dann auf diesem Niveau (p<0,05, Tabelle 64).

Tabelle 61: Prävalenz des Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Geschlecht 1990-2000

			Gesan	nt			N	/länner				ŀ	rauen		
	1990	1995	2000	Test- wert	Р	1990	1995	2000	Test- wert	Р	1990	1995	2000	Test- wert	Р
	781	792	784			380	399	329			401	393	455		
Raucher	50,9	45,8	41,4	-2,97	.0030	58,0	54,5	42,6	-3,32	.0009	43,4	36,9	40,2	-0,78	.4369

Tabelle 62: Prävalenz des Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Alter 1990-2000

		15	– 17 Ja	ahre			18 -	29 Jal	nre			30 -	· 39 Jal	nre	
	1990	1995	2000	Test- wert	Р	1990	1995	2000	Test- wert	Р	1990	1995	2000	Test- wert	Р
	105	278	265			481	388	344			195	126	175		
Raucher	32,8	38,2	32,3	-0,07	.9481	52,2	43,8	40,0	-3,00	.0027	52,3	52,4	44,2	-1,54	.1227

Tabelle 63: Prävalenz starken Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Geschlecht 1990-2000

			Gesan	nt			N	/lännei				i	rauen		
	1990 1995 2000 Test- wert				Р	1990 1995 2000 Test- P				Р	100			Test- wert	Р
	778	792	772			378	399	323			400	393	449		
mind. 20 Zi- garetten/Tag	20,8	20,1	13,6	-2,83	.0047	28,4	27,6	19,3	-2,20	.0281	12,8	12,6	7,5	-1,99	.0471

Tabelle 64: Prävalenz starken Rauchens 15 bis 39-Jähriger nach Alter 1990-2000

		15	– 17 Ja	ahre			18 -	29 Ja	hre			30 -	· 39 Jal	nre	
	1990	1995	2000	Test- wert	Р	1990	1995	2000	Test- wert	Р	1990	1995	2000	Test- wert	Р
	104	278	263			480	388	340			194	126	169		
mind. 20 Zi- garetten/Tag	0,7	4,4	4,0	2,22	.0266	17,0	21,7	9,4	-2,33	.0196	29,0	22,9	18,7	-2,25	.0243

Diskussion 107

# 9 Diskussion

Mit der Repräsentativerhebung Berlin 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. Vergleiche mit früheren Querschnittsuntersuchungen erlauben Trendaussagen über einen Zeitraum von zehn Jahren.

Repräsentativerhebungen sind immer mit Fehlern behaftet, die aus unterschiedlichen Quellen resultieren. Der Stichprobenfehler ergibt sich durch den Verzicht auf eine Vollerhebung. Untersuchungsmerkmale wie z.B. die Drogenerfahrung oder das 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 Jubiläumszahleneffekt (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. Zwar lässt sich in diesem Fall die Differenz zu dem aus den Verbrauchszahlen errechneten Pro-Kopf-Konsum angeben, jedoch kann nicht angegeben werden, ob sich die Tendenz zu sozial erwünschten Angaben auf alle Bevölkerungsgruppen gleich verteilt.

Da selbst kleine Anderungen im Erhebungsinstrument einen großen Einfluss auf die Angaben haben können (Groves, 1989), wurde beim Vergleich verschiedener Querschnittserhebungen darauf geachtet, möglichst gleichlautende Fragen heranzuziehen. Obwohl der Wechsel der Grundgesamtheit (bis 1990 wurden deutsche Staatsbürger und ab 1995 die deutschsprechende 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 Berlin bei 34,6%. Hochgerechnet auf die Berliner Wohnbevölkerung (WB) sind dies 420.000 Männer und 320.000 Frauen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt die Lebenszeitprävalenz illegalen Drogenkonsums in Berlin West und Ost um mehr als 15 Prozentpunkte höher (Kraus & Augustin, 2001). Über die letzten zehn Jahre ist ein deutlicher Anstieg der Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen zu verzeichnen. Bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) ist die Prävalenz von ca. 12% (1990) auf aktuell 30% gestiegen, bei den jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) von etwa 20% (1990) auf jetzt rund 50%. Auch bei den 30 bis 39-Jährigen ist in den letzten zehn Jahren eine Steigerung zu beobachten (von 24% auf 42%). Dies entspricht vergleichbaren Steigerungen in anderen Bundesländern (Kraus, Augustin & Tschernich, 2001; Kraus, Augustin & Müller-Kalthoff, 2001) sowie auf Bundesebene (Kraus & Augustin, 2001).

Die zu beobachtende Zunahme der Prävalenz illegaler Drogen ist in erster Linie eine Folge der Zunahme des Cannabiskonsums. Die 12-Monats-Prävalenz hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Bei den unter 30-Jährigen ist sie von etwa 9-10% (1990) auf 24% (2000) gestiegen. Vor dem Hintergrund angestiegener Cannabisprävalenzen aus Selbstangaben sind Beobachtungen aus anderen Datenquellen zu diskutieren. Berlinspezifische Prognosen hinsichtlich der Entwicklung des Konsums illegaler Substanzen sind aus dem Früherkennungssystem für Drogentrends in Berlin abzuleiten, das anhand von Experteninformationen und Interviews mit Angehörigen aus Konsumentengruppen und deren qualitativer Auswertung Hypothesen zu Drogentrends in Berlin zur Verfügung stellt (Kraus, Domes & Ritz, 2000; Kraus & Domes, 2001). Die Hypothese, die von einer Zunahme des Cannabiskonsums unter Jugendlichen ausgeht, konnte mit den vorliegenden Daten bestätigt werden. Laut Kriminalstatistik stieg die Anzahl der Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis von 1997 bis 1998 um 20,3% und von 1998 bis 1999 um weitere 8,3% (Bundeskriminalamt, 2000). Eine Zunahme cannabisinduzierter Störungen wird aus der Behandlungsstatistik berichtet. Die Zahl der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis war im Jahr 1999 um fast 29% höher als ein Jahr zuvor (Türk & Welsch, 2000).

Seit den ersten Anzeichen eines Ecstasy-Booms in Westdeutschland Anfang bis Mitte der 90er Jahre hat sich Ecstasy bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur beliebtesten illegalen Droge nach Cannabis entwickelt (Kraus & Bauernfeind, 1998b, BZgA, 1998, Speck & Reimers, 1999, Kraus, Scherer & Bauernfeind, 1998, Schuster & Wittchen, 1998). Auch in Berlin im Jahr 2000 zählt Ecstasy zu den aktuell mit am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Im letzten Jahr haben insgesamt 2,4% der Befragten Ecstasy genommen (ausschließlich Konsumenten im Alter von 15 bis 39 Jahren). Allerdings sind die Prävalenzen für Kokainkonsum in etwa genauso hoch (insgesamt 2,3%) und verteilen sich ebenfalls auf die Altersgruppen 15 bis 39 Jahre. Die Erkenntnisse des Früherkennungssystems wonach (Kraus, Domes & Ritz, 2000) die Verbreitung des Ecstasykonsums stagniert bzw. unter den Jugendlichen sogar abnimmt, bestätigen sich bei einem Vergleich der Repräsentativerhebungen in Berlin von 1995/95 und 2000. Der Konsum von Kokain hat dagegen über die letzten fünf Jahre zugenommen. Inwiefern frühere Ecstasykonsumenten heute eher Kokain zu sich nehmen würden, erlauben die querschnittlichen Daten nicht auszusagen.

Diskussion 109

Psylocibinhaltige Pilze fallen erst seit dem 1. Februar 1998 unter das Betäubungsmittelgesetz, aktuelle Zahlen zum Umfang des Gebrauchs lagen daher kaum vor. Lediglich bei einer 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 Schülern in allgemeinbildenden Schulen zeigt, dass der Konsum von halluzinogenen Pilzen gerade bei Jugendlichen weit verbreitet und deshalb nicht zu vernachlässigen ist. Die Schätzungen aus der vorliegenden Studie bestätigen diese Tendenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: 3,5% der 15 bis 17-Jährigen, 6,6% der 18 bis 24-Jährigen und 8,9% der 25 bis 29-Jährigen berichten über Erfahrungen mit halluzinogenen Pilzen.

Eine lediglich leichte Zunahme des aktuellen Konsums von Amphetaminen bei jungen Erwachsenen und das Gleichbleiben der Prävalenz unter den Jugendlichen zeigt, dass der vom Früherkennungssystem angenommene Anstieg von Amphetaminen bzw. Metaamphetaminen in bestimmten Szenen (Kraus, Domes & Ritz, 2000) für die Normalbevölkerung nicht zutrifft.

Die Schätzung für Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome wurde 2000 auf die 15 bis 59-jährige Bevölkerung Berlins bezogen. Es wurden 12-Monats-Prävalenzen für Abhängigkeit von 1,2% (WB: 26.000) und Missbrauch von 1,5% (WB: 33.000) ermittelt. Die höchsten Werte mit 5,8% Abhängigen zeigen sich bei den 15 bis 17-Jährigen, gefolgt von den 25 bis 29-Jährigen mit einer Prävalenz von 3,9%. Die 18 bis 24-Jährigen haben mit 4,7% den größten Anteil an Drogenmissbrauch. Die Häufigkeit einer Missbrauchsdiagnose in Berlin liegt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (0,3%) fünf Mal so hoch, die Häufigkeit einer Abhängigkeitsdiagnose doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (0,6%).

#### **Alkohol**

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 7,0% der Frauen und 6,6% der Männer 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 17,1% der befragten Männer und 10,7% der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum. Über der Grenze für gefährlichen Konsum lagen 6,4% der Männer und 1,9% der Frauen. Hochkonsum zeigten 1,3% der Männer und 0,2% der Frauen. Bei beiden Geschlechtern waren kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen zu beobachten. Der riskante und gefährliche Konsum ist unter Berlinern etwas häufiger verbreitet als im Bundesdurchschnitt (Riskant: 13,9% vs. 11,7%, Gefährlich: 4,2% vs. 3,9%). Der Hochkonsum ist gleich weit verbreitet (0,7% in Berlin und im Bundesdurchschnitt).

Die Indikatoren des Alkoholkonsums (Prävalenz des Konsums und Konsumhäufigkeit) weisen im Zehn- bzw. Fünf-Jahresvergleich auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Bezüglich der Verbreitung des Bier- und Spirituosenkonsums sind für Männer im Zehn-Jahresvergleich keine wesentlichen Veränderungen festzustellen. Bei Wein und Sekt erfolgte jedoch nach einem Rückgang zwischen 1990 und 1995/96 ein erneuter Anstieg auf das Niveau von 1990 (etwa 85%). Bei den Frauen ist dagegen bei allen drei Getränkesorten ein starker Rückgang zwischen 1990 und 1995/96 und ein Anstieg in den letzten fünf Jahren zu beobachten. Die getränkespezifischen Prävalenzen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nahmen ebenfalls nach einem Rückgang bis Mitte der 90er Jahre wieder deutlich zu. Bei den älteren Altersgruppen blieben die Prävalenzen stabil oder nahmen sogar noch zu.

Der Anteil der 15 bis 39-Jährigen mit mehrmaligem Bierkonsum pro Woche hat zwischen 1990 und 2000 etwas abgenommen, was v. a. auf einen Rückgang unter den Männern zurückzuführen ist. Dagegen hat der häufige Konsum von Wein und Sekt, wiederum insbesondere bei den Männern zugenommen. Blickt man auf die Altersgruppen, sind die Prävalenzen häufigen Bierkonsums bei Jugendlichen gestiegen (von 2,7% 1990 auf 8,3% 2000), bei den jungen Erwachsenen ist dagegen ein Rückgang zu beobachten (von 27,4% 1990 auf 17,4% 2000). Beim häufigem Weinkonsum zeigt sich bei den Jugendlichen ein Rückgang von 2,6% 1990 auf 0,3% 2000.

Neben den gesundheitlichen Schäden spielen auch andere Risiken im Zusammenhang mit Akohol 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 4,2% (WB: 92.000) der Befragten (7,2% der Männer, 1,1% der Frauen) eine Missbrauchsdiagnose nach DSM-IV. Mit 9,6% 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 4,3% (WB: 93.000) der Befragten (7,5% der Männer, 0,9% der Frauen). Mit 7,3% ist der Anteil der Personen mit einer Abhängigkeitsdiagnose bei den 25 bis 29-Jährigen am größten. Bei den 50 bis 59-Jährigen, unter denen der Alkoholkonsum in gefährlichen Mengen am weitesten verbreitet ist, liegt die Abhängigkeitsprävalenz dagegen bei 2,6%. Es wird vermutet, dass junge Erwachsene z.B. Folgen exzessiven Konsums wie Kopfschmerzen und Übelkeit als Entzugssymptome missinterpretieren (Bailey, 1999; Caetano, 1999). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erfüllen in Berlin jeweils etwa 1 Prozentpunkt mehr Befragte die Diagnose Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (3,3% Missbrauch und 3,1% Abhängigkeit im Bundesdurchschnitt). Der Unterschied ist v.a. auf die erhöhte Prävalenz bei Männern in Berlin zurückzuführen.

Diskussion 111

#### 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 geben 15,9% (WB: 340.000) 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. Die 12-Monats-Prävalenz der Einnahme psychoaktiver Medikamente beläuft sich auf 47,5% und entspricht in etwa dem des Bundesdurchschnitts (47,7%). Damit hat fast die Hälfte aller Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens ein psychoaktives Medikament genommen. Allgemein zeigt sich, dass ältere Personen einen häufigeren Medikamentenkonsum berichten als jüngere Erwachsene und jüngere Frauen einen häufigeren Konsum als jüngere Männer. Bei den älteren Respondenten zeigen sich kaum Geschlechtsunterschiede bei der 12-Monats-Prävalenz oder der Prävalenz der häufigen Einnahme in den letzten 30 Tagen. In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung nahmen ca. 11,9% der Befragten mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel, bei allen anderen Substanzen lagen die Anteile unter 2,6%.

Mit dem Diagnostikinstrument DSM-IV (Saß et al., 1998) wurde erstmals Medikamentenabhängigkeit von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern ermittelt. Eine Abhängigkeit nach DSM-IV wurde bei 3,6% (WB: 77.000) der Befragten (4,7% der Frauen) festgestellt. Tendenziell wurde die Abhängigkeitsdiagnose eher bei älteren Befragten gestellt, den Spitzenwert erreichten die 50 bis 59-Jährigen mit 5,4%. Die 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit liegt im Bundesdurchschnitt bei 3,1% und damit unter der Prävalenz Berlins.

Schmerzmittel fielen mit einer 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit von 2,7% 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 Beruhigungs- und Schlafmitteln mit 1,1% bzw. 0,6% im Vergleich zur geringeren Verbreitung des Konsums überraschend hoch. Eine Abhängigkeit von Appetitzüglern wurde trotz der am weitesten verbreiteten Einnahme bei jüngeren Frauen außer bei 0,5% der Frauen im Alter von 50 bis 59 Jahren in keiner Altersgruppe 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" (7,1%). Im Zentrum des Interesses stehen beim DSM-IV jedoch die beiden Kriterien "Toleranzentwicklung" und "Entzugssymptome", die auf eine körperliche Abhängigkeit hindeuten. Sie wurden mit 2,7% bzw. 3,6% relativ häufig genannt.

Als weiteres Instrument, um auch diejenigen Personen zu erfassen, die zwar die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit nicht erfüllen, aber dennoch bestimmte Abhängigkeits- oder Missbrauchsmuster aufweisen, wurde der Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl et al., 1991) eingesetzt. In der Literatur ist dazu bisher wenig bekannt. Die Autoren selbst berichten zwar eine hohe Reliabilität und Validität, die Etablierung der Testgüte an einer repräsentativen Stichprobe steht aber noch aus. Die erhobenen Prozentwerte stimmen mit denen aus dem DSM-IV sowohl hinsichtlich der Rangfolge unter den Altersgruppen als auch im Geschlechterverhältnis überein. 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 suchtunspezifisch) 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 liegt in Berlin im Jahr 2000 bei 38,0% (WB: 820.000), der Anteil der Männer fällt mit 40,7% (WB: 450.000) höher aus als der der Frauen (35,2%, WB: 370.000). Die höchsten Raucherquoten finden sich in der Attersgruppe der 30 bis 39-Jährigen (44,2%). Rauchen ist erfreulicherweise bei den Erwachsenen nicht mehr so populär wie noch vor zehn Jahren. Der Anteil der 18- bis 29- Jährigen und der 30-bis 39-Jährigen hat über die letzten zehn Jahre kontinuierlich von 52% auf 40% bzw. 44% im Jahr 2000 abgenommen. Bei den Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) ist der Anteil der Raucher zwischen 1990 und 1995/96 gestiegen und danach wieder auf mittlerweile 32,3% abgefallen.

Der Anteil starker Raucher mit einem Zigarettenkonsum von durchschnittlich mindestens 20 Zigaretten täglich beläuft sich auf 41,4% aller Raucher (WB: 310.000). Männliche Raucher sind mit 53,6% fast doppelt so häufig starke Raucher als Raucherinnen mit 27,3%. Ebenso wie die Raucherquote ist auch der Anteil starker Raucher unter den jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) und in der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen deutlich zurückgegangen. Dies gilt nicht für die Jugendlichen (15 bis 17 Jahre), auch wenn der Anteil der Jugendlichen im Jahr 2000 mit 4,0% deutlich unter den Anteilen der Erwachsenen bleibt.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind in Berlin mehr Raucher (38,0% vs. 34,8%) und weniger Exraucher (18,5% vs. 22,5%) anzutreffen, obwohl in Berlin die weniger rauchenden Jugendlichen Teil der Stichprobe sind. Auch der Anteil an starken Rauchern unter den Rauchern ist in Berlin höher als im Bundesdurchschnitt (41,4% vs. 35,3%).

Diskussion 113

Um Nikotinabhängigkeit zu erfassen, wurden im vorliegenden Fragebogen zwei verschiedene Instrumente mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung eingesetzt, zum einen der Fagerström Test (FTND; Heatherton et al., 1991) und zum anderen die Abhängigkeitskriterien nach DSM-IV (Saß et al., 1998). Der FTND befasst sich vorwiegend mit körperlicher Abhängigkeit von Nikotin. Nach Breslau und Johnson (2000) sprechen bereits vier oder mehr Punkte im FTND für eine starke Nikotinabhängigkeit. Einen Score von vier oder mehr Punkten erreichen in der aktuellen Studie 38,8% der befragten Raucher, Männer mit 44,3% deutlich häufiger als Frauen mit 32,6%. Ein größerer Anteil an Nikotinabhängigen ist gerade unter den älteren Rauchern und Raucherinnen zu beobachten, was darauf hindeuten könnte, dass der Grad der Abhängigkeit zunimmt, je länger geraucht wird. Die Ergebnisse des FTND eignen sich besonders gut für Abstinenzprognosen (Breslau & Johnson, 2000). Eine Abstinenz wird umso unwahrscheinlicher, je höher der Score im FTND liegt.

Einen anderen Ansatz verfolgt das internationale Klassifikationssystem DSM-IV zur Erfassung psychischer Störungen. Nach Meyer et al. (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. Insgesamt erfüllen 11,0% (WB: 240.000) aller Befragten in Berlin die Kriterien der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV, dies sind etwas mehr als in der Bundesstudie, in der 8% aller befragten Deutschen als nikotinabhängig im Sinne des DSM-IV eingestuft werden. Parallel zur Raucherprävalenz erzielen auch bei der Nikotinabhängigkeit die jungen Erwachsenen besonders hohe Werte (18 bis 24 Jahre: 11,7%, 25 bis 29 Jahre: 16,8%). Bedenklich ist der ebenfalls hohe Wert bei den Jugendlichen (17,9%).

Bezieht man die Anteile der Nikotinabhängigen nach DSM-IV nur auf die Population der aktuellen Raucher – insgesamt werden davon 26% als nikotinabhängig diagnostiziert – und vergleicht die Zahlen mit den Ergebnissen aus dem FTND, so findet man widersprüchliche Aussagen. Demnach ist der Anteil der nach DSM-IV Nikotinabhängigen bei den Jüngeren besonders hoch und sinkt mit zunehmendem Alter, während die Anteile der deutlich Abhängigen im FTND bei Männern mit zunehmendem Alter immer höher liegen bzw. bei Frauen einen U-förmigen Verlauf nehmen. 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 im Bereich Akohol zu beobachten (Kraus & Bauernfeind, 1998b; Grant, 1997; Holly et al., 1997).

Die Änderungsbereitschaft wurde in dieser Studie nach dem Modell von Prochaska und DiClemente (1992) erfasst. 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. Es lassen sich 62,0% der Raucher und Exraucher und 90,0% der aktuellen Raucher den frühen Stufen des Modells (Absichtslosigkeit und Absichtsbildung) zurechnen, die als diejenigen mit der geringsten Wahrscheinlichkeit zur Verhaltensänderung gelten und für die es bislang kaum gezielte Interventionsprogramme gibt. Nach einer Studie von Rumpf et al.

(1998) in der Region Lübeck befanden sich ca. 95% aller Raucher in einer dieser beiden Stufen.

Personen, die erfolglos versucht haben, das Rauchen aufzugeben, geben häufiger an, Hilfsangebote in Anspruch genommen zu haben, als Personen, die erfolgreich gewesen sind (40,9% vs. 20,4%). Weit oben rangieren bei denjenigen, die erfolgreich das Rauchen aufgegeben haben, die Unterstützung durch das soziale Umfeld (13,5%) sowie Bücher, Broschüren, Kassetten, CDs und Videos als Hilfsmittel (2,9%) und Akupunktur oder Akupressur (2,7%). Allerdings haben prozentual mindestens genau so viele Raucher diese Hilfsmittel angewandt, bei denen der Aufhörversuch erfolglos endete. Aufgefordert aufzuhören wurden von Familie und Freunden etwa ein Viertel bis ein Drittel der Raucher und Exraucher.

Im Durchschnitt sind die Berliner Nicht- und Exraucher etwa neun Stunden in der Woche Zigarettenrauch ausgesetzt. Am häufigsten sind sie in der Freizeit (77,6%) und auf der Arbeit (56,8%) und weniger zu Hause (18,2%) dem Passivrauchen ausgeliefert. Nur 15,6% fühlen sich durch den Rauch nicht gestört und mehr als ein Drittel versucht, das Passivrauchen zu vermeiden.

Literaturverzeichnis 115

# Literaturverzeichnis

Bailey, S.L. (1999). The measurement of problem drinking in young adulthood. *Journal of Studies on Al-cohol, 60,* 234-244.

- Batra, A. (2000). *Tabakabhängigkeit Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und The-rapiemöglichkeiten*. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 97. Darmstadt: Steinkopff.
- 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.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1998). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (in Druck). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2000/01. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Caetano, R. (1999). The identification of alcohol dependence criteria in the general population. *Addiction*, 94, 255-267.
- De Leeuw, E.D. (1992). Data quality in mail, telephone, and face to face surveys. Amsterdam: TT-Publikaties.
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A. & Drop, M.J. (1997). Inconsistencies in adolescents' self-reports of initiation of alcohol and tobacco use. *Addictive Behaviors*, 22, 613-623.
- Etter, J.-F. & Perneger, Th.,V. (1999). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction, 94,* 1881-1889.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, *3*, 235-241.
- Graham, K. & Vidal-Zeballos, D. (1998). Analyses of use of tranquillizers and sleeping pills across five surveys of the same population (1985-1991): the relationship with gender, age and use of other substances. *Social Science and Medicine*, 46, 381-395.
- Grant, B. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*, 464-473.
- Groves, R.M. (1989). Survey errors and survey costs. New York: John Wiley & Sons.
- Harkin, A.M., Anderson, P. & Goos, C. (1997). Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction,* 86, 1119-1127.
- Herbst, K., 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. (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).
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998a). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin 1995/96. IFT-Berichte, Bd. 90. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998b). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht, 44* (Sonderheft 1).
- 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., Bauernfeind, R. & Herbst, K. (1998). Hat sich das Alter des Erstkonsums illegaler Drogen verschoben? Survivalanalyse retrospektiver Querschnittsdaten 1980-1995. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27, 20-29.
- Kraus, L. & Domes, R. (2001). An early detection system for drug trends in Berlin: Results from an expert study. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), *Illicit Drugs* (pp.177-190). Studien Verlag.
- Kraus, L. & Domes, R. & Ritz, F. (2000). Früherkennungssystem für Drogentrends in Berlin (FESDT): Phase II Hypothesenprüfung. IFT-Berichte, Bd. 115. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Scherer, K. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg 1997. IFT-Berichte Bd. 97. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J. & Bühringer, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. Sucht, 46, 32-53.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76-87). Bern: Huber.
- Little, R.J.A. (1992). Regression with missing X's: A review. *Journal of the American Statistical Association*, 87, 1227-1237.
- 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.
- Maffli, E. & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz.* Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Melchinger, H., Schnabel, R. & Wyns, B. (1992). *Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängig-keitspotential*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12. Baden-Baden: Nomos.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000a). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt, 71*, 535-542.
- Ohayon, M.M., Caulet, M., Priest, R.G. & Guilleminault, C. (1998). Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*, 273-283.
- Oxley, S. (1997). Tabakabhängigkeit Diagnostische Kriterien und prognostische Valenz psychometrischer Methoden zur Erfassung der Stärke der Abhängigkeit für eine langfristige Abstinenz. Inaugural-Dissertation, Universität Tübingen.
- Perkonigg, A., Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, C.B. & Pfister, H. (1997). Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnose und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26, 247-257.
- Pfeiffer, T. & Simon, R. (2000). *Jahresbericht 1999 problematisch gebrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter 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.
- Reißig, M. (1991). Jugend und Suchtmittel. In W. Friedrich & H. Griese (Hrsg.), *Jugend und Jugendforschung in der DDR* (S. 201-209). Opladen: Leske & Budrich.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (1998). Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. *Gesundheitswesen, 60,* 592-597.

Literaturverzeichnis 117

- Rustin, T.A. (2000). Assessing nicotine dependence. American Family Physician, 62, 579-584.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien DSM-IV.* Hogrefe: Göttingen.
- Schnell, R. (1997). Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Opladen: Leske + Budrich.
- Shah, B., Bernwell, B. & Bieler, G. (1997). *SUDAAN User's Manual, Release 7.5.* Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Simon, R., Bühringer, G. & Wiblishauser, P. M. (1991). Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Speck, A. & Reimers, S. (1999). *Epidemiologie des Drogenkonsums schleswig-holsteinischer Jugendlicher.* Kiel: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein.
- Strecker, H. (1995). Ein Beitrag zu Fehlern in statistischen Erhebungen. Der Netto- und Bruttofehler sowie Beispiele für besondere Fehlerursachen. *Allgemeines Statistisches Archiv*, 79, 402-424.
- Türk, D. & Welsch, K. (2000). EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland und SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 46, Sonderheft 1.
- Uhl, A. & Springer, A. (1996). Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Repräsentativerhebung 1993/94. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- 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. & Zieglgänsberger, S. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview* (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95). München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wittchen, H.-U., Essau, C.A., Zerssen, D., von Krieg, C.J. & Hecht, H. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 241, 247-258.