

Daniela Piontek
Elena Gomes de Matos
Josefine Atzendorf
Ludwig Kraus

**Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in
Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen.
Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015**

Substance use and indicators of clinically relevant use in
Bavaria, Hamburg, Hesse, North Rhine-Westphalia, Saxony and Thuringia.
Results of the 2015 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Januar 2017

München 2017
IFT-Berichte Bd. 189
IFT-Reports Vol. 189

**Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in
Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen.
Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015¹**

Substance use and indicators of clinically relevant use in
Bavaria, Hamburg, Hesse, North Rhine-Westphalia, Saxony and Thuringia.
Results of the 2015 Epidemiological Survey of Substance Abuse

Daniela Piontek
Elena Gomes de Matos
Josefine Atzendorf
Ludwig Kraus

IFT Institut für Therapieforschung, München

¹Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit BMG (AZ: IIA5-2514DSM200) und die Gesundheitsministerien der teilnehmenden Bundesländer (s. S. 175)

Reihe IFT-Berichte

Band Nr. 189

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung

(Verantwortlich: Prof. Dr. Ludwig Kraus)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Kraus, L., Piontek, D., Seitz, N.-N., & Schoeppe, M. (2016). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern* (IFT-Berichte Bd. 188). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Gomes de Matos, E., Pabst, A., & Piontek, D. (2014). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 186). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2014). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin* (IFT-Berichte Bd. 185). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Suchthilfestatistik 2012. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen* (IFT-Berichte Bd. 187). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Steppan, M., Pfeiffer-Gerschel, T., & Künzel, J. (2011). *Jahresbericht 2010 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (IFT-Berichte Bd. 184). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kostenloses Herunterladen der pdf-Datei ist möglich von der Webseite des IFT: www.ift.de

ISSN 0937-034X

Copyright 2017 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

Tel.: 089/360804-0 (Zentrale), Fax: 089/360804-49, E-mail: ift@ift.de, Web-Site: <http://www.ift.de>

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	11
Vorwort.....	15
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Bayern	16
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Hamburg	18
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Hessen.....	20
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Nordrhein-Westfalen	22
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Sachsen	24
Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Thüringen.....	26
1 Einleitung	29
2 Methodik	31
2.1 Design und Stichprobenziehung	31
2.2 Durchführung der Feldarbeiten.....	32
2.3 Instrumente	33
2.3.1 Soziodemographie	33
2.3.2 Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten.....	33
2.3.3 Substanzkonsum	33
2.3.4 Hinweise auf klinisch relevanten Konsum	34
2.4 Datenmanagement.....	35
2.5 Auswertung.....	35
2.6 Realisierte Stichprobe.....	35
2.7 Ausschöpfung	36
2.8 Gewichtung.....	38
2.9 Repräsentativität	38
2.10 Trends	40

3	Tabak	43
3.1	Die Situation im Jahr 2015	43
3.1.1	30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums	43
3.1.2	30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten)	44
3.1.3	Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)	45
3.1.4	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum (Konsumenten)	46
3.1.5	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND	47
3.2	Trends 1980 bis 2015	48
3.2.1	30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums	48
3.2.2	30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten)	51
3.2.3	Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)	54
3.2.4	30-Tage-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND	57
3.3	Schwerpunkt E-Zigarette	60
3.3.1	Bekanntheit	60
3.3.2	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten	61
3.3.3	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten	62
3.3.4	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten	63
3.3.5	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten (Konsumenten)	64
3.3.6	Einschätzung der Gefahren von E-Zigaretten	65
4	Alkohol	67
4.1	Die Situation im Jahr 2015	67
4.1.1	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums	67
4.1.2	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten)	68
4.1.3	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten)	69
4.1.4	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)	70
4.1.5	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Konsumenten)	71
4.1.6	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT	72
4.2	Trends 1995 bis 2015	73
4.2.1	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums	73
4.2.2	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten)	76
4.2.3	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten)	79
4.2.4	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)	82
4.2.5	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT	85

5	Illegale Drogen	89
5.1	Die Situation im Jahr 2015	89
5.1.1	12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge	89
5.1.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis	90
5.1.3	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin	91
5.1.4	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy	92
5.1.5	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD	93
5.1.6	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiate	94
5.1.7	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack	95
5.1.8	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Cannabiskonsum (Konsumenten)	96
5.1.9	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS	97
5.1.10	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Kokain nach SDS	98
5.1.11	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen/Methamphetamin nach SDS	99
5.2	Trends 1990 bis 2015	100
5.2.1	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis	100
5.2.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen)	103
5.2.3	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy	106
5.2.4	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD	109
5.2.5	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten	112
5.2.6	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack	115
5.2.7	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS	118
5.3	Sonderauswertung Methamphetamin	121
5.3.1	Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin	121
5.3.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin	122
5.3.3	30-Tage-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin	123
5.3.5	Reiner Methamphetaminkonsum	124
5.3.6	12-Monats-Frequenz des Konsums von Methamphetamin (Konsumenten)	124
5.3.7	12-Monats-Prävalenz der Hinweise auf klinisch relevanten Konsum von (Meth)Amphetamin	125
5.4	Sonderauswertung neue psychoaktive Substanzen	126
5.4.1	Lebenszeit-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen	126
5.4.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen	127
5.4.3	30-Tage-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen	128
5.4.4	Konsumierte Substanzform (Konsumenten)	129
5.4.5	12-Monats-Frequenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen (Konsumenten)	130
5.4.6	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen (Konsumenten)	131

6	Medikamente	133
6.1	Die Situation im Jahr 2015	133
6.1.1	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln.....	133
6.1.2	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln	134
6.1.3	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln	135
6.1.4	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern	136
6.1.5	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva	137
6.1.6	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika	138
6.1.7	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika	139
6.1.8	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments	140
6.1.9	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln	141
6.1.10	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.....	142
6.1.11	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln.....	143
6.1.12	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern.....	144
6.1.13	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva.....	145
6.1.14	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika.....	146
6.1.15	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika.....	147
6.1.16	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Konsumenten)	148
6.1.17	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten).....	149
6.1.18	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumenten)	150
6.1.19	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM	151
6.2	Trends 1995 bis 2015.....	152
6.2.1	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln.....	152
6.2.2	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln	155
6.2.3	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten).....	158
6.2.4	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM	161

7	Diskussion	165
7.1	Tabak und E-Zigaretten.....	165
7.2	Alkohol	167
7.3	Illegale Drogen	169
7.3.1	Methamphetamin.....	169
7.3.2	Neue psychoaktive Substanzen	170
7.4	Medikamente	171
7.5	Methodische Diskussion	173
7.6	Schlussfolgerungen.....	174
8	Förderhinweis.....	175
9	Literatur	177
Anhang		185

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Angestrebte Fallzahlen der Aufstockung des ESA 2015 in den Bundesländern, n	31
Tabelle 2-2:	Realisierte Stichprobe nach Erhebungsmodus in den Bundesländern, n	36
Tabelle 2-3:	Bruttorealisierung in den Bundesländern, n (%)	37
Tabelle 2-4:	Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den Bundesländern	38
Tabelle 2-5:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Bayern und Hamburg, %	39
Tabelle 2-6:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Hessen und Nordrhein-Westfalen, %	39
Tabelle 2-7:	Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Sachsen und Thüringen, %	39
Tabelle 2-8:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern, Hamburg und Hessen 1980 – 2015, n	41
Tabelle 2-9:	Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen 1980 – 2015, n	42
Tabelle 3-1:	30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland	43
Tabelle 3-2:	30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	44
Tabelle 3-3:	Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Anzahl Zigaretten pro Tag	45
Tabelle 3-4:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	46
Tabelle 3-5:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Alter und Bundesland	47
Tabelle 3-6:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland	50
Tabelle 3-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	53
Tabelle 3-8:	Trends der durchschnittlichen Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Anzahl Zigaretten pro Tag	56
Tabelle 3-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Alter und Bundesland	59
Tabelle 3-10:	Bekanntheit von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland	60
Tabelle 3-11:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland	61
Tabelle 3-12:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland	62
Tabelle 3-13:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland	63

Tabelle 3-14:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	64
Tabelle 4-1:	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland.....	67
Tabelle 4-2:	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten).....	68
Tabelle 4-3:	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	69
Tabelle 4-4:	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Gramm pro Tag	70
Tabelle 4-5:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	71
Tabelle 4-6:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Alter und Bundesland	72
Tabelle 4-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland	75
Tabelle 4-8:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	78
Tabelle 4-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	81
Tabelle 4-10:	Trends der durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Gramm pro Tag	84
Tabelle 4-11:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Alter und Bundesland.....	87
Tabelle 5-1:	12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzen) nach Alter und Bundesland	89
Tabelle 5-2:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland.....	90
Tabelle 5-3:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Alter und Bundesland.....	91
Tabelle 5-4:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland	92
Tabelle 5-5:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland	93
Tabelle 5-6:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Alter und Bundesland	94
Tabelle 5-7:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland	95
Tabelle 5-8:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Cannabiskonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	96
Tabelle 5-9:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Alter und Bundesland	97
Tabelle 5-10:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Kokain nach SDS nach Alter und Bundesland	98

Tabelle 5-11:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen/Methamphetamin nach SDS nach Alter und Bundesland.....	99
Tabelle 5-12:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland	102
Tabelle 5-13:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen (Aufputschmitteln) nach Alter und Bundesland	105
Tabelle 5-14:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland	108
Tabelle 5-15:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland	111
Tabelle 5-16:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland	114
Tabelle 5-17:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland	117
Tabelle 5-18:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Alter und Bundesland	120
Tabelle 5-19:	Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland	121
Tabelle 5-20:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland	122
Tabelle 5-21:	30-Tage-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland	123
Tabelle 5-22:	Konsumfrequenz der Methamphetamin-Konsumenten (12 Monate) nach Bundesland: Fallzahlen	124
Tabelle 5-23:	Personen mit Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von (Meth-) Amphetamin	125
Tabelle 5-24:	Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland	126
Tabelle 5-25:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland	127
Tabelle 5-26:	30-Tage-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland	128
Tabelle 5-27:	Form der konsumierten neuen psychoaktiven Substanzen nach Bundesland (Konsumenten)	129
Tabelle 5-28:	12-Monats-Frequenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen nach Bundesland (Konsumenten): Fallzahlen	130
Tabelle 6-1:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland	133
Tabelle 6-2:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland	134

Tabelle 6-3:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland	135
Tabelle 6-4:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland	136
Tabelle 6-5:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland	137
Tabelle 6-6:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland	138
Tabelle 6-7:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland.....	139
Tabelle 6-8:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland	140
Tabelle 6-9:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland	141
Tabelle 6-10:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland	142
Tabelle 6-11:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland	143
Tabelle 6-12:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland	144
Tabelle 6-13:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland	145
Tabelle 6-14:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland	146
Tabelle 6-15:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland	147
Tabelle 6-16:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	148
Tabelle 6-17:	30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten) nach Alter und Bundesland.....	149
Tabelle 6-18:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Alter und Bundesland	151
Tabelle 6-19:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland	154
Tabelle 6-20:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland	157
Tabelle 6-21:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Konsumenten).....	160
Tabelle 6-22:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Alter und Bundesland	163

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1:	30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland	43
Abbildung 3-2:	30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	44
Abbildung 3-3:	Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	45
Abbildung 3-4:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	46
Abbildung 3-5:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Geschlecht und Bundesland	47
Abbildung 3-6:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige).....	49
Abbildung 3-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige).....	52
Abbildung 3-8:	Trends der durchschnittlichen Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)	55
Abbildung 3-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	58
Abbildung 3-10:	Bekanntheit von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland	60
Abbildung 3-11:	Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland	61
Abbildung 3-12:	12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland	62
Abbildung 3-13:	30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland	63
Abbildung 3-14:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	64
Abbildung 3-15:	Einschätzung der Gefahren von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland	66
Abbildung 4-1:	30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland	67
Abbildung 4-2:	30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	68
Abbildung 4-3:	30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	69
Abbildung 4-4:	Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	70
Abbildung 4-5:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	71

Abbildung 4-6:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland	72
Abbildung 4-7:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	74
Abbildung 4-8:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18-59-Jährige)	77
Abbildung 4-9:	Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	80
Abbildung 4-10:	Trends der durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18-59-Jährige)	83
Abbildung 4-11:	Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland	86
Abbildung 5-1:	12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzen) nach Geschlecht und Bundesland	89
Abbildung 5-2:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland	90
Abbildung 5-3:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland	91
Abbildung 5-4:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland	92
Abbildung 5-5:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland	93
Abbildung 5-6:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Geschlecht und Bundesland	94
Abbildung 5-7:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland	95
Abbildung 5-8:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Cannabiskonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	96
Abbildung 5-9:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Geschlecht und Bundesland	97
Abbildung 5-10:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Kokain nach SDS nach Geschlecht und Bundesland	98
Abbildung 5-11:	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen/ Methamphetamin nach SDS nach Geschlecht und Bundesland	99
Abbildung 5-12:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	101
Abbildung 5-13:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen (Aufputschmitteln) nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	104
Abbildung 5-14:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	107

Abbildung 5-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	110
Abbildung 5-16: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	113
Abbildung 5-17: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	116
Abbildung 5-18: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	119
Abbildung 5-19: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland	121
Abbildung 5-20: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland	122
Abbildung 5-21: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland	123
Abbildung 5-22: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland	126
Abbildung 5-23: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland	127
Abbildung 5-24: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland	128
Abbildung 5-25: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen nach Bundesland	131
Abbildung 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland	133
Abbildung 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland	134
Abbildung 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland	135
Abbildung 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland	136
Abbildung 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland	137
Abbildung 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland	138
Abbildung 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland	139
Abbildung 6-8: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland	140

Abbildung 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland	141
Abbildung 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland	142
Abbildung 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland	143
Abbildung 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland	144
Abbildung 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland	145
Abbildung 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland	146
Abbildung 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland	147
Abbildung 6-16: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten).....	148
Abbildung 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten) nach Geschlecht und Bundesland.....	149
Abbildung 6-18: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumenten) nach Geschlecht und Bundesland	150
Abbildung 6-19: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland	151
Abbildung 6-20: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	153
Abbildung 6-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	156
Abbildung 6-22: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18-59-Jährige)	159
Abbildung 6-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	162

Vorwort

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Studie zum Monitoring des Substanzkonsums und seiner Folgen in Deutschland. Dies beinhaltet zum einen die Abschätzung der aktuellen Situation, wodurch gesundheitspolitisch relevante Problemlagen aufgedeckt werden können. Zum anderen bedeutet dies die Fortschreibung der seit 1980 erhobenen Daten, anhand derer nicht nur kritische Entwicklungen im Substanzkonsum identifiziert sondern auch die Effektivität von Präventionsmaßnahmen evaluiert werden können. Dies erlaubt Aussagen zur Verbesserung der Prävention und gesundheitlichen Versorgung. Informationen aus dem Monitoring sind zudem notwendig, um europäische und internationale Verpflichtungen zur Berichterstattung über die Lage zum Konsumverhalten in Deutschland zu erfüllen.

Bei jeder Erhebung des ESA erhalten die Bundesländer die Möglichkeit, sich an einer Aufstockung der Stichprobe zu beteiligen, welche repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums und damit verbundener Probleme ermöglicht. Im Jahr 2015 haben sich mit Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen erstmals sechs Bundesländer an dieser Zusatzerhebung beteiligt. Dies erlaubt eine umfassende Darstellung und Diskussion der verschiedenen erfassten Indikatoren in unterschiedlichen Regionen Deutschlands. Der vorliegende Bericht beschreibt das Studiendesign und die Methodik der Studie in den Bundesländern und stellt die Ergebnisse zum Substanzkonsum in den Ländern und der Bunderhebung gegenüber. Die Daten bieten eine gute Grundlage für die Planung und Umsetzung effektiver, zielorientierter Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention schädlichen Substanzgebrauchs.

November 2016

Dr. Daniela Piontek

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Bayern

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum (klinisch relevanten) Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2015 hat sich der Freistaat Bayern an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 1,908 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 57.1 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Bayern leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit

- **363,000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **1,339,000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **476,000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **1,532,000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem **klinisch relevanten Substanzkonsum** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind

- **573,000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **1,403,000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **97,000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **177,000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 26.3 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 22.7 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (25.6 % vs. 10.7 %). Ein klinisch relevanter Tabakkonsum nach FTND wurde bei 7.1 % der Befragten geschätzt (Männer: 8.1 %, Frauen: 6.2 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten. Auch der klinisch relevante Konsum ist im Vergleich zu früheren Erhebungen signifikant zurückgegangen.

Insgesamt 12.0 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 12.2 %, Frauen: 11.8 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 2.9 % der Männer und 2.4 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Bayern hatten 76.0 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (81.0 % vs. 70.8 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 23.9 % der männlichen und 20.0 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 42.9 % der männlichen und 16.5 % der weiblichen Konsumenten. Nach den Kriterien des AUDIT wurden bei 17.4 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist seit 1995 signifikant zurückgegangen. Im Vergleich zum Jahr 2003 zeigte sich jedoch ein signifikanter Anstieg des episodischen Rauschtrinkens unter Alkoholkonsumenten. Der klinisch relevante Konsum blieb bei Männern stabil und stieg bei Frauen an.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 6.8 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 5.9 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 7.2 %, Frauen: 4.7 %). Für 1.2 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2012 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis.

Bayernweit berichteten 1.1 % der Befragten (Männer: 0.9 %, Frauen: 1.2 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.5 % unter Männern und 0.3 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 2.2 % der Befragten (Männer: 2.4 %, Frauen: 2.0 %). In den letzten 12 Monaten hatten 1.0 % der Männer und 0.4 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Knapp die Hälfte (48.6 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 41.9 %, Frauen: 55.5 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 38.5 %, Frauen: 52.7 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 37.3 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein klinisch relevanter Gebrauch von Medikamenten lag bei 5.0 % der Männer und 6.4 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs. Nutzer von Schmerzmitteln zeigten jedoch einen zunehmenden wöchentlichen Gebrauch. Keine Veränderungen konnten in Bezug auf den klinisch relevanten Gebrauch beobachtet werden.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Hamburg

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum (klinisch relevanten) Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2015 hat sich Hamburg an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 1,121 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 53.1 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Hamburg leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit

- **52,000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **185,000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **131,000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **191,000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem **klinisch relevanten Substanzkonsum** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind

- **99,000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **246,000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **28,000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **29,000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 30.1 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 27.7 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (17.8 % vs. 13.6 %). Ein klinisch relevanter Tabakkonsum nach FTND wurde bei 8.6 % der Befragten geschätzt (Männer: 7.5 %, Frauen: 9.6 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens zu beobachten, seit 2003 auch ein Rückgang des starken Rauchens. Auch der klinisch relevante Konsum ist im Vergleich zu früheren Erhebungen signifikant zurückgegangen.

Insgesamt 16.3 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 16.5 %, Frauen: 16.1 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 3.8 % der Männer und 2.2 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Hamburg hatten 74.8 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (79.0 % vs. 70.7 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 17.6 % der männlichen und 26.6 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 44.3 % der männlichen und 32.6 % der weiblichen Konsumenten. Nach den Kriterien des AUDIT wurden bei 21.4 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist seit den 1990er Jahren signifikant zurückgegangen. Allerdings ist der riskante Konsum bei Männern seit 2012 angestiegen. Im Vergleich zum Jahr 2003 zeigte sich ein signifikanter Anstieg des episodischen Rauschtrinkens unter Alkoholkonsumenten. Der klinisch relevante Konsum stieg bei Männern und Frauen an.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 12.8 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 11.4 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 13.9 %, Frauen: 8.8 %). Für 2.4 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 1997 zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis.

Hamburgweit berichteten 0.9 % der Befragten (Männer: 0.7 %, Frauen: 1.0 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.2 % unter Männern und 0.7 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 3.9 % der Befragten (Männer: 4.3 %, Frauen: 3.5 %). In den letzten 12 Monaten hatten 1.5 % der Männer und 1.3 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Etwa die Hälfte (50.2 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 41.8 %, Frauen: 58.6 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 40.9 %, Frauen: 55.1 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 32.2 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein klinisch relevanter Gebrauch von Medikamenten lag bei 3.6 % der Männer und 7.4 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs. Bei Männern sank die Prävalenz jedoch im Vergleich zum Jahr 2012. Im Gegensatz dazu ist unter Nutzern von Schmerzmitteln der wöchentliche Gebrauch signifikant angestiegen. In Bezug auf den klinisch relevanten Gebrauch konnte ein Rückgang der Prävalenz beobachtet werden.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Hessen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum (klinisch relevanten) Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2015 hat sich Hessen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 1,146 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 51.8 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Hessen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit

- **185,000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **635,000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **208,000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **685,000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem **klinisch relevanten Substanzkonsum** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind

- **312,000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **770,000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **38,000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **85,000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 34.8 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 20.3 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (20.8 % vs. 13.9 %). Ein klinisch relevanter Tabakkonsum nach FTND wurde bei 8.1 % der Befragten geschätzt (Männer: 11.0 %, Frauen: 5.4 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten. Der klinisch relevante Konsum ist im Vergleich zu früheren Erhebungen bei Frauen signifikant zurückgegangen und bei Männern stabil geblieben.

Insgesamt 13.6 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 18.6 %, Frauen: 8.3 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 5.0 % der Männer und 1.1 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Hessen hatten 72.8 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (77.0 % vs. 68.5 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 26.0 % der männlichen und 19.5 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 50.6 % der männlichen und 21.6 % der weiblichen Konsumenten. Nach den Kriterien des AUDIT wurden bei 20.0 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist seit dem Jahr 2000 signifikant zurückgegangen. Im Vergleich zum Jahr 2003 zeigte sich ein signifikanter Anstieg des episodischen Rauschtrinkens bei weiblichen Alkoholkonsumenten. Der klinisch relevante Konsum blieb bei Männern und Frauen in den letzten Jahren stabil.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 5.9 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 5.4 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 6.8 %, Frauen: 3.9 %). Für 1.0 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zu früheren Erhebungen zeigten sich keine signifikanten Änderungen der Konsumprävalenz von Cannabis.

Hessenweit berichteten 0.7 % der Befragten (Männer: 1.4 %, Frauen: 0.0 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei Männern und Frauen bei 0.0 %. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen berichteten insgesamt 2.3 % der Befragten (Männer: 2.2 %, Frauen: 2.4 %). In den letzten 12 Monaten hatten 0.6 % der Männer und 1.1 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Etwa die Hälfte (49.6 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 42.6 %, Frauen: 56.5 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 37.8 %, Frauen: 54.6 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 36.6 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein klinisch relevanter Gebrauch von Medikamenten lag bei 8.4 % der Männer und 7.3 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs. Im Gegensatz dazu ist unter Nutzern von Schmerzmitteln der wöchentliche Gebrauch signifikant angestiegen. Keine Veränderungen konnten in Bezug auf den klinisch relevanten Gebrauch beobachtet werden.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Nordrhein-Westfalen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum (klinisch relevanten) Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2015 hat sich Nordrhein-Westfalen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 2,000 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 50.1 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Nordrhein-Westfalen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit

- **720,000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **1,439,000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **653,000 Cannabiskonsumern** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **2,380,000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem **klinisch relevanten Substanzkonsum** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind

- **1,273,000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **1,159,000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **111,000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **443,000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 31.7 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 26.2 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (25.0 % vs. 20.1 %). Ein klinisch relevanter Tabakkonsum nach FTND wurde bei 11.5 % der Befragten geschätzt (Männer: 13.7 %, Frauen: 9.4 %). Seit den 1990er Jahren war ein rückläufiger Trend des Rauchens und des starken Rauchens zu beobachten. Auch der klinisch relevante Konsum ist im Vergleich zu früheren Erhebungen signifikant zurückgegangen.

Insgesamt 15.0 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 15.7 %, Frauen: 14.2 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 3.9 % der Männer und 2.8 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Nordrhein-Westfalen hatten 69.2 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (72.6 % vs. 65.9 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 19.1 % der männlichen und 19.2 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 52.4 % der männlichen und 25.4 % der weiblichen Konsumenten. Nach den Kriterien des AUDIT wurden bei 19.5 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum festgestellt. Sowohl die Prävalenz des Alkoholkonsums als auch die Verbreitung des riskanten Konsums ist seit dem Jahr 1995 signifikant zurückgegangen. Im Vergleich zum Jahr 2000 zeigten sich ein signifikanter Anstieg des episodischen Rauschtrinkens bei weiblichen und ein Rückgang bei männlichen Konsumenten. Der klinisch relevante Konsum sank bei Männern und blieb bei Frauen in den letzten Jahren stabil.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 7.9 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 5.9 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 7.6 %, Frauen: 4.2 %). Für 1.0 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 1997 zeigte sich bei Männern ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis, während die Prävalenz bei Frauen stabil blieb.

Landesweit berichteten 0.3 % der Befragten (Männer: 0.6 %, Frauen: 0.1 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.5 % unter Männern und 0.0 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 2.7 % der Befragten (Männer: 2.8 %, Frauen: 2.7 %). In den letzten 12 Monaten hatten 1.3 % der Männer und 1.2 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Etwa die Hälfte (53.8 %) der Personen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 46.9 %, Frauen: 60.6 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 42.6 %, Frauen: 57.8 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 40.8 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein klinisch relevanter Gebrauch von Medikamenten lag bei 10.6 % der Männer und 9.0 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs. Im Gegensatz dazu sind der wöchentliche Gebrauch von Schmerzmitteln unter Nutzern sowie der klinisch relevante Gebrauch von Medikamenten signifikant angestiegen.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Sachsen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum (klinisch relevanten) Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2015 hat sich Sachsen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 2,255 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 60.2 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Sachsen leben in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre derzeit

- **178,000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **528,000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **145,000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **444,000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem **klinisch relevanten Substanzkonsum** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind

- **236,000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **493,000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **36,000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **84,000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 40.4 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 20.8 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (30.5 % vs. 9.9 %). Ein klinisch relevanter Tabakkonsum nach FTND wurde bei 9.6 % der Befragten geschätzt (Männer: 14.7 %, Frauen: 4.3 %). Seit den 1990er Jahren war die Prävalenz des Rauchens und des starken Rauchens bei Frauen stabil. Bei Männern zeigten sich ein Anstieg der Konsumprävalenz seit 2003 und ein Rückgang des starken Rauchens seit 2006. Keine signifikanten Änderungen wurden in Bezug auf den klinisch relevanten Konsum beobachtet.

Insgesamt 12.6 % der Erwachsenen hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 15.7 %, Frauen: 9.2 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 2.4 % der Männer und 1.1 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Sachsen hatten 76.3 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (81.2 % vs. 71.1 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 34.6 % der männlichen und 20.5 % der weiblichen Alkoholkonsumenten. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 46.4 % der männlichen und 15.8 % der weiblichen Konsumenten. Nach den Kriterien des AUDIT wurden bei 19.7 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum festgestellt. Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist seit dem Jahr 1995 signifikant zurückgegangen. Die Verbreitung des riskanten Konsums unter Konsumenten ist im gleichen Zeitraum stabil geblieben. Im Vergleich zum Jahr 1995 zeigte sich ein signifikanter Rückgang des episodischen Rauschtrinkens bei männlichen Konsumenten, wohingegen die Prävalenz bei Frauen unverändert blieb. Der klinisch relevante Konsum zeigte in den letzten Jahren keine signifikanten Änderungen.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 7.4 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 5.6 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 8.0 %, Frauen: 3.1 %). Für 1.4 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zu den 1990er bzw. frühen 2000er Jahren zeigte sich bei Männern und Frauen ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis.

Landesweit berichteten 2.0 % der Personen (Männer: 3.2 %, Frauen: 0.6 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.5 % unter Männern und 0.0 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 3.4 % der Befragten (Männer: 4.1 %, Frauen: 2.7 %). In den letzten 12 Monaten hatten 1.5 % der Männer und 1.3 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Knapp die Hälfte (45.1 %) der 18- bis 64-Jährigen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 36.8 %, Frauen: 53.9 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 33.9 %, Frauen: 50.1 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 40.2 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein klinisch relevanter Gebrauch von Medikamenten lag bei 5.9 % der Männer und 6.8 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs. Im Gegensatz dazu ist der wöchentliche Gebrauch von Schmerzmitteln unter Nutzern signifikant angestiegen. Keine Veränderungen konnten in Bezug auf den klinisch relevanten Gebrauch beobachtet werden.

Kurzfassung: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 für Thüringen

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Die Daten liefern Erkenntnisse zum (klinisch relevanten) Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Die regelmäßig wiederkehrende Erhebung erlaubt zudem Aussagen über zeitliche Trends. Im Jahr 2015 hat sich Thüringen an einer Aufstockung der Stichprobe beteiligt, die zuverlässige Daten über die Konsumsituation in diesem Bundesland liefert. Insgesamt nahmen an der kombinierten schriftlichen, telefonischen sowie im Internet durchgeführten Befragung (Mixed-Modus-Design) 1,541 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren teil. Die Antwortrate betrug 54.0 %.

Die Ergebnisse in Kürze

In Thüringen leben in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre derzeit

- **73,000 starke Raucher** mit einem Konsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **255,000 Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum** von durchschnittlich mindestens 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen
- **55,000 Cannabiskonsumenten** bezogen auf die letzten 12 Monate
- **267,000 Personen mit einem wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch** bezogen auf die letzten 30 Tage

Von einem **klinisch relevanten Substanzkonsum** bezogen auf die letzten 12 Monate betroffen sind

- **119,000 Personen** im Zusammenhang mit **Tabak**
- **261,000 Personen** im Zusammenhang mit **Alkohol**
- **7,000 Personen** im Zusammenhang mit **Cannabis**
- **47,000 Personen** im Zusammenhang mit **Medikamenten**

Tabak

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung rauchten 32.9 % der 18- bis 64-jährigen Männer und 29.5 % der gleichaltrigen Frauen. Unter den Zigarettenrauchern war starkes Rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag) bei Männern häufiger als bei Frauen (22.2 % vs. 12.8 %). Ein klinisch relevanter Tabakkonsum nach FTND wurde bei 8.9 % der Befragten geschätzt (Männer: 10.8 %, Frauen: 6.9 %). Seit den 1990er Jahren war die Prävalenz des Rauchens bei Männern und Frauen stabil. Auch in Bezug auf das starke Rauchen und den klinisch relevanten Konsum waren seit den letzten Erhebungen keine Änderungen zu beobachten.

Insgesamt 12.6 % der Befragten hatten in ihrem Leben schon einmal eine E-Zigarette probiert (Männer: 13.4 %, Frauen: 11.8 %). Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben 3.8 % der Männer und 1.7 % der Frauen den Gebrauch von E-Zigaretten an.

Alkohol

In Thüringen hatten 76.1 % der 18- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern höher lag als unter Frauen (82.1 % vs. 69.7 %). Die Mehrheit der Personen berichtete einen durchschnittlichen Konsum unterhalb der als riskant angesehenen Grenze von 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag. Über diesem gesundheitsgefährdenden Schwellenwert tranken 28.6 % der männlichen und 21.1 % der weiblichen Alkoholkonsumenten Frauen. Episodisches Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag) in den letzten 30 Tagen berichteten 44.5 % der männlichen und 20.0 % der weiblichen Konsumenten. Nach den Kriterien des AUDIT wurden bei 19.6 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum festgestellt. Die Prävalenz des Alkoholkonsums ist bei Männern und Frauen seit dem Jahr 1995 signifikant zurückgegangen. Die Verbreitung des riskanten Trinkens unter Konsumenten ist im gleichen Zeitraum bei Männern zurückgegangen und bei Frauen stabil geblieben. Im Vergleich zum Jahr 1995 zeigte sich ein signifikanter Rückgang des episodischen Rauschtrinkens bei weiblichen Konsumenten, wohingegen die Prävalenz bei Männern unverändert blieb. Der klinisch relevante Konsum zeigte in den letzten Jahren keine signifikanten Änderungen bei Frauen, aber einen Rückgang seit 2009 bei Männern.

Illegale Drogen

Von den 18- bis 64-jährigen Befragten berichteten 5.3 % einen Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten. Mit einer Prävalenz von 4.1 % war Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz (Männer: 5.5 %, Frauen: 2.7 %). Für 0.5 % der Stichprobe konnten Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum festgestellt werden. Im Vergleich zum Jahr 1995 zeigte sich bei Männern ein signifikanter Anstieg der Konsumprävalenz von Cannabis, wohingegen sich bei Frauen keine Änderungen beobachten ließen.

Landesweit berichteten 1.7 % der Befragten (Männer: 1.3 %, Frauen: 2.1 %), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate lag die Prävalenz bei 0.6 % unter Männern und 1.0 % unter Frauen. Erfahrungen mit neuen psychoaktiven Substanzen hatten insgesamt 2.5 % der Befragten (Männer: 2.3 %, Frauen: 2.7 %). In den letzten 12 Monaten hatten 0.7 % der Männer und 1.1 % der Frauen solche Substanzen konsumiert.

Medikamente

Knapp die Hälfte (48.5 %) aller Befragten gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens ein Medikament aus den erhobenen Arzneimittelgruppen (Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika) eingenommen zu haben (Männer: 41.3 %, Frauen: 56.3 %). Schmerzmittel wurden mit Abstand am häufigsten eingenommen (Männer: 37.4 %, Frauen: 52.9 %). Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten haben 42.5 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen. Ein klinisch relevanter Gebrauch von Medikamenten lag bei 5.1 % der Männer und 8.1 % der Frauen vor. Über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 1995 zeigte sich keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs. Im Gegensatz dazu ist unter Nutzern von Schmerzmitteln der wöchentliche Gebrauch signifikant angestiegen. Keine Veränderungen konnten in Bezug auf den klinisch relevanten Gebrauch beobachtet werden.

1 Einleitung

In der Europäischen Union gingen im Jahr 2013 18.2 % aller verlorenen Lebensjahre auf den Konsum von Tabak, 8.2 % auf den Konsum von Alkohol und 1.8 % auf den Konsum illegaler Drogen zurück (Anderson et al., 2016). Trotz eines in Deutschland zu beobachtenden Rückgangs alkohol- und tabakbedingter vorzeitiger Mortalität (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2015; Kraus et al., 2015) bleibt eine erhebliche substanzbedingte Krankheits- und Sterblichkeitsbelastung in der Bevölkerung. Darüber hinaus gehen der Konsum psychoaktiver Substanzen und damit verbundene Störungen auch mit erheblichen öffentlichen Ausgaben einher (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005; García-Altés, Ollé, Antónanzas & Colom, 2002; Hansen, Oster, Edelsberg, Woody & Sullivan, 2011; Mark, Woody, Juday & Kleber, 2001). Die Summe aus direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland wird je nach Berechnungsansatz auf 26 bis 40 Milliarden Euro jährlich geschätzt. In Bezug auf den Tabakkonsum wurden sogar zwischen 36 und 79 Milliarden Euro berechnet (Adams & Effertz, 2011; Effertz, 2015). Für den Bereich der illegalen Drogen schätzte die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht unter Verwendung eines weiteren methodischen Ansatzes öffentliche Ausgaben für das Jahr 2006 auf 5.2 bis 6.1 Milliarden Euro (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem & Pfeiffer-Gerschel, 2010).

Neben Morbiditäts- und Mortalitätsstudien sowie Kostenschätzungen kommt der Langzeitbeobachtung des Substanzkonsums in der Bevölkerung und in verschiedenen Risikogruppen eine wesentliche Aufgabe zu. Wegen des hohen Zusammenhangs zwischen Konsum, Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko (Khuder, 2001; Rehm et al., 2010) sind Konsumindikatoren gute Prädiktoren für langzeitliche Entwicklungen substanzbezogener Morbidität und Mortalität.

Aus der Verteilung substanzbezogener Probleme in der Bevölkerung lassen sich Implikationen für die Prävention ableiten. Danach ist zur Verringerung negativer Folgen des Substanzgebrauchs zu empfehlen, neben Angeboten für Hochrisikogruppen zusätzliche bevölkerungsweite Maßnahmen anzuwenden. Dieses Prinzip ist inzwischen zumindest teilweise in der aktuellen nationalen Drogen- und Suchtstrategie der Bundesregierung enthalten, welche im Jahr 2012 verabschiedet wurde. Dort werden verstärkt nicht nur Abhängige beachtet, sondern allgemein Personen mit potentiell gesundheitsschädlichem Konsumverhalten (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015).

Die evidenzbasierte Planung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen erfordert ein andauerndes Monitoring des Substanzgebrauchs und damit verbundener Probleme in der Allgemeinbevölkerung. Dies erlaubt die Abschätzung der aktuellen Verbreitung, die Erfassung zeitlicher Veränderungen und die Identifikation von Risikofaktoren. Zum Substanzkonsum bei Jugendlichen liegen in Deutschland neben Wiederholungsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015a; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015b) Ergebnisse von Trendanalysen aus der Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD; Gomes de Matos, Kraus, Pabst & Piontek, 2014; Kraus, Pabst & Piontek, 2012) und der Health Behaviour in School-Aged Children Studie (HBSC; Richter, Pförtner, Lampert & HBSC-Team Deutschland, 2012) vor.

Für Trendbeobachtungen zum Substanzkonsum bei Erwachsenen können die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA; Kraus, Piontek, Atzendorf & Gomes de Matos, 2016) und für Tabak die der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) herangezogen werden (Lampert, von der Lippe & Müters, 2013).

Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey liegen seit dem Jahr 1980 Daten zum Substanzkonsum und seit Mitte der 1990er Jahre Daten zu Indikatoren des klinisch relevanten Substanzkonsums bzw. zu substanzbezogenen Störungen in der Allgemeinbevölkerung vor. Hinweise auf klinisch relevanten Konsum werden mit Screening-Instrumenten wie dem Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) erfasst, substanzbezogene Störungen basieren auf dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Vorteil dieser wiederholten Querschnittsbefragungen, die aus methodischer Sicht gut vergleichbar sind (Piontek, Kraus, Gomes de Matos & Atzendorf, 2016), sind die vielfältigen Möglichkeiten der Analyse zeitlicher Veränderungen.

Im Jahr 2015 haben mit Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen erstmals sechs Bundesländer an einer Zusatzerhebung des ESA teilgenommen, die bundeslandspezifische repräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums und damit einhergehender Probleme ermöglicht. Im vorliegenden Bericht werden die aktuelle Situation im Jahr 2015 sowie zeitliche Trends des Konsumverhaltens für Tabak, Alkohol, illegale Drogen sowie Medikamente für diese sechs Bundesländer dargestellt und mit den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung verglichen.

2 Methodik

In Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen wurde die Stichprobe des bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 hinsichtlich der Fallzahlen erweitert, sodass repräsentative Aussagen für die Wohnbevölkerung dieser Bundesländer möglich sind. Die Aufstockung der Fallzahlen war notwendig, um auf Ebene der Bundesländer valide Aussagen zur Prävalenz auch wenig verbreiteter Substanzen treffen zu können. Die Basisstichprobe wurde mit dem Ziel aufgestockt, in sieben definierten Geburtsjahrgangsgruppen (1951-1955, 1956-1965, 1966-1975, 1976-1985, 1986-1990, 1991-1994, 1995-1997) insgesamt $n = 1,000$ Fälle (Hamburg, Hessen) bzw. $n = 1,500$ Fälle (Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Thüringen) zu realisieren. In Sachsen wurde zusätzlich die Geburtsjahrgangsgruppe 1998-2000 einbezogen. Die Anzahl der zusätzlichen Fälle sollte analog zur Basisstichprobe disproportional auf die Jahrgangsgruppen verteilt werden. Die angestrebten Fallzahlen der Aufstockung zeigt Tabelle 2-1.

Tabelle 2-1: Angestrebte Fallzahlen der Aufstockung des ESA 2015 in den Bundesländern, n

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
1951-1955		50	15		60	80
1956-1965		100	25		127	158
1966-1975	86	168	25		229	261
1976-1985	86	168	97		229	261
1986-1990	147	177	97	84	249	272
1991-1994		77	126		99	122
1995-1997		77	26		99	122
1998-2000					300	
Gesamt	319	817	411	84	1,392	1,276

2.1 Design und Stichprobenziehung

Zielpersonen des ESA 2015 waren deutschsprachige und in Privathaushalten lebende Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Geburtsjahrgänge 1951 bis 1997) bzw. im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in Sachsen (Geburtsjahrgänge 1951 bis 2000). Die Grundgesamtheit beträgt somit etwa 8.06 Mio. Personen in Bayern, 1.15 Mio. Personen in Hamburg, 3.85 Mio. Personen in Hessen, 11.07 Mio. Personen in Nordrhein-Westfalen, 2.54 Mio. Personen in Sachsen und 1.33 Mio. Personen in Thüringen (Statistisches Bundesamt, Stichtag 31. 12. 2014).

Die Stichprobenziehung in den Bundesländern wurde entsprechend der bundesweiten Erhebung des ESA 2015 durchgeführt und war zweistufig angelegt (Piontek, Kraus, Gomes de Matos & Atzendorf, 2016). In der ersten Stufe wurden Gemeinden bzw. Stadtteile (Sample Points) ausgewählt. Dies erfolgte zufallsgesteuert innerhalb von Schichtungszellen, die sich aus der Kombination von Kreisen mit zehn BIK-Gemeindegrößenklassen ergaben. Datenbasis bildeten die gemeindestatistischen Daten des Statistischen Bundesamts und der Statistischen Landesämter. Innerhalb der Schichtungszellen wurden die Gemeinden zufällig mit einer der Zahl der Zielpersonen entsprechenden Auswahlwahrscheinlichkeit gezogen. Großstädte gelangten aufgrund der bevölkerungsproportionalen Auswahl teilweise mehrfach in die Stichprobe und waren mit mehreren Sample Points vertreten. Insgesamt wurden 34 Sample Points in Bayern, 6 in Hamburg, 45 in Hessen, 49 in Nordrhein-Westfalen, 40 in Sachsen und 25 in Thüringen gezogen.

In der zweiten Stufe erfolgte die Ziehung der Zielpersonen in den Sample Points aus den Einwohnermelderegistern über eine systematische Zufallsauswahl (Intervallziehung). Dabei wurden, jeweils ausgehend von einer zufälligen Startadresse, über eine feste Schrittweite Personenadressen ausgewählt. Unter der Annahme einer Ausschöpfung von 50 Prozent sowie eines Anteils neutraler Ausfälle von 20 Prozent mussten pro Sample-Point 80 Adressen eingesetzt werden, um die angestrebte minimale Stichprobengröße zu erreichen. Die Verteilung von Geburtsjahrgangsgruppen in der Stichprobe wurde disproportional zur Verteilung der Grundgesamtheit gewählt, d. h. aus den Personenadressen erfolgte eine nach Jahrgangsgruppe geschichtete zufallsgesteuerte Auswahl, sodass jüngere Geburtsjahrgänge disproportional häufig und ältere Geburtsjahrgänge disproportional selten gezogen wurden. Da es in einigen Sample Points zu geringfügigen Ausfällen kam (z. B. weil nicht in allen Jahrgangsgruppen ausreichend Fälle vorhanden waren), betrug die Einsatzstichprobe letztlich $n = 3,702$ Fälle in Bayern, $n = 2,444$ Fälle in Hamburg, $n = 2,480$ Fälle in Hessen, $n = 4,564$ Fälle in Nordrhein-Westfalen, $n = 4,150$ Fälle in Sachsen und $n = 3,248$ Fälle in Thüringen.

2.2 Durchführung der Feldarbeiten

Die Feldarbeiten im Rahmen des ESA 2015 wurden zwischen März und Juli 2015 von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH durchgeführt. Für die Realisierung der Befragungen wurde ein Methodenmix eingesetzt, d. h. die Daten wurden schriftlich, telefonisch und im Internet erhoben. Die gezogene Stichprobe wurde zunächst in zwei Studienarme aufgeteilt, je nachdem ob für die jeweilige Adresse eine Telefonnummer recherchiert werden konnte oder nicht.

Alle Zielpersonen erhielten eine schriftliche Studieninformation mit Anschreiben, Datenschutzerklärung und Begleitschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Zudem wurde ihnen die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen online auszufüllen. Hierfür wurde ein Link zur Online-Befragung sowie ein individueller Zugangscode angegeben. Minderjährige aus der zusätzlichen Altersgruppe in Sachsen erhielten ein Anschreiben an die Erziehungsberechtigten mit der Bitte um Bewilligung der Teilnahme.

Probanden des telefonischen Studienarms wurde in dem Anschreiben die telefonische Kontaktaufnahme angekündigt. Die Durchführung des Interviews erfolgte durch speziell für die Studie geschulte Telefoninterviewer. Konnten Zielpersonen wiederholt nicht telefonisch erreicht werden oder war die Telefonnummer ungültig, erfolgte der Versand des schriftlichen Fragebogens mit erneuter Übermittlung des Online-Zugangscodes.

Alle Zielpersonen des schriftlichen Studienarms erhielten mit dem Erstanschreiben den schriftlichen Selbstausfüller-Fragebogen. Im Abstand von vier Wochen wurden zwei Erinnerungsschreiben versendet. Auf Wunsch der Zielpersonen bestand auch die Möglichkeit, ein telefonisches Interview durchzuführen.

2.3 Instrumente

Der Fragebogen des ESA enthält neben einem über die Erhebungen gleichbleibenden Kernmodul wechselnde Elemente, um den Zielen sowohl eines konstanten Monitorings als auch der flexiblen Bedarfsanpassung gerecht zu werden. Im Zentrum stehen das Konsumverhalten und Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Zusätzlich werden soziodemographische Daten und Informationen zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand erfasst. Der vollständige Fragebogen der Erhebung kann auf der Internetseite des ESA eingesehen werden (www.esa-survey.de).

2.3.1 Soziodemographie

Die Erfassung soziodemographischer Merkmale orientierte sich an den demographischen Standards für persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2010). Neben grundlegenden Informationen zu Geschlecht und Geburtsjahr wurden folgende Aspekte erfragt: (a) Migrationshintergrund (Geburtsland und Staatsbürgerschaft des Probanden sowie der Eltern), (b) Familiensituation (Familienstand, Kinder, Haushaltsgröße), (c) Bildung (Schulbildung, berufliche Ausbildung), (d) Erwerbstätigkeit (Erwerbsstatus, berufliche Stellung), (e) Haushaltsnettoeinkommen.

2.3.2 Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten

Der allgemeine Gesundheitszustand der Teilnehmer wurde mithilfe zweier 5-stufiger Ratings zur körperlichen und psychischen Gesundheit erfasst. Darüber hinaus wurden die Probanden gebeten anzugeben, ob sie eine chronische Krankheit haben und ob ein Arzt jemals eine neurologische Erkrankung festgestellt hat. Als Screening für das Vorliegen psychischer Störungen in den letzten 12 Monaten wurden elf Screeningfragen des Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen et al., 1995) verwendet, welche auch im Zusatzmodul Psychische Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH; Jacobi et al., 2014) eingesetzt wurden.

Das Verhalten der Teilnehmer in Bezug auf körperliche Aktivität und Sport wurde mit vier Fragen erfasst, die sich auf den Zeitraum der letzten drei Monate vor der Befragung bezogen. Diese Fragen wurden mit Genehmigung des Robert Koch-Instituts dem Zusatzmodul Psychische Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH; Jacobi et al., 2014) übernommen. Zur Erfassung des Ernährungsverhaltens wurde die Kurzform der Lebensmittelliste (LML-6; Keller, 1998) eingesetzt, welche die Häufigkeit des Konsums gesunder Lebensmittel nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) erhebt. Als Referenzzeitraum wurden die letzten drei Monate vorgegeben.

2.3.3 Substanzkonsum

In Bezug auf den Konsum von Tabak bzw. Nikotin wurde die Prävalenz des Konsums von Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/Pfeifen in der Lebenszeit, den letzten 12 Monaten sowie den letzten 30 Tagen erfragt. Darüber hinaus wurde der Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage erhoben, in den Informationen zur Anzahl der Konsumtage sowie zur durchschnittlichen Anzahl gerauchter Zigaretten pro Konsumtag eingingen. Für die vorliegende Auswertung wurde das tägliche Rauchen von 20 oder

mehr Zigaretten als starker Konsum definiert. Zudem wurden Probanden gebeten anzugeben, in welchem Alter sie zum ersten Mal geraucht hatten. Ein weiteres Modul beschäftigte sich mit dem Gebrauch von E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas. Neben der Prävalenz und Frequenz des Gebrauchs wurden Bekanntheitsgrad, Einstiegsalter, Bezugsquellen, Gebrauchsmotive und -gewohnheiten sowie Risikoeinschätzungen erfragt.

Informationen zur durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums wurden über einen getränkespezifischen Menge-Frequenz-Index für die letzten 30 Tage bzw. die letzten 12 Monate erhoben. Hierfür wurden für Bier, Wein/Sekt, Spirituosen sowie alkoholhaltige Mixgetränke die Häufigkeit des Konsums sowie die durchschnittliche Konsummenge pro Trinktag erfragt. Daraus wurde die in den letzten 30 Tagen durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge an Ethanol (Reinalkohol) ermittelt. Dazu wurden getränkespezifische Alkoholgehalte für Bier (4.8 Vol %), Wein/Sekt (11.0 Vol %) und Spirituosen (33.0 Vol %) verwendet (Bühringer et al., 2000). Ab einem Wert von 12 (Frauen) bzw. 24 Gramm pro Tag wurde in der vorliegenden Analyse von einer riskanten Trinkmenge ausgegangen. Zusätzlich wurde die Häufigkeit des episodischen Rauschtrinkens (5 oder mehr Gläser Alkohol an einem Tag) sowie das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum erfasst.

Für den Bereich der illegalen Drogen wurden die Prävalenz und Frequenz (Lebenszeit, 12 Monate, 30 Tage) des Konsums von Cannabis (Haschisch, Marihuana), Aufputschmitteln/Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Heroin, anderen Opiaten (z. B. Codein, Methadon, Opium, Morphin), Kokain, Crack und halluzinogenen Pilze („Magic Mushrooms“) erfragt. Für die vorliegende Auswertung wurden diese Substanzen zu der Variable „irgendeine illegale Droge“ zusammengefasst. Darüber hinaus wurde das Alter des Erstkonsums dieser Substanzen erfasst. Zusätzliche Module erfassten die Konsumprävalenz und -frequenz von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) sowie von Amphetaminen und Methamphetamin.

Informationen zum Gebrauch von Medikamenten (12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz, 30-Tage-Frequenz) wurden für Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika und Anabolika erfasst. Um den Befragten die Zuordnung spezifischer Präparate zu diesen Gruppen zu erleichtern, wurde eine Liste der gebräuchlichsten Medikamente vorgegeben.

2.3.4 Hinweise auf klinisch relevanten Konsum

Zur Erfassung von Hinweisen auf klinisch relevanten Substanzkonsum in den 12 Monaten vor der Befragung wurden Screening-Skalen eingesetzt. Eingesetzt wurden die deutschen Versionen des Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991) für Tabak, des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) für Alkohol, der Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995) für Cannabis, Kokain und Amphetamine/Methamphetamin sowie des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch für Medikamente (KFM; Watzl, Rist, Höcker & Miehe, 1991). Folgende Skalenpunktsummen wurden für einen klinisch relevanten Konsum angenommen: für Tabak (FTND) vier Punkte, für Alkohol (AUDIT) acht Punkte, für Cannabis (SDS) zwei Punkte, für Kokain (SDS) drei Punkte, für Amphetamine/Methamphetamin (SDS) vier Punkte und für Medikamente (KFM) vier Punkte.

2.4 Datenmanagement

Die Steuerung und Kontrolle des Feldprozesses erfolgte am Feldinstitut infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH über eine Datenbank, in die der tägliche Rücklauf und der aktuelle Bearbeitungsstatus eingetragen wurden. Eingehende Fragebögen wurden zunächst manuell auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Datenerfassung erfolgte je nach Befragungsmodus maskengestützt durch professionelle Kodierer (schriftliche Selbstausfüller-Fragebogen) bzw. direkt in die integrierte Software (telefonische Interviews und Online-Fragebögen). Das zugrunde liegende Maskenprogramm wurde auf Basis des Fragebogens erstellt und berücksichtigte Filtersprünge und gültige Wertebereiche. Die Daten wurden schließlich manuell auf Filterfehler, Plausibilität und Inkonsistenzen geprüft. Auftretende Fehler sowie die entsprechende Bereinigung wurden variablen- und personenspezifisch dokumentiert.

2.5 Auswertung

Durch sorgfältige interne Konsistenzprüfung der individuellen Angaben wurden Fehlangaben korrigiert und nicht zur Grundgesamtheit gehörige Personen aus der Stichprobe entfernt. In Anlehnung an den US National Household Survey on Drug Abuse (Biemer & Wiesen, 2002) wurde bei widersprüchlichen Angaben von einem Konsum ausgegangen. Durch fehlende Angaben weichen die angegebenen Stichprobenumfänge z. T. vom Gesamtstichprobenumfang ab. Statistisch signifikante Unterschiede zur bundesweiten Stichprobe wurden ermittelt. Die Besonderheiten des komplexen Stichprobenplans (Designeffekte), der disproportionalen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Designgewichte) und der Abweichungen von externen Populationsdaten (Poststratifikation) wurden dabei durch die Schätzung mittels Survey-Verfahren in Stata 12.1 SE (Stata Corp. LP, College Station, TX) berücksichtigt. Die Varianzschätzung erfolgte über Taylorreihen (Korn & Graubard, 1999). In den Schwerpunkt-auswertungen zu Methamphetamin und neuen psychoaktiven Substanzen werden teilweise aufgrund sehr geringer Zellengrößen Ergebnisse auf Basis von Fallzahlen berichtet.

Alle Indikatoren werden getrennt nach Geschlecht sowie für einzelne Altersgruppen dargestellt. Die geschlechterstratifizierte Darstellung umfasst für alle Bundesländer den Altersbereich 18 bis 64 Jahre.

2.6 Realisierte Stichprobe

Im ESA 2015 konnten in Bayern $n = 1,916$, in Hamburg $n = 1,125$, in Hessen $n = 1,151$, in Nordrhein-Westfalen $n = 2,008$, in Sachsen $n = 2,268$ und in Thüringen $n = 1,543$ Befragungen realisiert werden (Tabelle 2-2). Die Bruttoausschöpfung variierte zwischen 44.0 % in Nordrhein-Westfalen und 51.8 % in Bayern. In Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen verteilten sich die Befragungen relativ gleichmäßig auf die drei Erhebungsmethoden. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil schriftlicher Befragungen war in Hamburg (54.2 %), Thüringen (49.0 %) und Sachsen (41.5 %) zu beobachten.

Tabelle 2-2: Realisierte Stichprobe nach Erhebungsmodus in den Bundesländern, n

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
Schriftlich	620	610	378	612	942	756
Telefon	659	180	384	745	597	373
Online	637	335	389	651	729	414
Gesamt	1,916	1,125	1,151	2,008	2,268	1,543
Bruttoausschöpfung (%)	51.8	46.0	46.4	44.0	54.7	47.5

2.7 Ausschöpfung

Die Nettoausschöpfung des ESA 2015 ergibt sich als Verhältnis der Anzahl auswertbarer Fälle an der bereinigten Einsatzstichprobe. Die den Berechnungen zugrunde liegende Bruttorealisierung zeigt Tabelle 2-3. Von den insgesamt realisierten Befragungen mussten im Rahmen der Datenprüfung 0.1 % (Thüringen) bis 0.3 % (Sachsen) ausgeschlossen werden.

Die Aufgliederung der Bruttorealisierung in Tabelle 2-3 zeigt, dass zwischen 13.2 % (Hamburg) und 26.5 % (Nordrhein-Westfalen) der unbereinigten Einsatzstichprobe als systematische Ausfälle klassifiziert werden konnten, die prinzipiell für die Studie verfügbar waren, sich aber nicht beteiligt haben. Dies betraf Zielpersonen, die (a) die Teilnahme explizit verweigerten, (b) in der Feldzeit nicht erreichbar waren, (c) aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht befragbar waren oder (d) trotz Ankündigung den Fragenbogen nicht zurücksandten bzw. online ausfüllten oder einen Telefontermin nicht einhielten.

Die Bestimmung der bereinigten Einsatzstichprobe erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurde der Anteil qualitätsneutraler Ausfälle an der Gesamtstichprobe bestimmt und von der Bruttostichprobe abgezogen. Hierbei handelt es sich um Fälle, die niemals die Möglichkeit hatten, in die Studie aufgenommen zu werden. Hierzu zählen Zielpersonen, (a) die unbekannt waren, (b) deren Telefonnummer ungültig war, (c) die nicht deutsch sprachen, (d) die nicht in der Zielgruppe des Surveys waren oder (e) die verstorben waren. Insgesamt betraf dies zwischen 9.7 % (Sachsen) und 13.6 % (Hamburg) der Einsatzstichprobe.

In einem zweiten Schritt wurde der Anteil neutraler Ausfälle an allen Fällen ohne Rücklauf geschätzt. Zielpersonen ohne Rücklauf waren solche, zu denen bis zum Ende der Feldzeit keine Information vorlag. Insgesamt betraf dies zwischen 16.8 % (Bayern) und 31.5 % (Hamburg) der Einsatzstichprobe. Da nicht bekannt ist, wie viele dieser Personen nicht zur Grundgesamtheit der Studie gehörten (neutrale Ausfälle), wurde hierfür der Prozentsatz der neutralen Ausfälle an allen Personen mit bekanntem Rücklaufstatus als Schätzwert herangezogen und wiederum von der Einsatzstichprobe abgezogen. Bildet man abschließend das Verhältnis der Anzahl auswertbarer Fälle an der bereinigten Einsatzstichprobe, ergibt sich eine Nettoausschöpfung von 57.1 % in Bayern, 53.1 % in Hamburg, 51.8 % in Hessen, 50.1 % in Hamburg, 60.2 % in Sachsen und 54.0 % in Thüringen.

Tabelle 2-3: Bruttorealisierung in den Bundesländern, n (%)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
Einsatzadressen gesamt	3,702 (100.0)	2,444 (100.0)	2,480 (100.0)	4,594 (100.0)	4,150 (100.0)	3,248 (100.0)
Auswertbar nach Datenprüfung	1,908 (51.5)	1,121 (45.9)	1,146 (46.2)	2,000 (43.8)	2,255 (54.3)	1,541 (47.4)
Nicht auswertbar nach Datenprüfung	8 (0.2)	4 (0.2)	5 (0.2)	8 (0.2)	13 (0.3)	2 (0.1)
Kein Rücklauf	623 (16.8)	770 (31.5)	483 (19.5)	886 (19.4)	728 (17.5)	853 (26.3)
Neutrale Ausfälle	302 (9.8)	227 (13.6)	217 (10.9)	459 (12.5)	331 (9.7)	292 (12.2)
Zielperson unbekannt	128 (42.2)	136 (59.9)	111 (51.2)	270 (58.8)	207 (62.5)	136 (46.6)
Telefonnummer ungültig	141 (46.7)	80 (35.2)	89 (41.0)	143 (31.2)	107 (32.3)	145 (49.7)
Zielperson spricht nicht deutsch	13 (4.3)	6 (2.6)	10 (4.6)	22 (4.8)	7 (2.1)	5 (1.7)
Zielperson nicht in Zielgruppe	18 (6.0)	5 (2.2)	7 (3.2)	20 (4.4)	9 (2.7)	6 (2.1)
Zielperson verstorben	2 (0.8)	0	0	4 (0.9)	1 (0.3)	0
Systematische Ausfälle	861 (23.3)	322 (13.2)	629 (25.4)	1,211 (26.5)	823 (19.8)	560 (17.2)
Verweigerung	312 (36.2)	134 (41.6)	251 (39.9)	506 (41.8)	321 (39.0)	226 (40.4)
Nicht erreichbar	441 (51.2)	164 (50.9)	313 (49.8)	575 (47.5)	426 (51.8)	281 (50.2)
Gesundheitliche Probleme	10 (1.2)	3 (0.9)	7 (1.1)	23 (1.9)	11 (1.3)	13 (2.3)
Trotz Ankündigung keine Antwort	98 (11.4)	21 (6.5)	58 (9.2)	107 (8.8)	65 (7.9)	40 (7.1)

Eine zusammenfassende Übersicht über die finalen Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den sechs beteiligten Bundesländern zeigt Tabelle 2-4. In allen Bundesländern konnte die angestrebte minimale Stichprobengröße von $n = 1000$ (Hamburg, Hessen) bzw. $n=1500$ (Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Thüringen) übertroffen werden.

Tabelle 2-4: Auswertungsstichproben und Ausschöpfungsraten in den Bundesländern

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen
Stichprobe, n	1,908	1,121	1,146	2,000	2,255	1,541
Ausschöpfung, %	57.1	53.1	51.8	50.1	60.2	54.0

2.8 Gewichtung

Mit dem ESA 2015 sollen repräsentative Aussagen für die Bevölkerung in den sechs Bundesländern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren bzw. im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (Sachsen) getroffen werden. Um dies zu gewährleisten, ist es notwendig, die Daten zu gewichten und die realisierte Stichprobe somit hinsichtlich zentraler Merkmale an die Grundgesamtheit anzupassen. Es wurden ein Designgewicht und ein Redressementgewicht berechnet.

Das Designgewicht gleicht zunächst die disproportionale Ziehung der Stichprobe nach Jahrgangsgruppen aus, welche im Studiendesign vorgesehen war. Dieser Gewichtungsfaktor wurde umgekehrt proportional zur Auswahlwahrscheinlichkeit auf der jeweiligen Auswahlstufe gebildet. Redressementgewichte werden berechnet, um die Stichprobe hinsichtlich zentraler externer Merkmale an die Grundgesamtheit anzupassen. Die dafür benötigten Randverteilungen der Bevölkerung wurden dem Mikrozensus 2014 entnommen. Für die Redressementgewichtung wurde ein Iterative Proportional Fitting Algorithmus verwendet (Gelman & Carlin, 2002). Für alle Querschnittauswertungen der Erhebung 2015 wurden die externen Merkmale BIK-Gemeindegrößenklasse, Geschlecht, Geburtsjahrgang sowie höchster Schulabschluss für die Gewichtung herangezogen.

2.9 Repräsentativität

Durch die verwendete Gewichtung kann die Stichprobe hinsichtlich der zentralen Merkmale BIK-Gemeindegrößenklasse, Geschlecht, Jahrgangsgruppe und Schulbildung an die Verteilung in der Grundgesamtheit angepasst werden. Bezogen auf diese Indikatoren kann von repräsentativen Ergebnissen gesprochen werden. Die Verteilung zusätzlicher Variablen, die nicht in die Gewichtung eingegangen sind, zeigen Tabelle 2-5 bis Tabelle 2-7 für die ungewichtete und die gewichtete Stichprobe sowie für die Grundgesamtheit in den beteiligten Bundesländern. In der ungewichteten Stichprobe waren ledige Personen deutlich überrepräsentiert. Dies konnte durch die Gewichtung ausgeglichen werden, sodass der Familienstand der gewichteten Stichprobe dem der Grundgesamtheit sehr gut entspricht. In der Studie unterrepräsentiert sind Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft, was auch durch die Gewichtung nicht ausgeglichen werden konnte.

Tabelle 2-5: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Bayern und Hamburg, %

	Bayern			Hamburg		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	93.4	94.0	87.2	91.0	90.1	83.0
Andere	6.7	6.0	12.8	8.8	9.6	17.0
Keine Angabe	0.1	0.1	0.0	0.2	0.3	0.0
Familienstand						
Ledig	48.1	36.8	37.2	56.4	49.7	48.6
Verheiratet	46.3	56.2	53.1	37.0	41.8	41.3
Geschieden	4.0	5.7	8.1	4.6	3.1	8.7
Verwitwet	1.0	0.8	1.6	0.9	1.4	1.5
Keine Angabe	0.6	0.5	0.0	1.1	1.0	0.0

Tabelle 2-6: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Hessen und Nordrhein-Westfalen, %

	Hessen			Nordrhein-Westfalen		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	92.3	93.3	83.9	94.1	93.1	87.3
Andere	7.6	6.7	16.1	6.0	7.0	12.7
Keine Angabe	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Familienstand						
Ledig	50.3	36.8	35.4	50.5	34.7	35.6
Verheiratet	44.1	56.7	54.4	42.3	55.3	53.7
Geschieden	3.8	4.6	8.7	5.6	8.1	8.8
Verwitwet	1.2	1.2	1.6	1.1	1.3	1.9
Keine Angabe	0.7	0.8	0.0	0.7	0.7	0.0

Tabelle 2-7: Verteilung soziodemographischer Merkmale in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe und in der Grundgesamtheit in Sachsen und Thüringen, %

	Sachsen			Thüringen		
	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung	Ungewichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe	Bevölkerung
Staatsbürgerschaft						
Deutsch	98.1	98.1	96.1	97.5	98.0	96.7
Andere	1.8	1.8	3.9	2.3	1.9	3.3
Keine Angabe	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1	0.0
Familienstand						
Ledig	60.4	42.9	42.1	50.5	38.4	38.0
Verheiratet	31.7	44.4	47.3	43.0	52.7	50.2
Geschieden	5.2	10.1	8.7	5.2	7.1	9.5
Verwitwet	0.9	1.4	2.0	0.9	1.4	2.2
Keine Angabe	1.7	1.2	0.0	0.5	0.4	0.0

2.10 Trends

Grundlage der Trendanalysen sind Daten aus elf Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) der Jahre 1980 bis 2015. Der Altersbereich der Studie änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012, 2015). Aufgrund dieser Anpassungen können Trends des Tabakkonsums für 18- bis 24-Jährige ab 1980, für 25- bis 39-Jährige ab 1990, für 40- bis 59-Jährige ab 1995 und für 60- bis 64-Jährige ab 2006 dargestellt werden. Die Konsumindikatoren des Alkoholkonsums wurden 1995 geändert und die Erfassung des Medikamentengebrauchs wurde im selben Jahr neu eingeführt, so dass die Trends dieser Substanzen erst ab diesem Erhebungsjahr dargestellt werden können. Konsumtrends für illegale Drogen können für die 18- bis 24-Jährigen ab 1990 ausgewertet werden. Der problematische Substanzkonsum kann ab der Erhebung 1997 dargestellt werden, wobei nicht in jeder Erhebung Informationen zu allen Substanzen vorliegen.

Alle Indikatoren werden getrennt nach Geschlecht sowie für einzelne Altersgruppen dargestellt. Die geschlechterstratifizierte Darstellung umfasst den Altersbereich 18 bis 59 Jahre, für den seit dem Jahr 1995 Beobachtungen vorliegen.

Die beteiligten Bundesländer haben sich in unterschiedlichem Ausmaß bereits in früheren Erhebungen mit Aufstockungen der Stichprobe beteiligt. So liegen Aufstockungsstichproben für Bayern aus den Jahren 2006 und 2009 vor, für Hamburg aus den Jahren 1997, 2003 und 2009, für Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2000, für Sachsen aus dem Jahr 2009 und für Thüringen aus dem Jahr 2012. Hessen war bislang an keiner erweiterten Erhebung beteiligt. Für die Jahre, in denen keine Aufstockung stattgefunden hat, werden die bundeslandspezifischen Fälle aus der Bundstichprobe herangezogen, die jedoch teilweise sehr gering ausfallen. Einen Überblick über die resultierenden Stichprobenumfänge und Altersverteilungen der Trenddaten in den sechs Bundesländern geben Tabelle 2-8 und Tabelle 2-9.

Für die Erhebungen ohne Aufstockungen sind keine bundeslandspezifischen Gewichte verfügbar. Die verwendete Gewichtung nähert die Daten in den entsprechenden Jahren daher an die bundesdeutsche soziodemographische Verteilung an. Die Trendvergleiche sind unter diesen Vorbehalten zu interpretieren. Anders als in den Querschnittsanalysen geht die Schulbildung grundsätzlich nicht in die Gewichtung der Trenddaten ein, da eine Berücksichtigung dieser Variable für die Erhebungen vor 2012 nicht möglich war.

Im Rahmen der Trendanalysen wird geprüft, ob sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum Referenzjahr 2015 in den Prävalenzen bzw. Verteilungen ergeben. Hierzu werden multivariate Regressionsmodelle mit Surveyjahr, Alter, Geschlecht und Erhebungsmodus (schriftlich, telefonisch, online) als Prädiktoren verwendet (Wooldridge, 2002). Für Prävalenzen werden binär-logistische Regressionen und für rechtsschiefe Variablen (z. B. durchschnittliche Trinkmenge) OLS-Modelle mit log-transformierten abhängigen Variablen (Manning, Basu & Mullahy, 2005; Manning & Mullahy, 2001) berechnet.

Aufgrund geringer Fallzahlen können in einigen Bundesländern für einzelne Indikatoren keine Trendvergleiche mit bestimmten Vorjahren berechnet werden. Dies ist zum einen der Fall, wenn in einer Altersgruppe insgesamt weniger als 50 Personen in der Stichprobe enthalten sind, wie dies insbesondere in Hamburg und Thüringen vorkommt (siehe Tabelle 2-8 und Tabelle 2-9). Zum anderen betrifft dies Indikatoren der Konsummenge und anderer Konsummuster, die sich auf die Grundgesamtheit der Konsumenten beziehen, deren Anzahl insbesondere im Bereich illegaler Drogen und Medikamente teilweise sehr niedrig ist ($n < 50$).

Tabelle 2-8: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Bayern, Hamburg und Hessen 1980 – 2015, n

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	Gesamt
Bayern												
18-24	993	489	1,308	82	118	125	287	327	410	363	396	4,898
25-39	-	214	1,635	513	535	416	471	562	548	407	702	6,003
40-59	-	-	-	532	493	507	509	534	540	588	632	4,335
60-64	-	-	-	-	-	-	-	124	156	172	178	630
18-59	993	703	2,943	1,127	1,146	1,048	1,267	1,423	1,498	1,358	1,730	15,236
Hamburg												
18-24	389	65	446	31	85	11	175	31	338	36	187	1,794
25-39	-	20	191	68	178	55	368	35	506	59	456	1,935
40-59	-	-	-	70	226	67	389	57	473	87	411	1,780
60-64	-	-	-	-	-	-	-	19	109	27	68	223
18-59	389	85	637	169	489	133	932	123	1,317	182	1,053	5,509
Hessen												
18-24	525	175	344	51	58	59	134	133	161	147	256	2,043
25-39	-	106	710	242	250	205	219	142	173	172	429	2,648
40-59	-	-	-	258	253	283	264	193	196	242	354	2,043
60-64	-	-	-	-	-	-	-	65	45	84	107	301
18-59	525	281	1,054	551	561	547	617	468	530	561	1,039	6,734

Anmerkungen: Kursiv gesetzte Zahlen reflektieren Stichprobenumfänge von weniger als 50 Fällen in der jeweiligen Altersgruppe. Für diese Jahre und Altersgruppen werden keine Trends berechnet. -) Wurde nicht erhoben.

Tabelle 2-9: Stichprobenumfang und Altersverteilung der Trenddaten für Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen 1980 – 2015, n

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	Gesamt
Nordrhein-Westfalen												
18-24	989	624	1,116	193	162	345	411	410	474	455	588	5,767
25-39	-	330	2,069	664	712	626	565	435	582	495	597	7,075
40-59	-	-	-	786	809	880	672	599	595	753	666	5,760
60-64	-	-	-	-	-	-	-	185	160	226	149	720
18-59	989	954	3,185	1,643	1,683	1,851	1,648	1,444	1,651	1,703	1,851	18,602
Sachsen												
18-24	-	-	129	30	56	76	124	108	363	111	355	1,352
25-39	-	-	332	170	188	154	160	112	476	120	765	2,477
40-59	-	-	-	239	273	246	174	130	461	205	654	2,382
60-64	-	-	-	-	-	-	-	52	123	57	123	355
18-59	-	-	461	439	517	476	458	350	1,300	436	1,774	6,211
Thüringen												
18-24	-	-	70	26	28	38	65	47	70	179	278	801
25-39	-	-	191	86	97	91	100	54	67	345	592	1,623
40-59	-	-	-	142	138	133	106	67	81	331	551	1,549
60-64	-	-	-	-	-	-	-	20	21	116	120	277
18-59	-	-	261	254	263	262	271	168	218	855	1,421	3,973

Anmerkungen: Kursiv gesetzte Zahlen reflektieren Stichprobenumfänge von weniger als 50 Fällen in der jeweiligen Altersgruppe. Für diese Jahre und Altersgruppen werden keine Trends berechnet. -) Wurde nicht erhoben.

3 Tabak

3.1 Die Situation im Jahr 2015

3.1.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums

Der Anteil an Rauchern in den letzten 30 Tagen lag bundesweit bei 28.7 %, wobei die Prävalenz unter Männern (31.2 %) etwas höher ausgeprägt war als unter Frauen (26.1 %; Abbildung 3-1). Im Vergleich zum Bund war bei Männern in Sachsen (40.4 %) eine signifikant höhere Prävalenz und bei Frauen in Sachsen (20.8 %) eine signifikant niedrigere Prävalenz zu verzeichnen. Des Weiteren war der Anteil an Tabakkonsumenten in Bayern (24.6 %) insgesamt signifikant niedriger als im Bund.

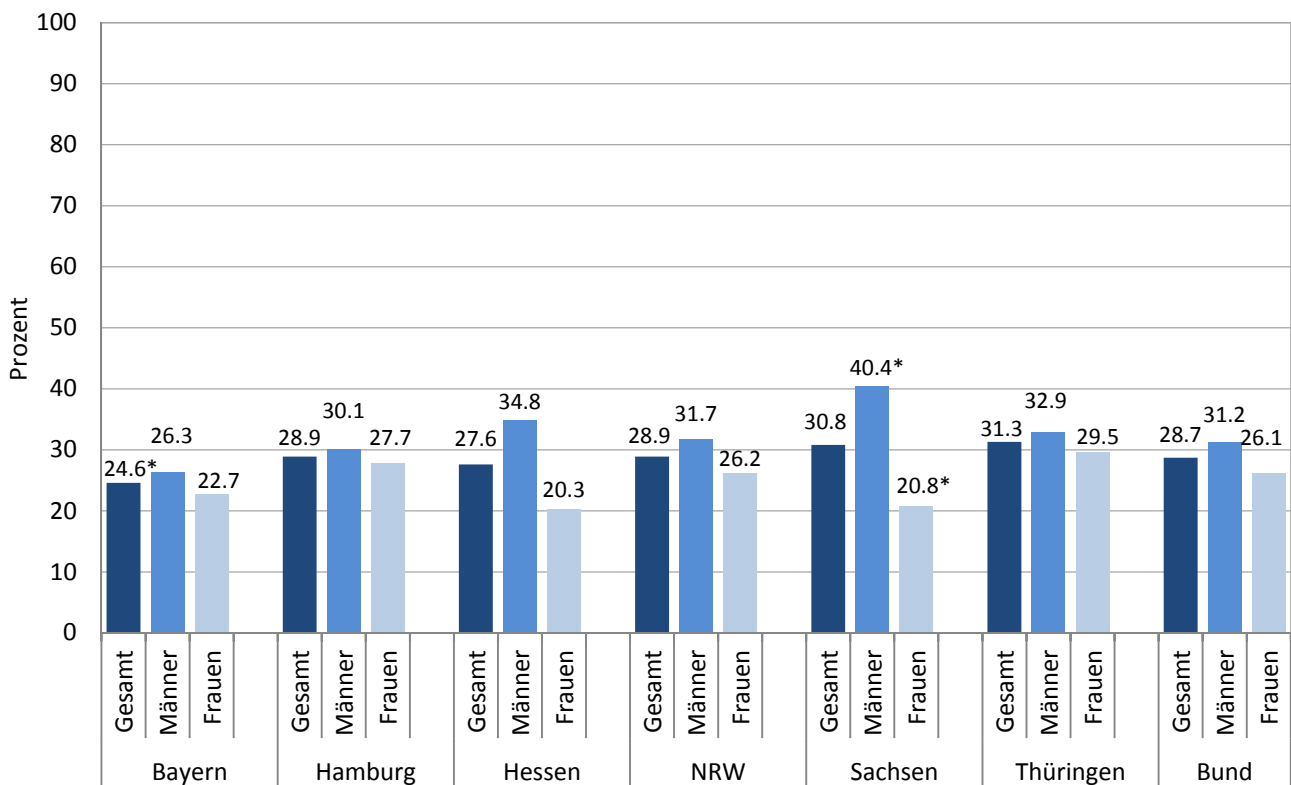


Abbildung 3-1: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Der Anteil der Befragten, der angab, in den letzten 30 Tagen Tabak konsumiert zu haben, war bei den 18- bis 24-Jährigen bzw. den 25- bis 39-Jährigen am höchsten. Die niedrigste Prävalenz wiesen die 60- bis 64-Jährigen auf. Innerhalb der verschiedenen Altersgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zwischen Bund und Bundesländer (Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	8.8	-	-
18-24	28.0	20.9	29.6	24.2	29.0	36.4	27.0
25-39	26.7	35.4	30.7	29.6	38.5	38.4	31.8
40-59	24.1	26.6	27.5	31.0	28.2	29.9	28.9
60-64	15.4	25.0	15.5	22.7	23.6	16.2	20.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

3.1.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten)

Unter den Tabakkonsumenten berichteten bundesweit insgesamt 20,5 %, täglich 20 oder mehr Zigaretten konsumiert zu haben (Abbildung 3-2). Der Anteil der Männer, die das Kriterium des starken Tabakkonsums erfüllten, war im Bund sowie in den Bundesländern größer als der Anteil der Frauen. Im Vergleich der Bundesländer zum Bund zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

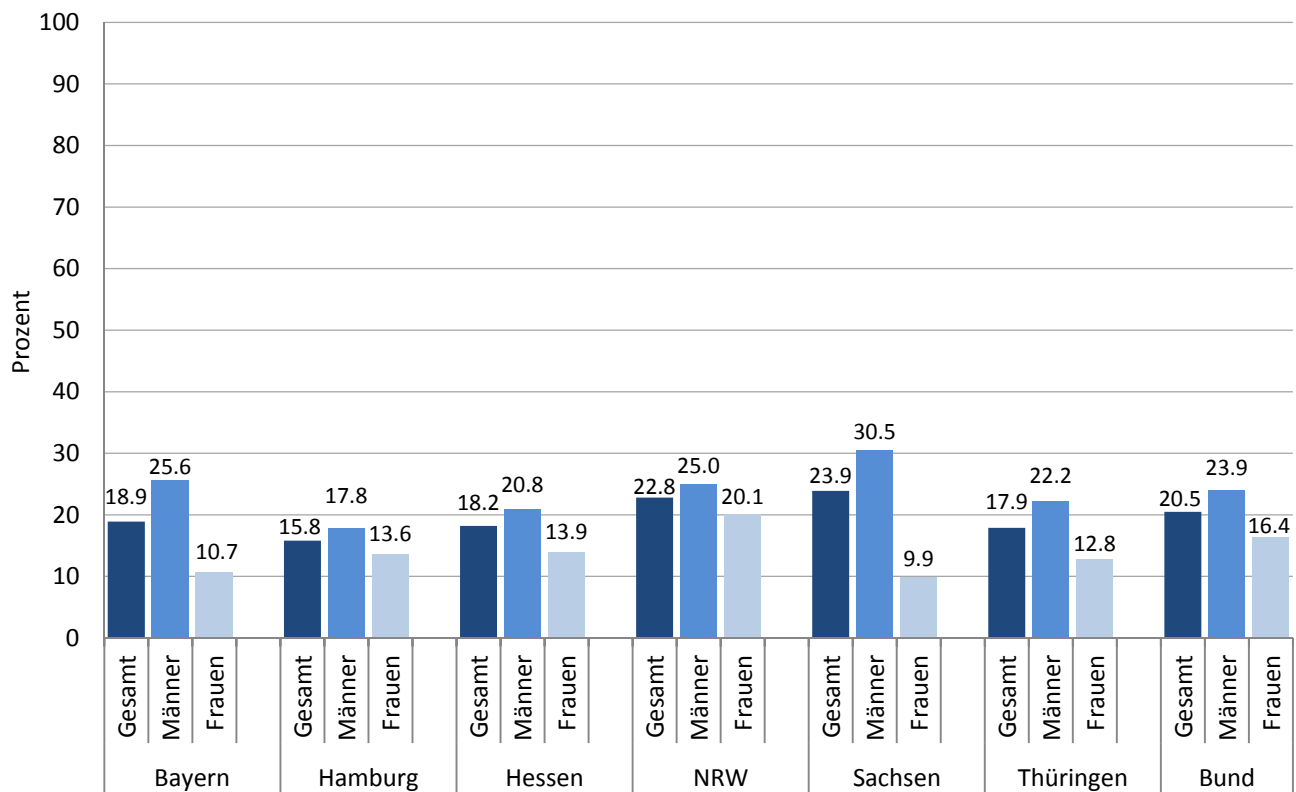


Abbildung 3-2: 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Bundesweit war der Anteil an starken Rauchern höher, je weiter das Alter der Befragten anstieg (Tabelle 3-2). Die 25- bis 39-Jährigen in Hamburg (8,8 %) wiesen im Vergleich zum Bund (15,8 %) signifikant niedrigere Prävalenzen des starken Tabakkonsums auf. Weitere Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 3-2: 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	~	-	-
18-24	6.7	~	4.6	6.8	11.0	9.4	8.2
25-39	14.1	8.8*	12.4	21.3	13.0	17.0	15.8
40-59	25.8	24.8	26.5	27.9	34.4	19.4	26.6
60-64	~	~	~	~	~	~	20.7

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.3 Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

Die durchschnittliche Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten betrug im Bund insgesamt 11.2 Zigaretten (Abbildung 3-3). Die Werte waren sowohl bundesweit als auch in allen Bundesländern unter Männern höher als unter Frauen. Im Vergleich mit der Bundstichprobe war die Anzahl an Zigaretten pro Tag bei Frauen in Sachsen (7.8 Zigaretten pro Tag) signifikant geringer.

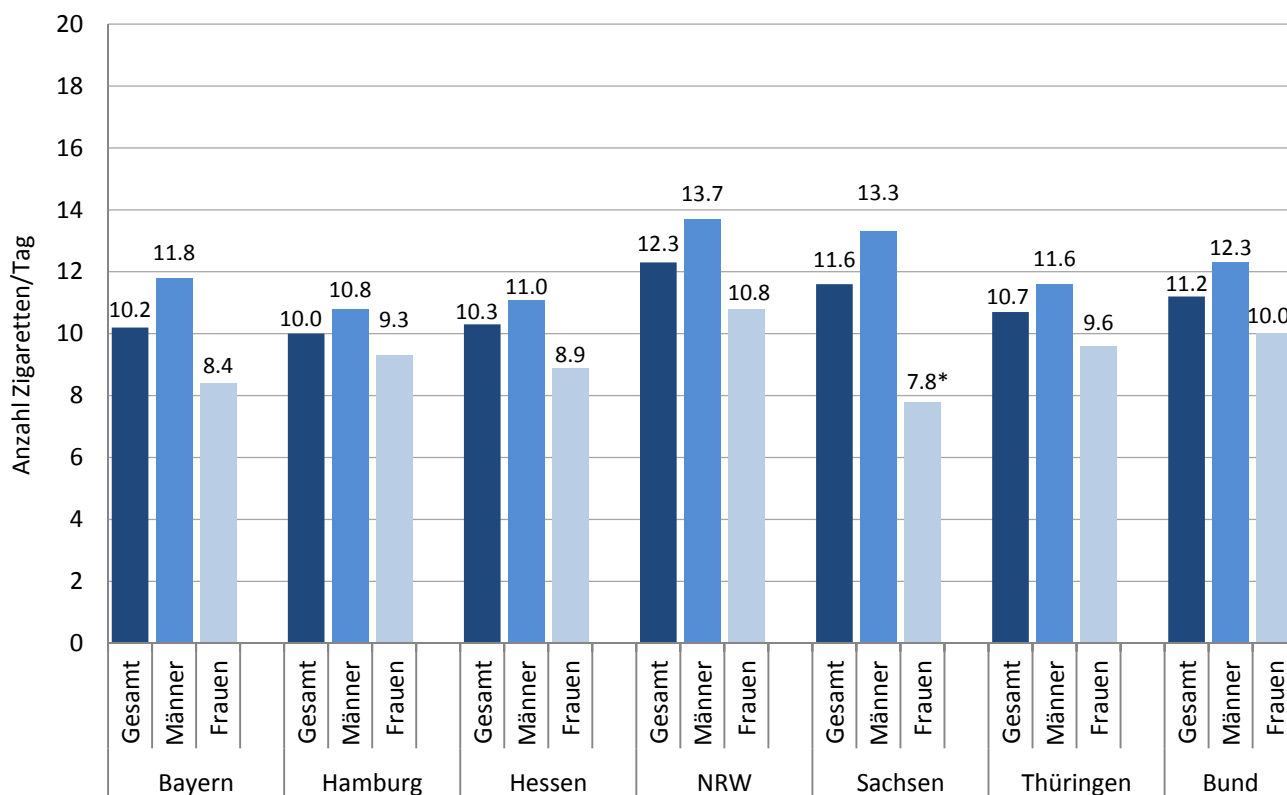


Abbildung 3-3: Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im altersspezifischen Vergleich der Bundesländer mit dem Bund zeigten sich kaum signifikante Unterschiede, mit Ausnahme der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen: In Hamburg (7.3 Zigaretten pro Tag) konsumierte diese Altersgruppe im Durchschnitt signifikant weniger Zigaretten pro Tag als im Bund (Tabelle 3-3). Im Gegensatz dazu wurden bei den 25- bis 39-Jährigen in Nordrhein-Westfalen (12.0 Zigaretten pro Tag) mehr Zigaretten konsumiert als im Bund.

Tabelle 3-3: Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Anzahl Zigaretten pro Tag

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	~	-	-
18-24	7.3	~	7.4	7.9	9.2	8.1	8.0
25-39	8.7	7.3*	8.6	12.0*	9.2	9.5	9.8
40-59	11.7	12.9	12.4	13.5	13.6	11.8	12.7
60-64	~	~	~	~	~	~	13.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.4 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum (Konsumenten)

Konsumenten von Tabakprodukten berichteten im bundesweiten Durchschnitt, mit 15.8 Jahren zum ersten Mal geraucht zu haben (Abbildung 3-4). Das Einstiegsalter variierte kaum zwischen Männern und Frauen. Zwischen den Bundesländern und dem Bund gab es keine signifikanten Unterschiede.

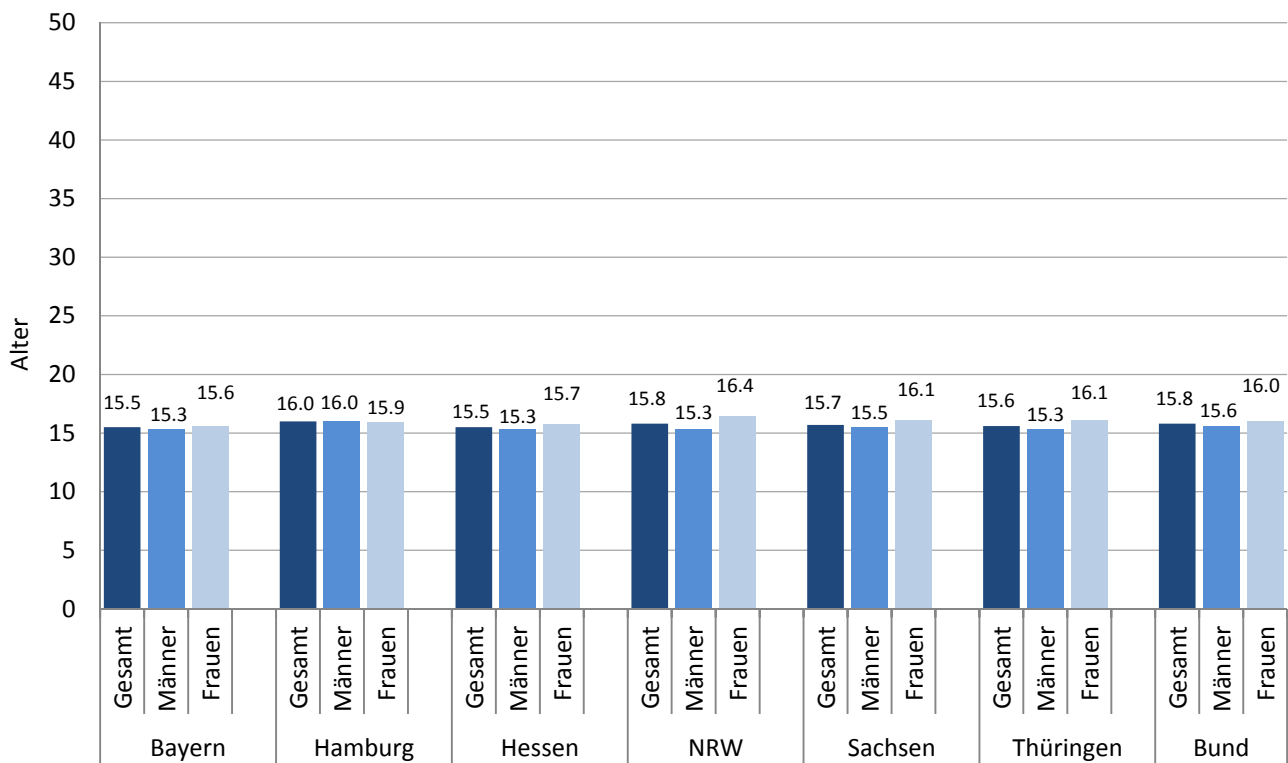


Abbildung 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Das Einstiegsalter stieg in allen Bundesländern mit dem Alter der Befragten an (Tabelle 3-4). Im Vergleich zum Bund (15.2 Jahre) berichteten die 25- bis 39-Jährigen in Thüringen mit 14.5 Jahren ein signifikant jüngeres Alter bei Beginn des Tabakkonsums.

Tabelle 3-4: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Tabakkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	~	-	-
18-24	14.5	~	14.3	15.2	14.6	14.8	14.9
25-39	14.9	15.4	15.7	15.1	14.7	14.5*	15.2
40-59	16.1	16.7	15.5	16.2	16.5	16.2	16.2
60-64	~	~	~	~	~	~	17.1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.1.5 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND

Legt man die Kriterien des Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) zugrunde, zeigten 9.5 % der Gesamtstichprobe Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum (Abbildung 3-5). Der Anteil der betroffenen Männer war in den meisten Bundesländern größer als der Anteil der betroffenen Frauen. Der Anteil der Frauen, bei denen Hinweise auf klinisch relevanten Konsum gefunden wurden, war in Sachsen (4.3 %) signifikant kleiner als im Bund (8.2 %).

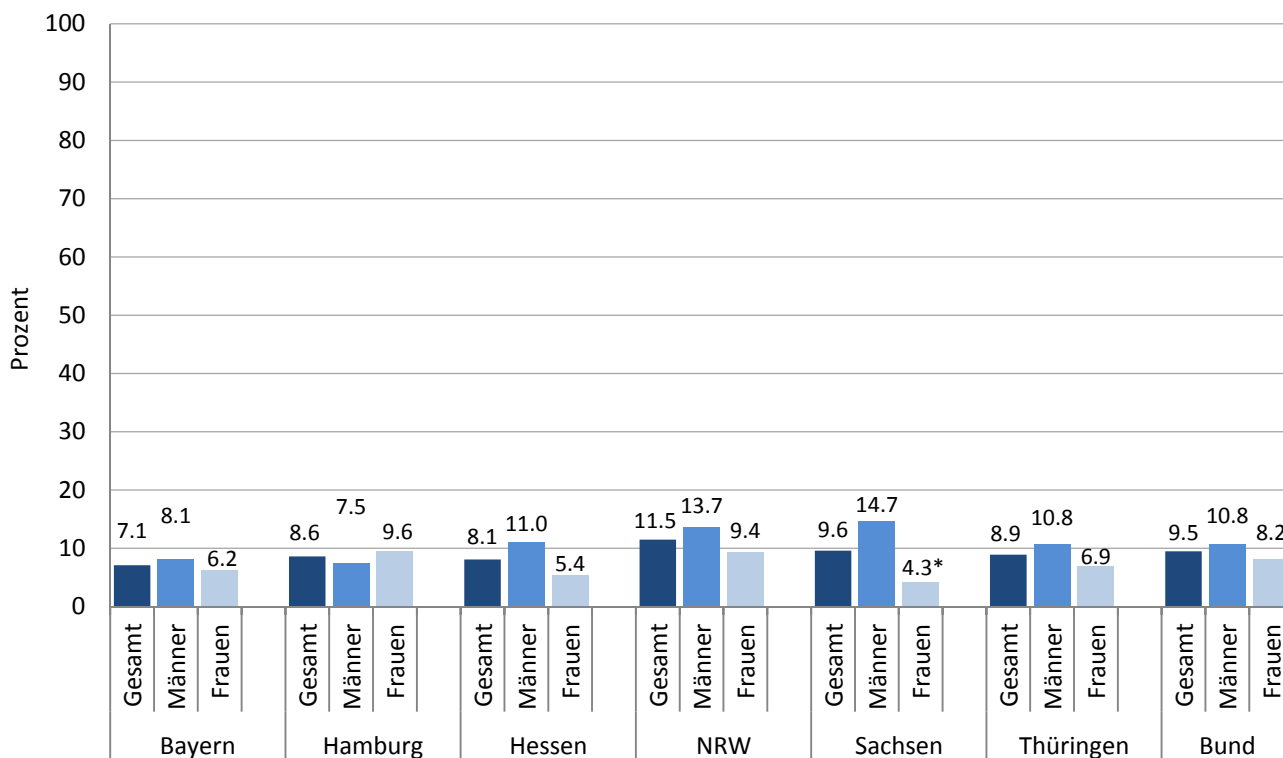


Abbildung 3-5: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Hinblick auf die verschiedenen Altersgruppen zeigten die 40- bis 59-Jährigen in den meisten Bundesländern höhere Prävalenzen für Hinweise auf klinisch relevanten Konsum nach dem FTND als die anderen Altersgruppen. In Hamburg waren im Unterschied dazu die 60- bis 64-Jährigen und in Thüringen waren die 25- bis 39-Jährigen am stärksten betroffen. Im Vergleich der Bundesländer mit dem Bund ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 3-5).

Tabelle 3-5: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	1.1	-	-
18-24	5.8	4.1	5.3	6.0	10.1	8.3	7.4
25-39	6.8	9.0	7.0	11.5	8.8	10.2	9.5
40-59	8.1	8.2	10.0	14.1	10.8	9.5	10.6
60-64	4.8	15.8	6.2	6.4	6.5	4.1	6.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

3.2 Trends 1980 bis 2015

3.2.1 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums

Trendbeobachtungen zeigten für die westdeutschen Bundesländer Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen insgesamt einen signifikanten Rückgang des Tabakkonsums im Laufe der Erhebungen (Abbildung 3-6). Teilweise zeigte sich dieser jedoch erst nach einem anfänglichen Anstieg. Dies traf sowohl auf Männer als auch auf Frauen zu. In Sachsen und Thüringen waren keine signifikanten Veränderungen zu beobachten. Ausnahme davon stellten Männer in Sachsen dar, bei denen die Prävalenz in den Jahren 2003 und 2012 niedriger lag als im Jahr 2015, ohne dass sich dabei über den gesamten Zeitraum eine Richtung des Trends erkennen lässt.

In allen Bundesländern zeigten sich die ausgeprägtesten Rückgänge der Raucherraten in den beiden jüngsten Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und der 25- bis 39-Jährigen (Tabelle 3-6). In Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen war die Prävalenz darüber hinaus auch bei den 40- bis 59-Jährigen zurückgegangen. In Sachsen lag der Anteil der Raucher in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen im Jahr 2015 niedriger als im Jahr 1990, aber höher als im Jahr 2006. Für die 60- bis 64-Jährigen zeigten sich seit dem Jahr 2006, in dem diese Altersgruppe erstmals erhoben wurde, in keinem der Bundesländer signifikante Veränderungen.

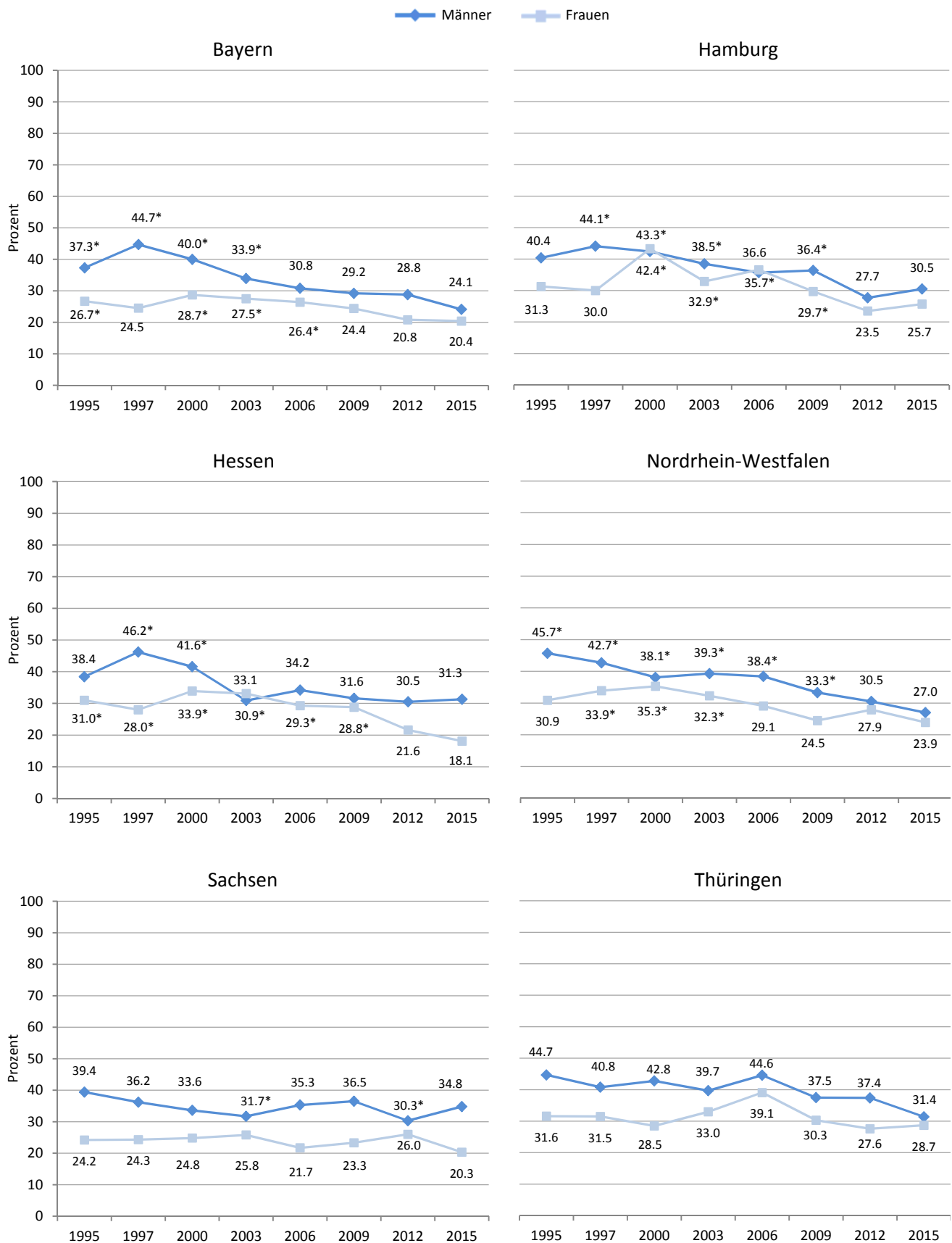


Abbildung 3-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 3-6: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums nach Alter und Bundesland

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern											
18-24	62.3*	43.2*	38.6*	42.1*	40.0*	38.9*	37.1*	42.3*	33.3*	29.3	25.2
25-39	-	37.4*	39.5*	36.8*	40.2*	39.0*	33.0*	27.9	31.5*	26.1	24.0
40-59	-	-	-	24.9	28.2	28.0	27.6	25.9	22.3	22.7	20.5
60-64	-	-	-	-	-	-	-	19.9	13.4	17.5	14.8
Hamburg											
18-24	58.4*	54.3*	50.2*	~	35.4*	~	36.6*	~	35.6*	~	19.6
25-39	-	~	49.7*	45.7	36.6	37.3	37.1	~	32.4*	30.5	31.8
40-59	-	-	-	27.6	38.5*	51.8*	34.4*	36.4*	33.0*	21.9	27.4
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	27.0	~	23.6
Hessen											
18-24	55.0*	44.2*	39.8*	51.8*	32.9	51.7*	44.9*	42.3*	36.9	24.2	27.0
25-39	-	47.8*	41.0*	44.2*	42.8*	41.9*	30.4	39.7*	30.5	27.6	27.2
40-59	-	-	-	21.8	34.5*	31.2	30.2	24.1	28.2	26.3	22.7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	14.2	~	25.4	16.1
NRW											
18-24	57.1*	48.6*	43.5*	42.1*	37.7*	43.4*	40.1*	38.3*	32.5*	25.3	23.2
25-39	-	53.2*	50.1*	42.9*	43.6*	37.1*	35.9*	34.4*	31.2*	30.4	25.2
40-59	-	-	-	33.2	34.6	34.5*	34.8*	32.4	26.5	29.7	26.2
60-64	-	-	-	-	-	-	-	20.8	18.7	21.7	22.1
Sachsen											
18-24	-	-	44.3*	~	33.4	38.9	41.8*	36.0	37.0*	35.5	24.6
25-39	-	-	45.1*	33.2	31.1	35.8	31.3	23.8*	34.8	36.1	32.3
40-59	-	-	-	25.5	28.6	21.1	22.8	29.6	25.6	22.3	25.6
60-64	-	-	-	-	-	-	-	14.8	15.3	12.7	23.2
Thüringen											
18-24	-	-	34.3	~	~	~	49.5*	~	42.5	34.7	29.4
25-39	-	-	40.8*	54.3*	40.4	42.0	42.8	37.1	44.7	41.5*	34.0
40-59	-	-	-	26.4	28.2	26.4	26.7	46.6*	26.4	27.4	28.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	21.1	16.7

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

3.2.2 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums (Konsumenten)

Aktuelle Raucher in Bayern und Nordrhein-Westfalen zeigten generell einen signifikant rückläufigen Trend des starken Tabakkonsums zwischen 1995 und 2015 (Abbildung 3-7). Auch in Hessen und Hamburg zeigte sich ein solcher Trend, der jedoch vor allem bei Frauen größeren Schwankungen unterlag als in den beiden anderen Bundesländern. In Sachsen und Thüringen waren keine signifikanten Veränderungen zu beobachten. Ausnahme davon stellte der Wert für Männer in Sachsen dar, der im Jahr 2006 signifikant höher lag als im Jahr 2015. Für Thüringen ist zu beachten, dass aufgrund geringer Fallzahlen nur wenige Zeitpunkte in den Trendvergleich einbezogen werden konnten, so dass dieser lediglich für die letzten Erhebungsjahre dargestellt ist.

Der Anteil an aktuellen Rauchern mit einem starken Tabakkonsum ging in Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen in allen Altersgruppen signifikant zurück (Tabelle 3-7). In Sachsen reduzierte sich der starke Tabakkonsum seit dem Beginn bzw. der Mitte der 1990er Jahre bei den 18- bis 39-Jährigen, erhöhte sich aber bei den 40- bis 59-Jährigen signifikant im Vergleich zum Jahr 2009. In Thüringen blieben die Prävalenzen in allen Altersgruppen über den Beobachtungszeitraum der letzten drei Jahre unverändert.

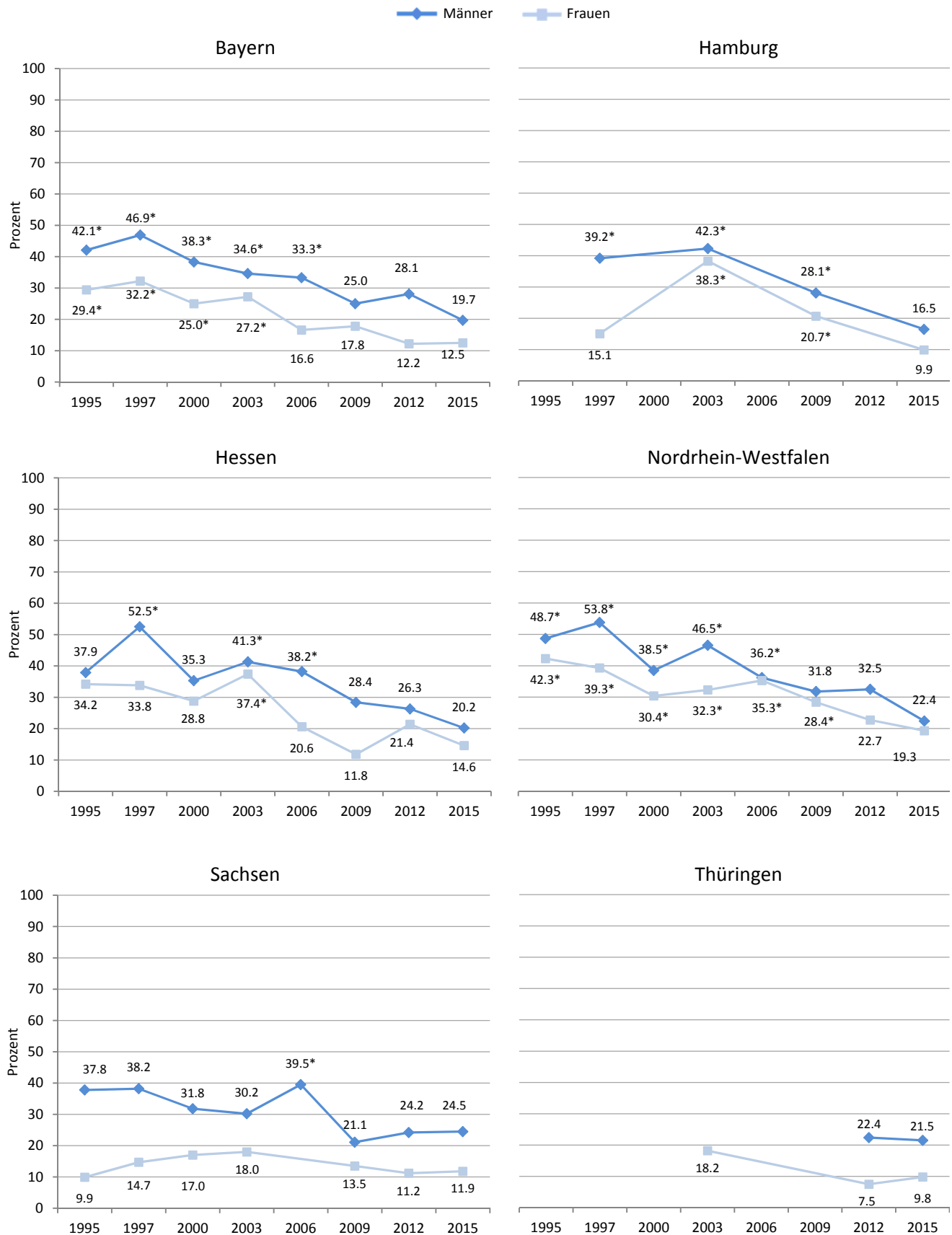


Abbildung 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 3-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des starken Tabakkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1980	1986	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern											
18-24	35.4*	31.8*	31.6*	~	~	~	17.6	21.0	5.5	8.0	6.6
25-39	-	39.6*	41.9*	35.2*	38.8*	34.9*	29.0*	22.2*	21.7*	18.2	10.0
40-59	-	-	-	42.0*	48.8*	34.4	38.4*	30.1	28.3	28.4	24.2
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~
Hamburg											
18-24	41.7*	~	34.9*	~	~	~	20.7	~	7.1	~	~
25-39	-	~	55.5*	~	31.3*	~	37.6*	~	21.6	~	8.5
40-59	-	-	-	~	34.2*	~	48.7*	~	31.8*	~	21.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	32.3
Hessen											
18-24	39.7*	40.5*	37.9*	~	~	~	7.6	10.8	6.2	~	6.4
25-39	-	41.9*	47.2*	48.8*	41.0*	33.9*	34.3*	26.6*	19.1	~	11.0
40-59	-	-	-	38.7	50.3	38.2	53.3*	~	26.7	36.1	27.1
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~
NRW											
18-24	39.0*	38.7*	35.1*	34.4*	32.5*	15.5	11.8	17.2	9.9	13.3	7.9
25-39	-	57.9*	50.3*	45.9*	47.6*	35.3*	39.3*	30.7*	28.2*	23.6	16.8
40-59	-	-	-	50.8*	53.0*	41.2*	49.8*	44.6*	39.0*	33.9	26.3
60-64	-	-	-	-	-	-	-	41.4*	38.8	40.7*	18.2
Sachsen											
18-24	-	-	25.8*	~	~	~	~	~	9.7	~	8.6
25-39	-	-	33.9	21.8	44.2*	30.9*	27.9*	~	18.1	~	11.3
40-59	-	-	-	30.3	25.4	~	~	~	21.9*	~	29.0
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~
Thüringen											
18-24	-	-	~	~	~	~	~	~	~	8.0	7.1
25-39	-	-	~	~	~	~	~	~	~	17.2	16.4
40-59	-	-	-	~	~	~	~	~	~	17.5	17.7
60-64	-	-	-	-	-	-	-	~	~	~	~

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

3.2.3 Durchschnittliche Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

In Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen hat sich die Anzahl der von Rauchern konsumierten Zigaretten von 1995 bis 2015 signifikant reduziert (Abbildung 3-8). In Sachsen war bei Männern keine Veränderung zu beobachten. Im Gegensatz dazu war die Anzahl an Zigaretten pro Tag bei den sächsischen Raucherinnen im Vergleich zu den Jahren 2000, 2003 und 2009 signifikant gesunken. Bei den Befragten in Thüringen zeigten sich im Beobachtungszeitraum insgesamt keine signifikanten Veränderungen.

Die Anzahl an Zigaretten pro Tag reduzierte sich signifikant in Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen für die 18- bis 59-Jährigen (Tabelle 3-8). Ein signifikanter Rückgang war auch bei den 60- bis 64-Jährigen in Nordrhein-Westfalen zu beobachten. In Sachsen war die Prävalenz nur in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen zurückgegangen. In Thüringen gab es keine Veränderungen über die Zeit.

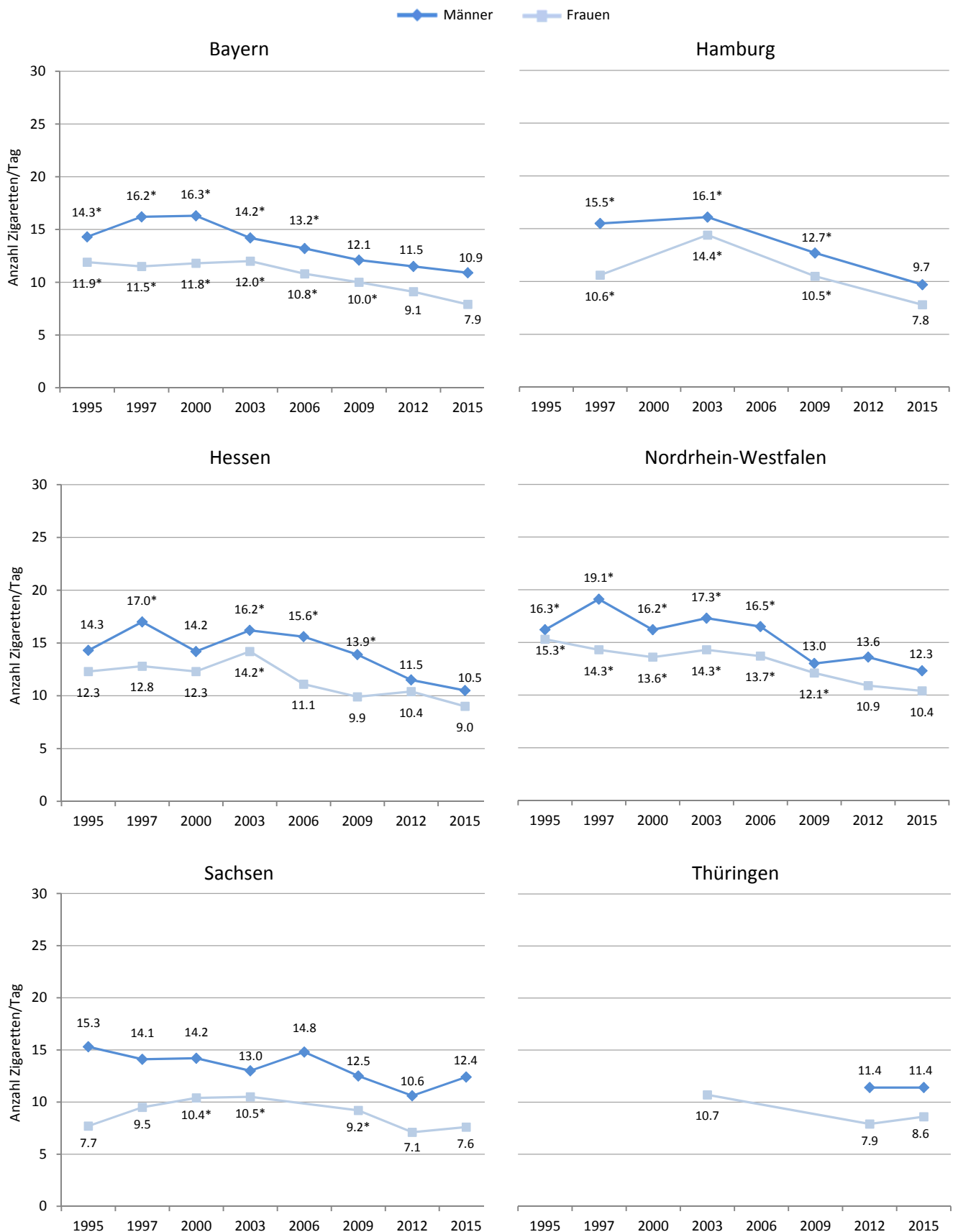


Abbildung 3-8: Trends der durchschnittlichen Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18- bis 59-Jährige)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 3-8: Trends der durchschnittlichen Menge des Tabakkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Anzahl Zigaretten pro Tag

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	~	~	~	11.6*	11.0*	7.6	7.9	7.0
25-39	13.7*	14.3*	14.1*	13.3*	11.6*	11.3*	9.8	7.7
40-59	14.9*	16.0*	14.9*	13.8*	12.9	12.4	11.9	11.6
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~
Hamburg								
18-24	~	~	~	12.9*	~	6.3	~	~
25-39	~	14.1*	~	13.2*	~	10.2*	~	6.6
40-59	~	14.6*	~	18.1*	~	14.2*	~	11.7
60-64	-	-	-	-	~	~	~	17.3
Hessen								
18-24	~	~	~	10.8*	10.8*	9.9*	~	7.1
25-39	14.7*	14.6*	13.7*	14.1*	12.5*	11.5*	~	7.9
40-59	14.2	16.2	15.9	17.5*	~	13.1	13.2	12.4
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~
NRW								
18-24	12.2*	15.5*	11.6*	11.0*	11.9*	9.7*	9.1	7.7
25-39	15.9*	16.9*	14.9*	15.5*	14.9	12.3	11.4	10.8
40-59	17.2*	17.6*	16.3*	17.9*	16.5*	13.8	13.7	12.6
60-64	-	-	-	-	17.3*	14.0	14.1	11.6
Sachsen								
18-24	~	~	~	~	~	9.2	~	7.6
25-39	10.8	15.0*	13.8*	11.4*	~	11.4*	~	8.5
40-59	12.3	12.1	~	~	~	12.0	~	12.9
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~
Thüringen								
18-24	~	~	~	~	~	~	8.5	7.1
25-39	~	~	~	~	~	~	9.3	9.2
40-59	~	~	~	~	~	~	10.8	11.3
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

3.2.4 30-Tage-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND

Der Anteil an Personen, die basierend auf dem FTND Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum zeigten, hatte in Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen sowie bei Frauen in Hessen von 2000 bis 2015 signifikant abgenommen (Abbildung 3-9). In Thüringen, Sachsen und bei Männern in Hessen blieben die Prävalenzen über die Zeit hinweg stabil.

Bei Betrachtung der Altersgruppen war in Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen bei den 18- bis 39-Jährigen ein rückläufiger Trend in Hinblick auf klinisch relevanten Tabakkonsum von 2000 bis 2015 zu erkennen (Tabelle 3-9). In Hamburg war dies ebenfalls bei den 40- bis 59-Jährigen zu beobachten. In Hessen und Thüringen veränderten sich die Prävalenzen im Beobachtungszeitraum nicht. Bei den 40- bis 59-Jährigen in Sachsen stiegen die Prävalenzen im Vergleich zum Jahr 2000 signifikant an.

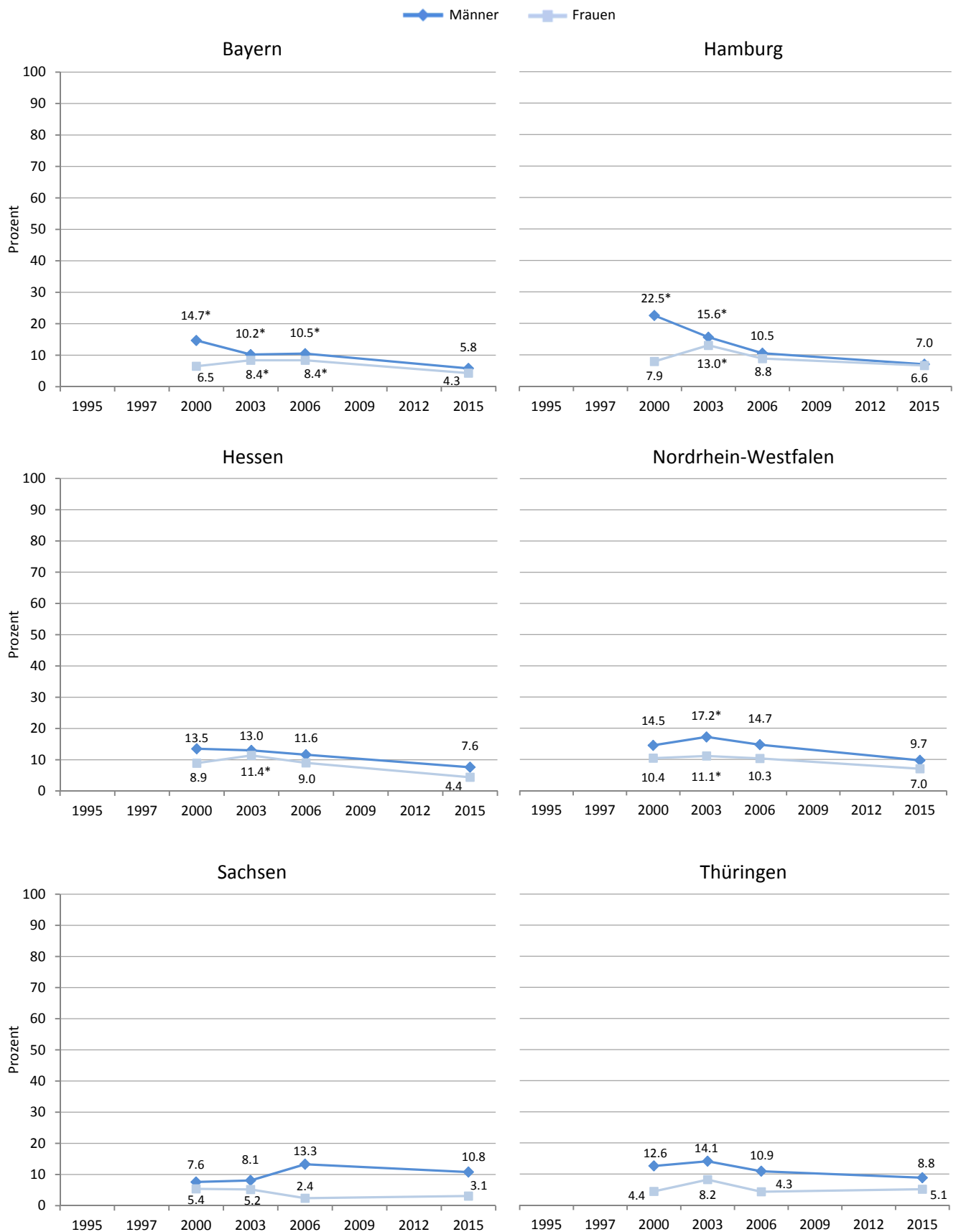


Abbildung 3-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde der FTND nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 3-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach FTND nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	-	-	11.8	9.1	12.9*	-	-	3.3
25-39	-	-	11.7*	9.8*	9.3*	-	-	4.0
40-59	-	-	8.8	9.0	9.2	-	-	6.1
60-64	-	-	-	-	6.8	-	-	4.5
Hamburg								
18-24	-	-	0.0	10.9*	13.7	-	-	3.2
25-39	-	-	10.3*	12.1*	9.9	-	-	6.4
40-59	-	-	21.3*	17.1*	9.8	-	-	7.1
60-64	-	-	-	-	5.5	-	-	11.9
Hessen								
18-24	-	-	2.3	11.4	7.8	-	-	3.2
25-39	-	-	13.0	12.5	12.4	-	-	5.2
40-59	-	-	12.2	12.3	10.5	-	-	7.1
60-64	-	-	-	-	6.0	-	-	6.2
NRW								
18-24	-	-	10.7*	9.6*	12.5*	-	-	5.5
25-39	-	-	12.6	15.0*	12.5	-	-	8.5
40-59	-	-	12.7	14.9	13.2	-	-	9.7
60-64	-	-	-	-	8.3	-	-	5.1
Sachsen								
18-24	-	-	5.8	6.1	6.6	-	-	5.4
25-39	-	-	8.8	7.7	4.2	-	-	5.9
40-59	-	-	5.0*	6.2	11.6	-	-	8.3
60-64	-	-	-	-	5.4	-	-	6.2
Thüringen								
18-24	-	-	~	9.1	~	-	-	6.0
25-39	-	-	8.4	15.1	7.5	-	-	7.4
40-59	-	-	7.8	7.9	11.5	-	-	7.7
60-64	-	-	-	-	~	-	-	4.1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

3.3 Schwerpunkt E-Zigarette

3.3.1 Bekanntheit

Deutschlandweit war die E-Zigarette einem Großteil der Stichprobe im Alter von 18 bis 64 Jahren bekannt (85.3 %; Abbildung 3-10). Dies traf sowohl auf Männer als auch auf Frauen zu. Frauen in Sachsen (80.4 %) und Hamburg (79.5 %) sowie die Gesamtstichprobe in Hamburg berichteten von einer signifikant geringeren Bekanntheit der E-Zigaretten im Vergleich zum Bund.

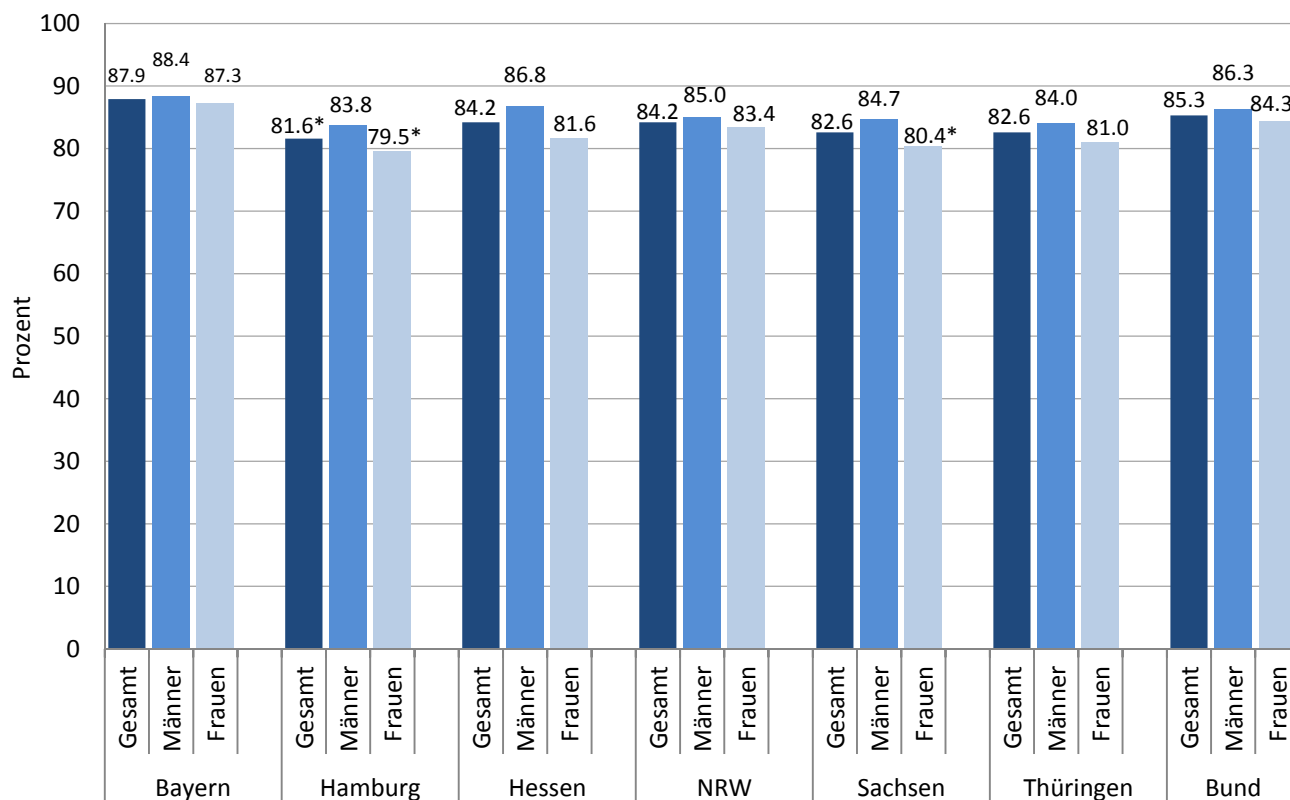


Abbildung 3-10: Bekanntheit von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Hinblick auf die Altersgruppen zeigte sich, dass die Bekanntheit von E-Zigaretten mit steigendem Alter zurückging (Tabelle 3-10). Bundesweit war die E-Zigarette 91.8 % der 18- bis 24-Jährigen bekannt, wohingegen dies lediglich bei 81.2 % der 60- bis 64-Jährigen der Fall war. Im Vergleich der Bundesländer mit dem Bund war die Bekanntheit von E-Zigaretten in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen in Hamburg signifikant niedriger (81.4 %). Weitere Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 3-10: Bekanntheit von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	88.9	-	-
18-24	91.8	81.4*	91.9	91.9	90.2	90.7	91.8
25-39	88.9	84.8	81.3	81.3	83.8	85.5	84.8
40-59	87.3	79.9	84.9	84.1	81.1	80.8	84.8
60-64	82.0	76.8	79.8	83.1	79.7	76.5	81.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.2 Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Bundesweit berichteten 14.3 % der Befragten, jemals eine E-Zigarette probiert zu haben (Abbildung 3-11). Der Anteil von Männern und Frauen war in den meisten Bundesländern gleichmäßig verteilt. Im Vergleich zum Bund (13.2 %) berichteten Frauen in Hessen (8.3 %) und in Sachsen (9.2 %) signifikant niedrigere Prävalenzen. Im Gegensatz dazu war die Prävalenz in der Gesamtstichprobe in Hamburg signifikant höher als im Bundesdurchschnitt.

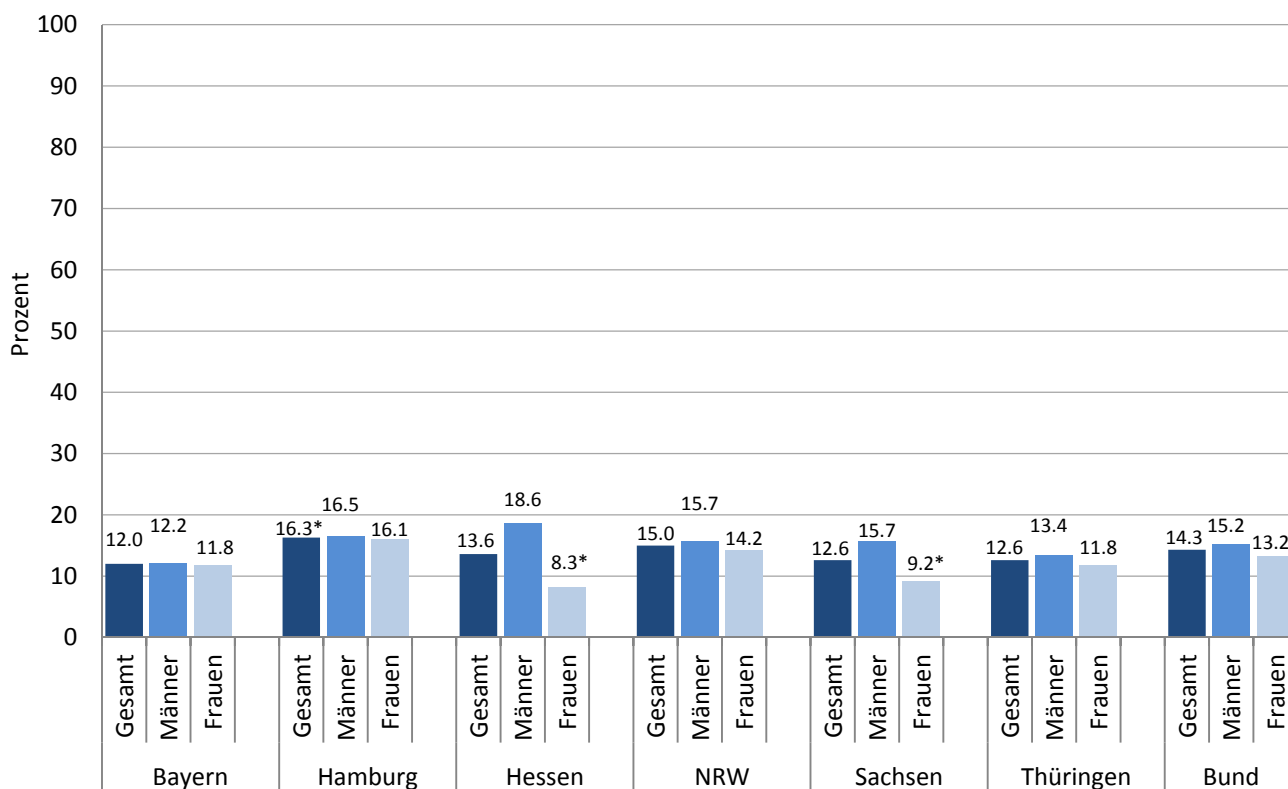


Abbildung 3-11: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Mit Zunahme des Alters gaben die Befragten seltener an, jemals eine E-Zigarette probiert zu haben (Tabelle 3-11). Bundesweit lag die Lebenszeit-Prävalenz der 18- bis 24-Jährigen bei 31.0 % und bei den 60- bis 64-Jährigen bei 3.7 %. Auffällig war die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutliche erhöhte Prävalenz bei 60- bis 64-Jährigen in Hamburg (15.2 %).

Tabelle 3-11: Lebenszeit-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	23.0	-	-
18-24	32.4	30.0	34.6	30.6	31.8	32.7	31.0
25-39	14.8	17.7	17.8	18.6	16.5	19.2	18.8
40-59	6.4	11.3	7.1	9.7	7.8	6.6	9.0
60-64	1.8	15.2*	4.1	8.4	1.1	3.1	3.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.3 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Schätzungsweise 6.8 % der bundesweiten Stichprobe nutzten in den letzten 12 Monaten eine E-Zigarette (Abbildung 3-12). Hierbei war der Anteil der Männer in den Bundesländern tendenziell höher als der Anteil der Frauen. Frauen in Sachsen (3.1 %) wiesen im Vergleich zum Bund (5.9 %) eine signifikant niedrigere Prävalenz auf.

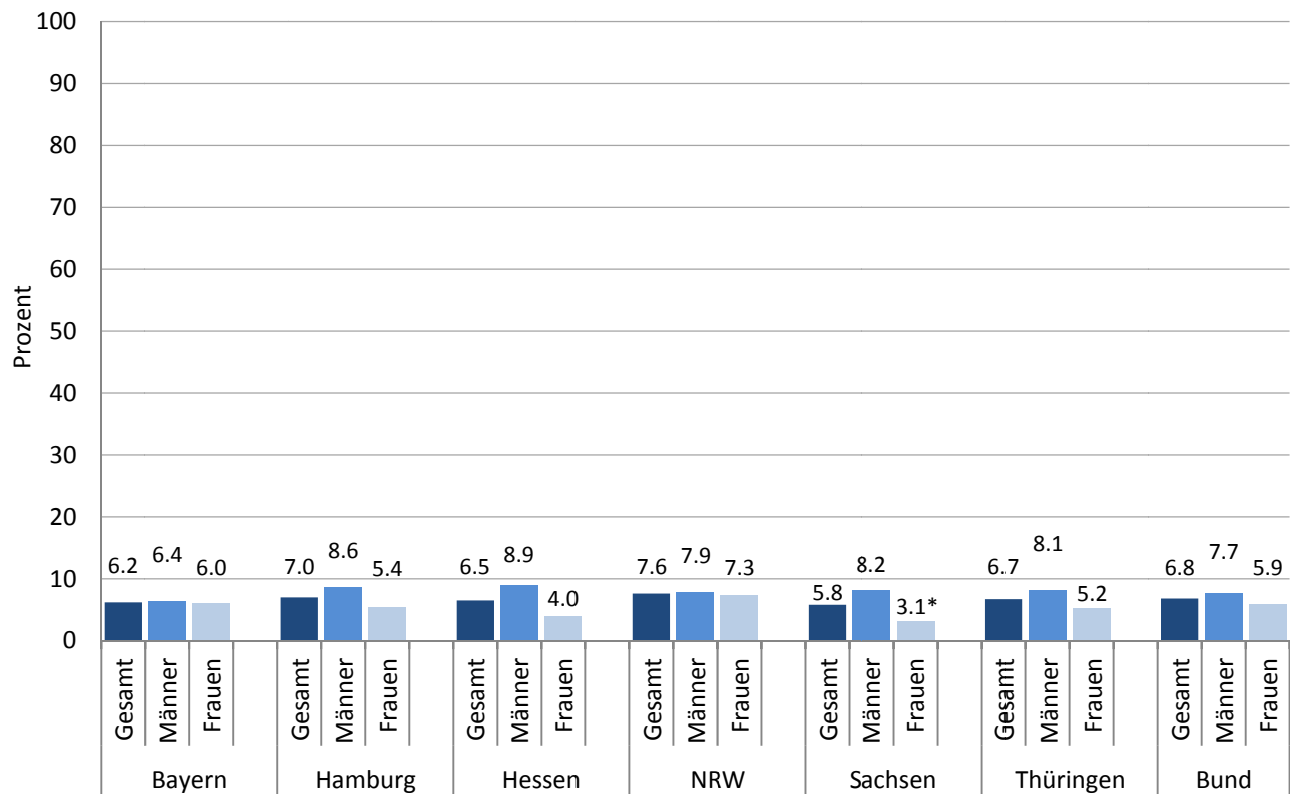


Abbildung 3-12: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die Prävalenzen sanken mit Zunahme des Alters (Tabelle 3-12). Bei den 18- bis 24-Jährigen gaben bundesweit 16.7 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten E-Zigaretten konsumiert zu haben, während dies lediglich 4.0 % der 40- bis 59-Jährigen sowie 1.6 % der 60- bis 64-Jährigen berichteten. Im Vergleich zum Bund (8.8 %) war die 12-Monats-Prävalenz in Hamburg bei den 25- bis 39-Jährigen (5.7 %) signifikant niedriger.

Tabelle 3-12: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	15.7	-	-
18-24	17.5	14.9	18.1	17.0	14.5	21.4	16.7
25-39	7.7	5.7*	7.6	8.1	6.1	11.7	8.8
40-59	3.1	6.6	3.8	5.6	3.9	1.8	4.0
60-64	0.5	3.7	0.8	2.1	1.1	1.0	1.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.4 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten

Der bundesweite Anteil der Befragten, welche im letzten Monat E-Zigaretten konsumierten, lag bei 2.9 % (Abbildung 3-13). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Bund und den Bundesländern.

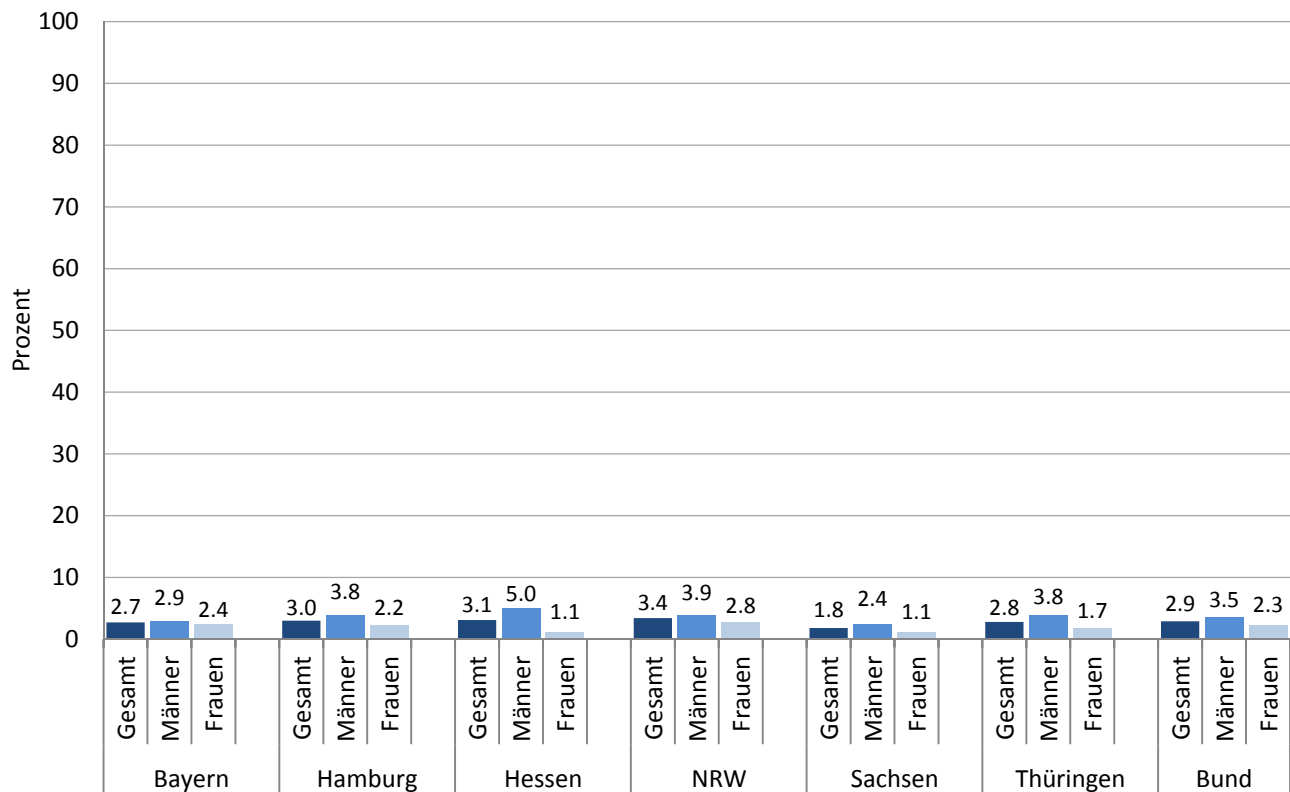


Abbildung 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Mit Zunahme des Alters gaben die Befragten seltener an, im letzten Monat E-Zigaretten konsumiert zu haben (Tabelle 3-13). Bundesweit lagen die Prävalenzen bei den 18- bis 24-Jährigen bei 5.0 % und bei den 60- bis 64-Jährigen bei 1.0 %. Im Vergleich mit dem Bund (2.0 %) wiesen die 40- bis 59-Jährigen in Hamburg (4.2 %) signifikant höhere Prävalenzen auf.

Tabelle 3-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	6.1	-	-
18-24	6.6	5.8	5.6	6.3	4.7	8.5	5.0
25-39	3.5	1.4	3.4	3.8	1.5	5.1	4.1
40-59	1.5	4.2*	2.9	2.8	1.2	0.8	2.0
60-64	0.3	0.0	0.0	0.6	1.1	0.0	1.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.5 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten (Konsumenten)

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von E-Zigaretten lag bundesweit bei 31.3 Jahren (Abbildung 3-14). Tendenziell waren Frauen beim erstmaligen Konsum etwas älter als Männer, wobei die Unterschiede gering ausfielen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bund waren nicht signifikant.

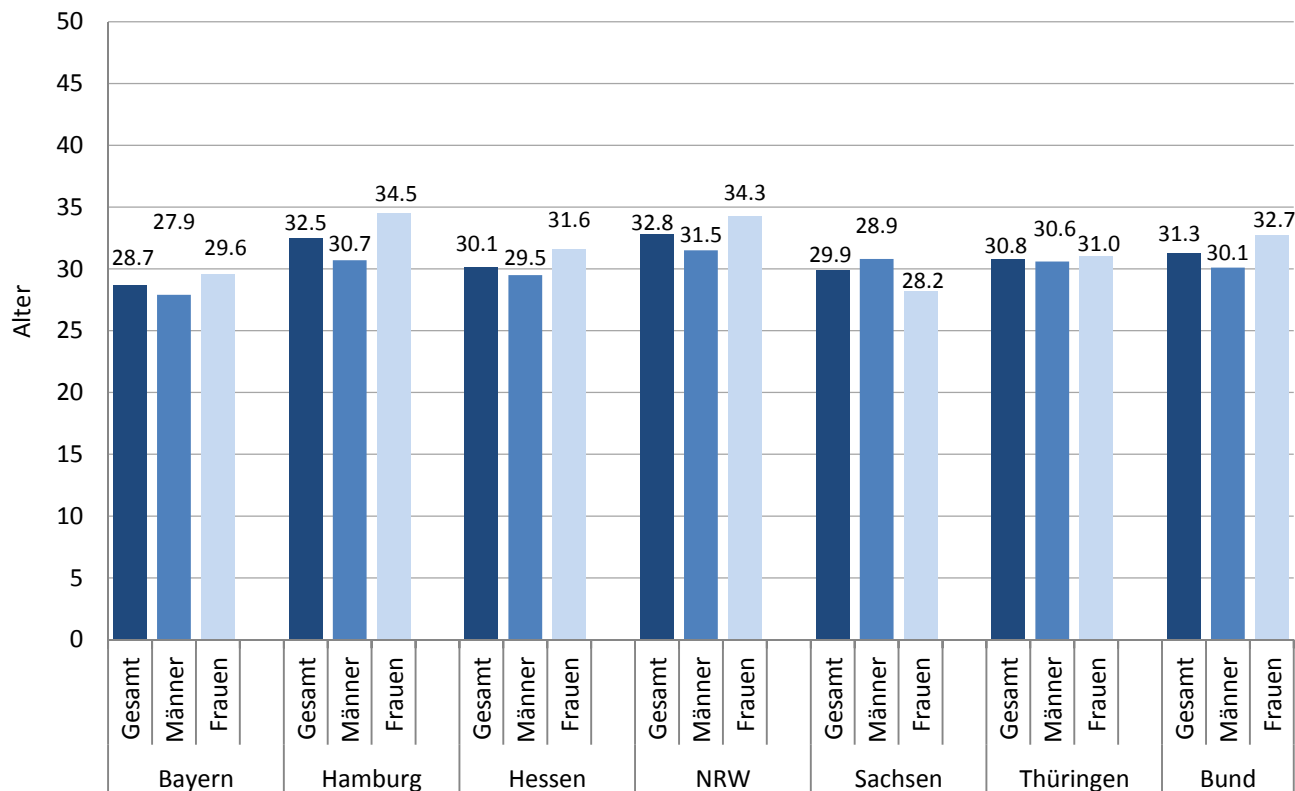


Abbildung 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Das Alter beim erstmaligen Konsum von E-Zigaretten stieg mit dem Alter der Befragten an (Tabelle 3-14). Das Einstiegsalter der 18- bis 24-Jährigen lag bei 18.7 Jahren und das Einstiegsalter der 60- bis 64-Jährigen bei 58.1 Jahren. Im Vergleich zum Bund zeigten sich signifikante Unterschiede für Hamburg: Die 18- bis 24-Jährigen und 60- bis 64-Jährigen berichteten ein jüngeres Alter bei Beginn des E-Zigarettenkonsums.

Tabelle 3-14: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Gebrauch von E-Zigaretten nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	14.8	-	-
18-24	18.3	17.9*	19.2	18.8	18.8	19.3	18.7
25-39	26.6	27.7	28.1	28.5	27.0	27.7	27.6
40-59	45.4	45.4	44.8	45.7	46.5	45.7	45.7
60-64	54.0	54.9*	56.7	59.2	59.0	60.0	58.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3.6 Einschätzung der Gefahren von E-Zigaretten

Bundesweit schätzten 45.7 % der 18- bis 64-Jährigen den Konsum von E-Zigaretten als genauso schädlich ein wie den Konsum von herkömmlichen Zigaretten, während 31.1 % den Konsum für weniger schädlich und 9.8 % den Konsum für schädlicher hielten (Abbildung 3-15). Tendenziell wurden die E-Zigaretten von Männern häufiger als weniger schädlich und von Frauen häufiger als genauso schädlich wie konventionelle Zigaretten wahrgenommen. Im Vergleich zum Bund (31.1 %) schätzten in Thüringen (25.8 %) signifikant weniger Befragte und in Hamburg (34.9 %) signifikant mehr Befragte die E-Zigarette als weniger schädlich ein. Zudem war in Hamburg ein signifikant kleinerer Anteil der Gesamtstichprobe sowie der Männer der Meinung, dass der E-Zigarettenkonsum schädlicher als der herkömmliche Zigarettenkonsum sei.

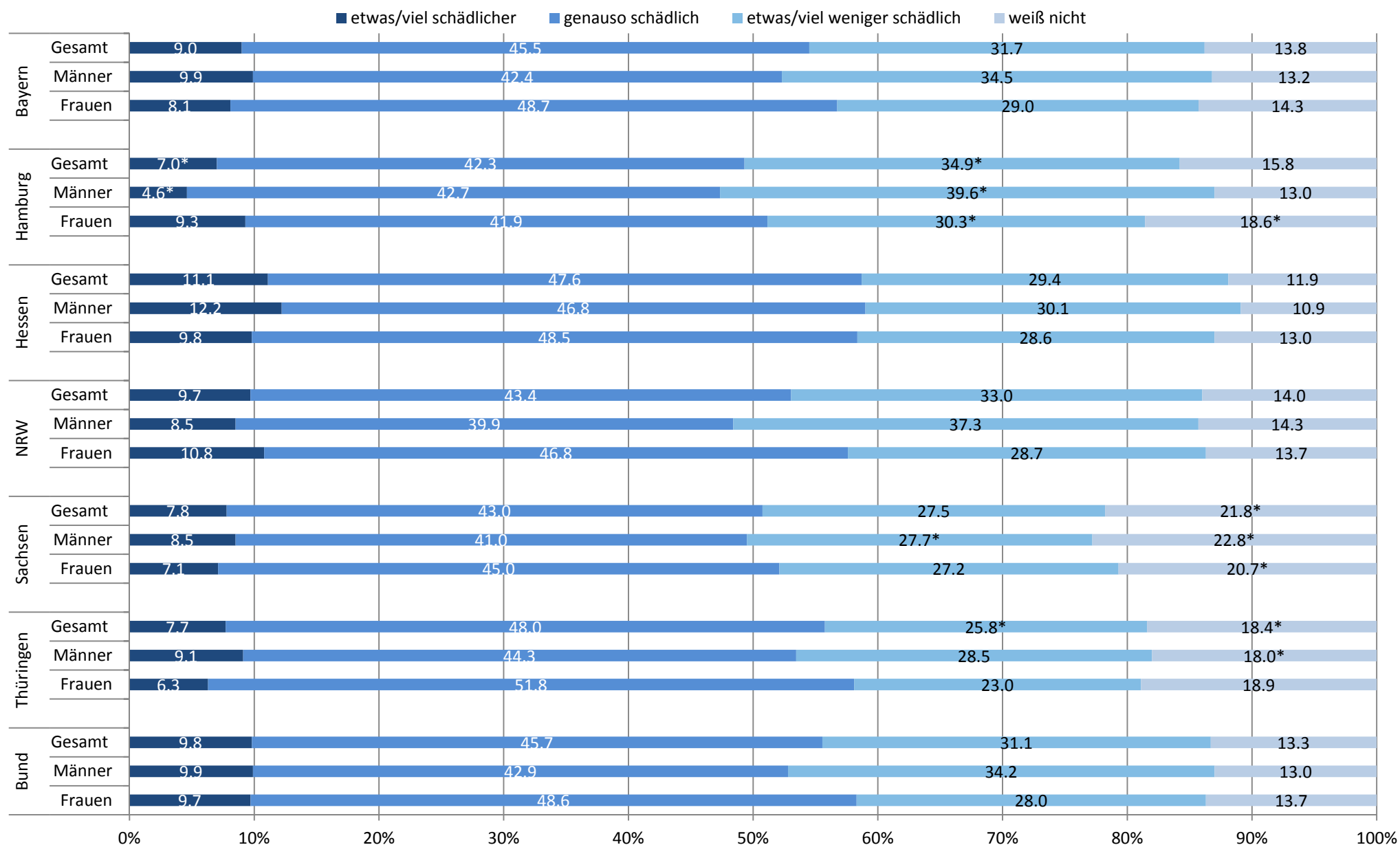


Abbildung 3-15: Einschätzung der Gefahren von E-Zigaretten nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4 Alkohol

4.1 Die Situation im Jahr 2015

4.1.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

Bundesweit hatten 72.5 % der Personen in den 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert, wobei die Prävalenz unter Männern etwas höher lag als unter Frauen (77.1 % vs. 67.8 %; Abbildung 4-1). Weder für die Gesamtstichprobe noch bei getrennter Betrachtung der Geschlechter bestanden in den teilnehmenden Bundesländern Abweichungen vom bundesweiten Durchschnitt.

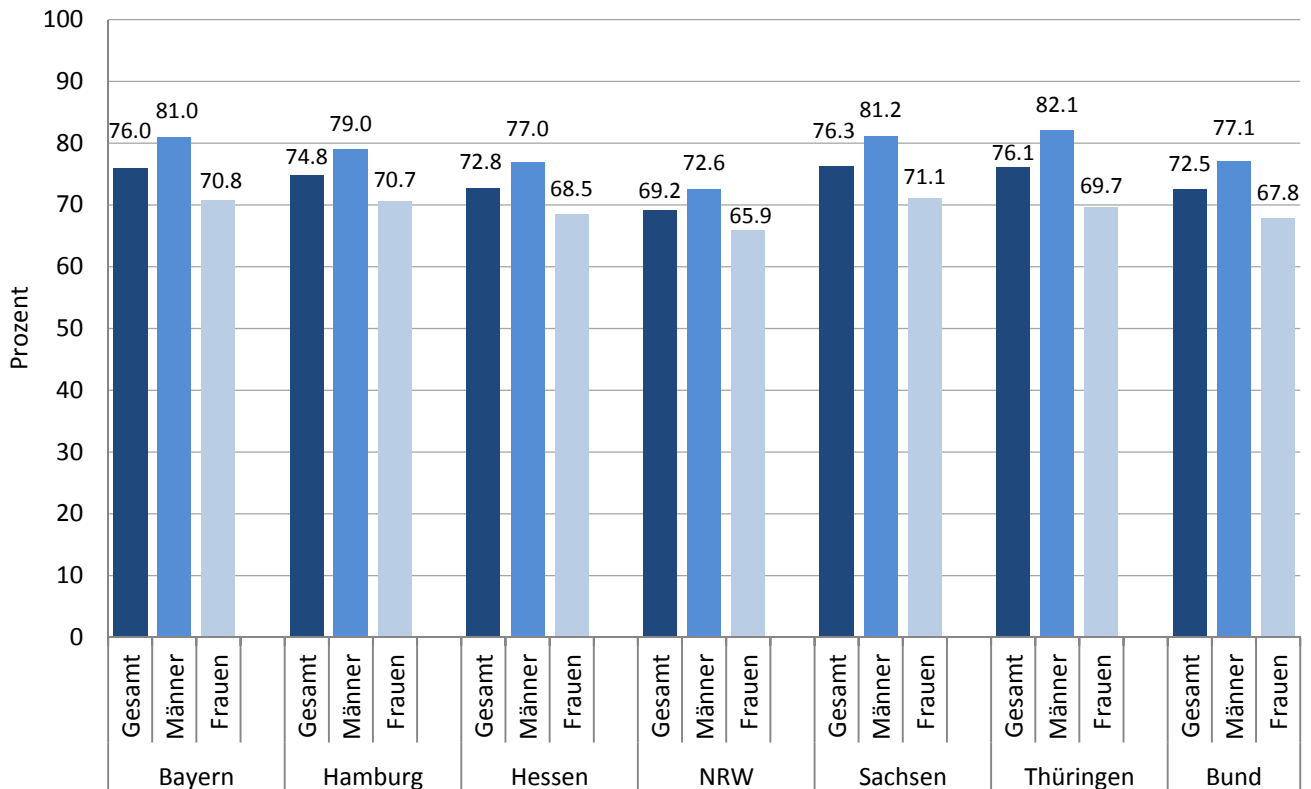


Abbildung 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland

In Bezug auf altersstratifizierte Prävalenzen zeigten sich signifikante Unterschiede zur bundesweiten Prävalenz mit erhöhten Werten in Sachsen bei 18- bis 24- und 40- bis 59-Jährigen (79.5 % vs. 71.7 % bzw. 80.3 % vs. 73.4 %) sowie in Hamburg bei 25- bis 39-Jährigen (77.7 % vs. 72.4 %). In Hamburg war zudem die Prävalenz unter 18- bis 24-Jährigen vergleichsweise geringer (64.2 % vs. 71.7 %).

Tabelle 4-1: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	53.1	-	-
18-24	71.9	64.2*	67.7	68.3	79.5*	76.0	71.7
25-39	78.1	77.7*	67.2	65.6	74.2	72.9	72.4
40-59	77.0	74.6	78.0	71.0	80.3*	77.2	73.4
60-64	69.5	79.2	70.1	71.9	63.1	78.8	69.3

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten)

Unter den Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage berichtete bundesweit etwa jeder Fünfte (22.4 % der Männer, 20.2 % der Frauen) den Konsum von durchschnittlich täglich mehr als 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol, was als riskanter Konsum einzustufen ist (Abbildung 4-2). Im Vergleich mit der Bundstichprobe fanden sich signifikant höhere Werte für Männer in Thüringen (28.6 %) und Sachsen (34.6 %) sowie für Frauen in Hamburg (26.6 %). Hamburg stellte zudem das einzige Bundesland dar, in dem die Prävalenz riskanten Konsums für Frauen höher lag als für Männer.

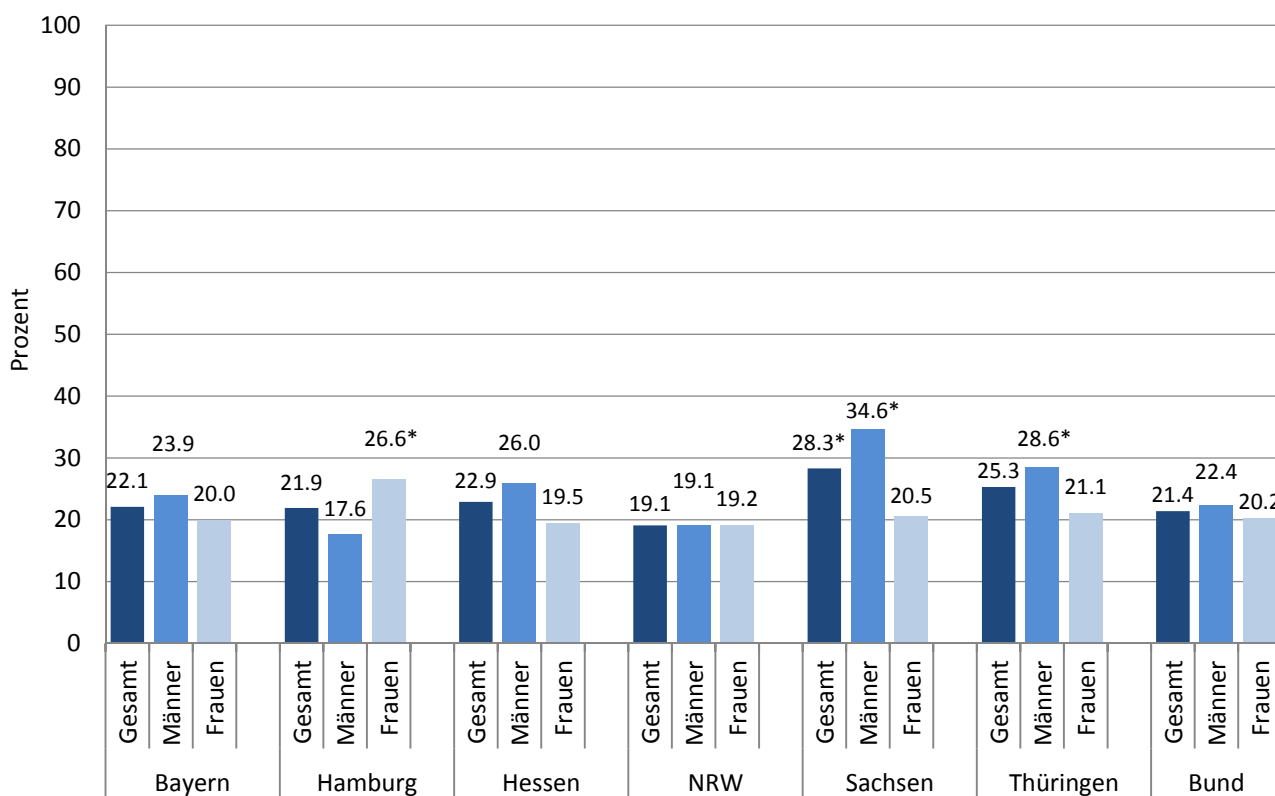


Abbildung 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Bezug auf einzelne Altersgruppen erwiesen sich die Prävalenzen in den betrachteten Bundesländern als weitgehend vergleichbar (Tabelle 4-2). Signifikant erhöhte Werte im Vergleich zum Bund fanden sich lediglich unter 40- bis 59-Jährigen in Sachsen (31.4 % vs. 21.5 %).

Tabelle 4-2: 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	9.6	-	-
18-24	26.1	22.5	20.8	27.2	19.6	30.9	24.5
25-39	16.0	19.3	17.7	16.3	25.9	26.2	18.6
40-59	24.8	20.9	25.6	18.2	31.4*	24.7	21.5
60-64	22.1	36.7	25.3	20.8	28.7	21.5	25.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten)

In der Bundstichprobe hatte unter den Konsumenten fast die Hälfte der Männer (46.5 %) und etwa jede fünfte Frau (21.6 %) in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens eine Episode des Rauschtrinkens, also den Konsum von mindestens 5 alkoholischen Getränken am Tag, erlebt (Abbildung 4-3). Die Prävalenz lag bei Frauen in Sachsen (15.8 %) und Bayern (16.5 %) signifikant niedriger und bei Frauen in Hamburg höher (32.6 %). Der Anteil der männlichen Betroffenen lag über dem der Frauen.

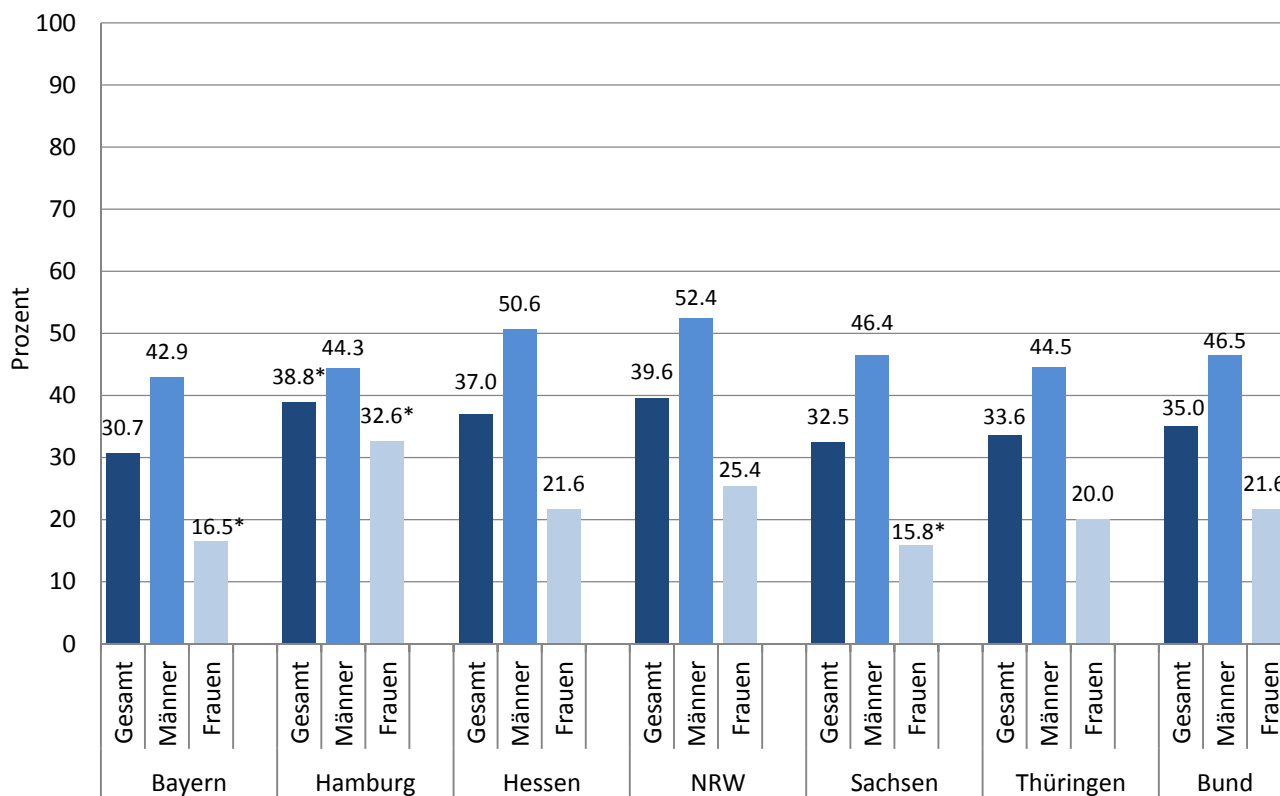


Abbildung 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei Betrachtung der Altersgruppen lag die Prävalenz unter den 18- bis 24-Jährigen in Sachsen und Thüringen signifikant unter der der bundesweiten Stichprobe (41.8 % bzw. 43.3 % vs. 57.5 %) und unter 25- bis 39-Jährigen in Hamburg darüber (46.5 % vs. 40.9 %; Tabelle 4-3). Insgesamt nahm die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens mit zunehmendem Alter ab. Von den 15- bis 17-Jährigen, die lediglich in Sachsen befragt wurden, hatte etwa ein Drittel der Konsumenten (32.4 %) mindestens eine Rauschepisode erlebt.

Tabelle 4-3: 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	32.4	-	-
18-24	52.7	60.4	60.5	62.6	41.8*	43.3*	57.5
25-39	38.4	46.5*	41.0	46.4	35.7	43.0	40.9
40-59	23.0	28.1	30.9	31.8	27.3	28.4	27.6
60-64	15.4	32.5	29.8	31.4	39.8	26.7	26.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.4 Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

Alkoholkonsumenten der letzten 30 Tage tranken im Durchschnitt 13.1 Gramm Reinalkohol pro Tag (Abbildung 4-4). Der Wert war sowohl bundesweit als auch in allen betrachteten Bundesländern bei Männern höher als bei Frauen. Im Vergleich einzelner Bundesländer wiesen Männer in Hamburg geringere (14.0 Gramm) und in Sachsen erhöhte (23.6 Gramm) Werte auf als im Bund (17.1 Gramm).

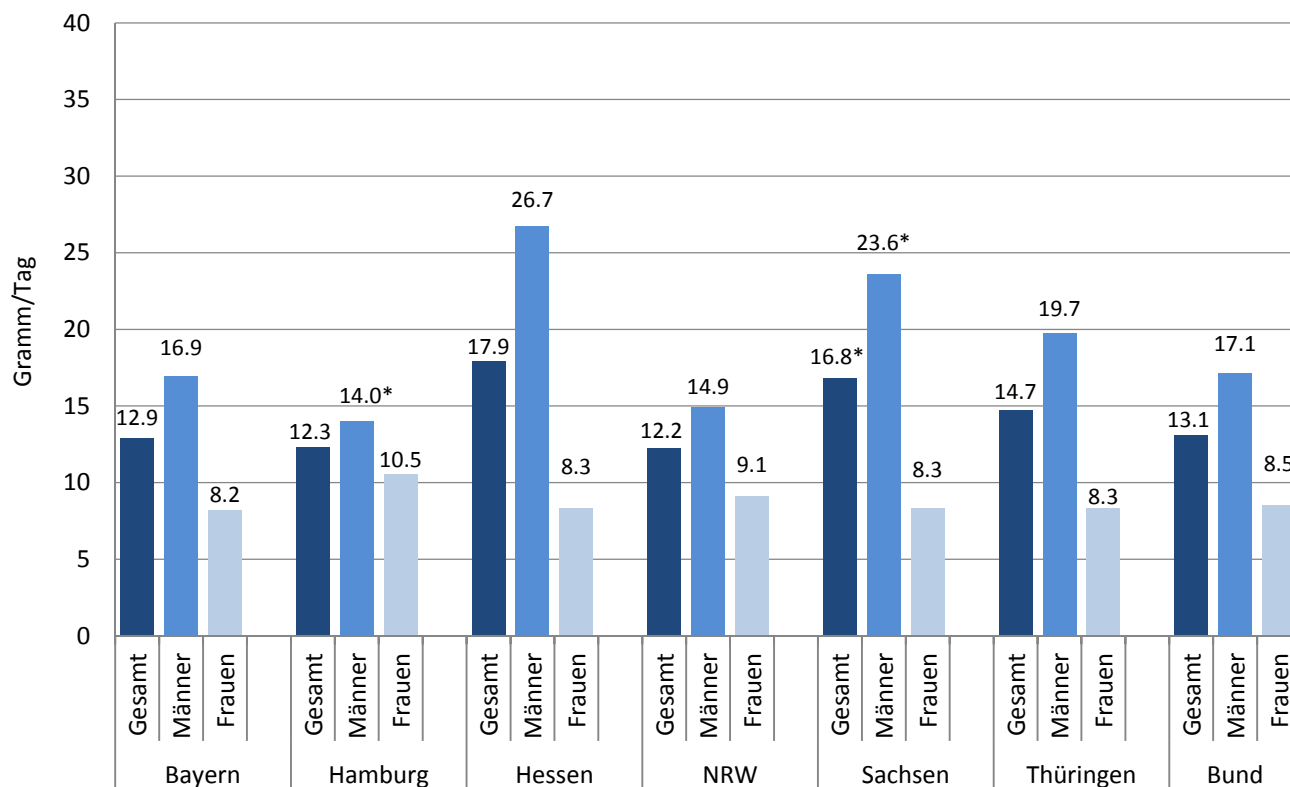


Abbildung 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Sachsen zeigten sich als einzigem Bundesland signifikante Unterschiede der Konsummengen nach Altersgruppen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (Tabelle 4-4). Bei 25- bis 39-Jährigen (15.0 Gramm) sowie bei 40- bis 59-Jährigen (15.3 Gramm) waren signifikant höhere Werte zu beobachten als im Bund (12.6 Gramm bzw. 13.0 Gramm).

Tabelle 4-4: Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Gramm pro Tag

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	13.9	-	-
18-24	14.7	12.3	12.9	14.4	14.8	15.2	13.7
25-39	10.9	11.2	11.6	13.3	15.0*	15.8	12.6
40-59	13.7	12.5	23.0	10.9	15.3*	14.6	13.0
60-64	12.9	16.3	14.5	12.6	15.7	12.3	14.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.5 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum (Konsumenten)

Das Alter, zu dem Studienteilnehmer durchschnittlich zum ersten Mal ein Glas Alkohol getrunken hatten, lag zwischen 15.0 Jahren in Thüringen und 15.7 Jahren in Nordrhein-Westfalen (Abbildung 4-5). Im Vergleich zum Bund berichteten Männer in Hamburg einen etwas späteren Einstieg (15.4 Jahre vs. 15.1 Jahre) und Frauen in Thüringen einen früheren (15.1 Jahre vs. 15.7 Jahre).

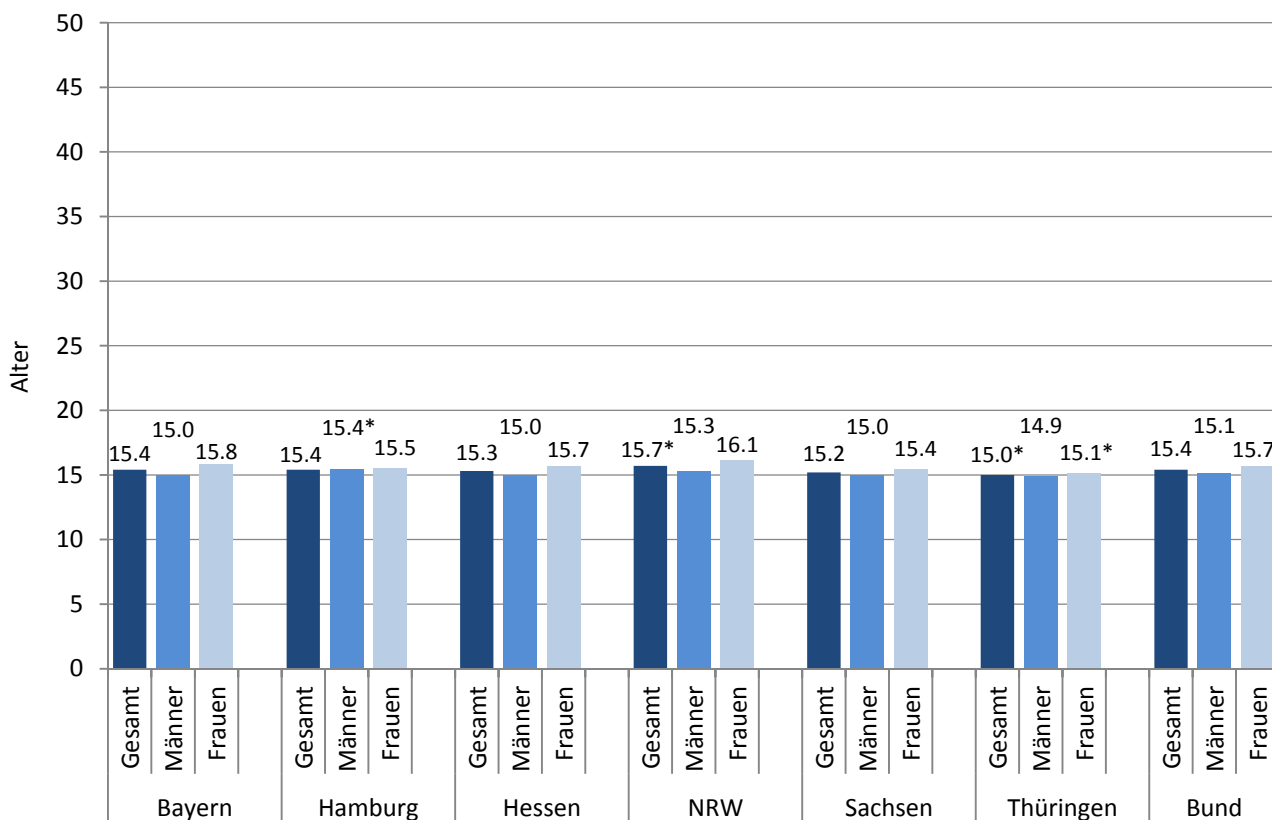


Abbildung 4-5: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei Betrachtung der Altersgruppen zeigten verglichen mit der bundesweiten Stichprobe 40- bis 59-Jährige in Sachsen und Thüringen einen früheren Einstieg in den Alkoholkonsum und 25- bis 29-Jährige in Hamburg einen späteren. In allen Bundesländern hatten jüngere Kohorten früher begonnen, Alkohol zu trinken, als ältere Kohorten.

Tabelle 4-5: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Alkoholkonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	13.9	-	-
18-24	14.7	14.5	14.6	15.0	14.8	14.5	14.8
25-39	15.0	15.3*	15.3	15.2	15.0	14.8	15.0
40-59	15.7	15.6	15.4	15.9	15.3*	15.1*	15.7
60-64	16.2	16.3	16.2	16.6	15.7	15.3	16.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.1.6 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT

Nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) lagen bei 28.3 % der Männer und 9.6 % der Frauen in der Bundstichprobe Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum vor (Abbildung 4-6). Im Vergleich dazu war die Prävalenz bei Frauen in Sachsen signifikant niedriger (6.5 %) und bei Frauen in Hamburg signifikant höher (14.9 %). In allen Bundesländern wiesen Männer höhere Prävalenzen auf als Frauen.

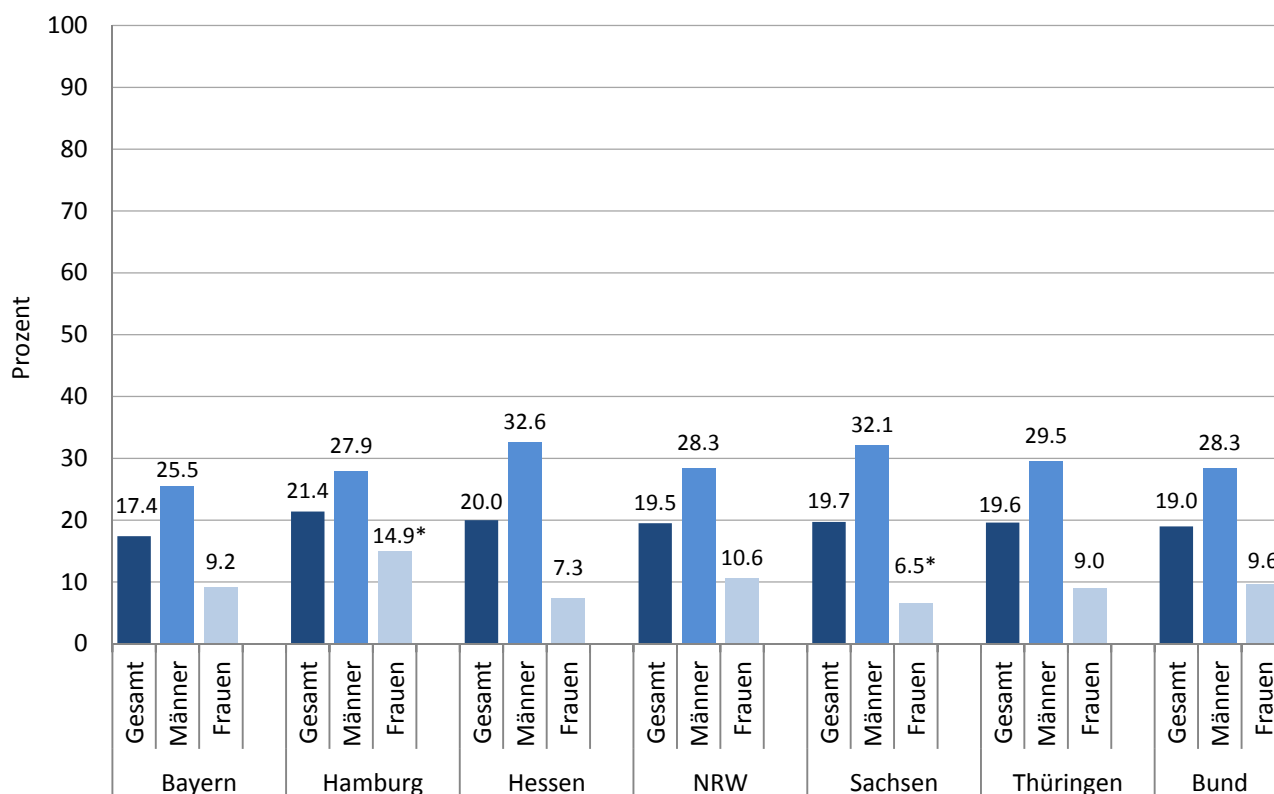


Abbildung 4-6: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen ergaben sich lediglich bei 60- bis 64-Jährigen in Bayern signifikante Unterschiede mit einer niedrigeren Prävalenz als unter Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe (5.7 % vs. 13.1 %; Tabelle 4-6). Insgesamt war der Anteil an Personen mit Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum im jungen Erwachsenenalter am höchsten. Unter den 15- bis 17-Jährigen in Sachsen bestanden bei etwa jeder zehnten Person (11.1 %) Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum.

Tabelle 4-6: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	11.1	-	-
18-24	36.6	35.0	34.9	36.5	29.9	28.8	35.5
25-39	22.9	24.7	18.6	19.5	20.5	24.0	22.9
40-59	11.2	14.7	18.9	15.6	18.0	17.3	13.8
60-64	5.7*	21.6	10.9	16.0	15.9	11.8	13.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

4.2 Trends 1995 bis 2015

4.2.1 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

In allen betrachteten Bundesländern war die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums im betrachteten Zeitraum bei beiden Geschlechtern rückläufig (Abbildung 4-7). In den meisten Bundesländern war diese Entwicklung jedoch nicht stetig, sondern von einem Anstieg der Werte zu Beginn des Jahrtausends und einem anschließenden Rückgang gekennzeichnet. Eine Ausnahme von diesem Muster fand sich in Bayern, wo die Konsumprävalenz unter Männern bis zum Jahr 2000 auf hohem Niveau stabil blieb. In keinem der Bundesländer waren Veränderungen seit 2006 signifikant, weder für Frauen noch für Männer.

Bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen (Tabelle 4-7) wird deutlich, dass der Anstieg in der 30-Tage-Prävalenz zu Beginn des Jahrtausends durch die jüngste Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen dominiert war, so dass diese trotz des Rückgangs in der Prävalenz in den letzten Jahren auf dem Niveau der frühesten Messungen lagen. Dieses Muster fand sich für alle Bundesländer und variierte lediglich in seiner Intensität. So war der zwischenzeitliche Anstieg der Werte in Sachsen am geringsten ausgeprägt und in Hessen und Hamburg am deutlichsten. In Thüringen ließ sich eine diesbezügliche Aussage nicht treffen, da die Fallzahlen erst ab dem Jahr 2003 verlässliche Schätzungen zur Prävalenz in dieser Altersgruppe erlauben. In älteren Altersgruppen war häufig ein Rückgang der Prävalenz im Vergleich mit den ersten Messungen zu verzeichnen. In der ältesten Gruppe der 60- bis 64-Jährigen, die seit 2006 in der Stichprobe enthalten waren, war nur eine signifikante Veränderung mit einem Rückgang der Trinkprävalenz zwischen den Jahren 2006 und 2015 in Hamburg zu beobachten.

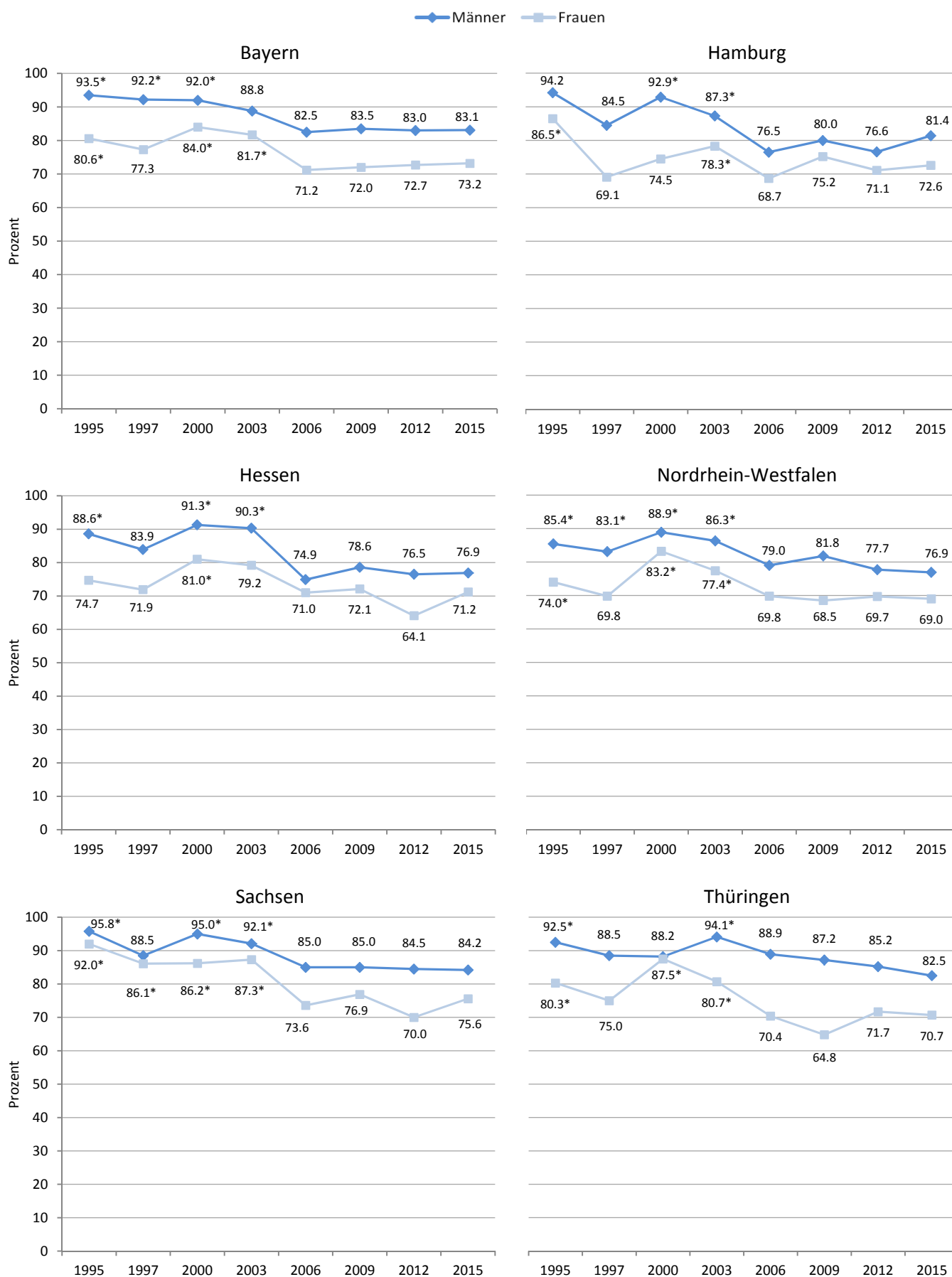


Abbildung 4-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-7: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	83.1	76.7	89.6*	84.4*	79.1	76.9	77.7	74.5
25-39	86.3	84.4	87.8	83.7	77.4	77.5	77.0	79.1
40-59	88.9*	87.9*	87.5*	87.1*	76.0	78.1	78.2	78.7
60-64	-	-	-	-	75.6	76.2	72.3	74.5
Hamburg								
18-24	~	65.4	~	78.5*	~	75.1*	~	66.4
25-39	89.9	82.9	90.3*	84.9*	~	80.0	74.1*	79.6
40-59	91.4*	74.0	80.6	82.2*	72.3	76.4	73.9	77.8
60-64	-	-	-	-	~	67.3*	~	83.1
Hessen								
18-24	70.3	89.5*	85.1*	71.9	69.9	73.2	75.5	68.7
25-39	89.0*	78.5	89.3*	86.7*	73.1	71.5	66.0	70.5
40-59	78.8	73.8	84.9	86.7*	73.8	78.0	72.8	77.6
60-64	-	-	-	-	73.9	~	73.4	72.4
NRW								
18-24	74.3	69.1	83.9*	80.4*	76.0	72.5	76.5	72.5
25-39	80.5*	78.1*	85.4*	83.0*	74.8	74.6	73.1	69.9
40-59	80.7*	78.0	87.3*	81.6*	73.9	76.2	73.9	74.9
60-64	-	-	-	-	73.5	78.6	67.7	70.1
Sachsen								
18-24	~	85.2	91.3*	88.9	79.6	80.4	73.7	79.7
25-39	94.8*	87.1	90.5*	92.2*	78.1	78.0	76.4	76.3
40-59	92.7*	88.1	90.7*	88.3*	80.1	83.1	78.5	82.6
60-64	-	-	-	-	74.9	76.3	82.6	69.0
Thüringen								
18-24	~	~	~	92.6*	~	79.1	77.9	74.9
25-39	85.0*	82.9	87.8*	86.5*	82.5	78.7	79.3	75.7
40-59	89.0*	80.6	86.7*	86.2*	78.9	75.5	78.6	77.8
60-64	-	-	-	-	~	~	80.7	76.9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.2.2 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Konsumenten)

Die Verbreitung des Konsums riskanter Mengen unter Konsumenten, definiert als die Aufnahme von durchschnittlich mehr als 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Reinalkohol am Tag, verlief zwischen den betrachteten Bundesländern uneinheitlich (Abbildung 4-8). In Bayern, Nordrhein-Westfalen und Thüringen nahm die Prävalenz bei Männern zwischen den Jahren 1995 und 2015 ab, in Hessen war dies seit dem Jahr 2000 der Fall. Ein Rückgang der Prävalenz zeigte sich darüber hinaus bei Frauen in Hamburg und Nordrhein-Westfalen seit dem Jahr 2000. In Hamburg zeigte sich bei beiden Geschlechtern zunächst ein Anstieg der Prävalenz bis zu den frühen 2000er Jahren, gefolgt von einem Rückgang. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2012 war jedoch bei Männern ein erneuter Anstieg erkennbar. Darüber hinaus hat sich die Prävalenz auch bei Frauen in Hessen im Vergleich zum Jahr 1997 erhöht. In Sachsen sowie bei Frauen in Bayern und Thüringen waren keine signifikanten Veränderungen zu beobachten.

Altersstratifizierte Trenddarstellungen (Tabelle 4-8) wiesen darauf hin, dass beobachtete Veränderungen vorrangig auf die Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen und der 40- bis 59-Jährigen zurückzuführen waren. Bei den 18- bis 24-Jährigen zeigten sich zumeist keine Änderungen. Allerdings war der Anteil der riskanten Konsumenten in dieser Altersgruppe in Hamburg angestiegen, wohingegen er in Sachsen rückläufig war. Keine Veränderungen waren bei den 60- bis 64-Jährigen zu beobachten.

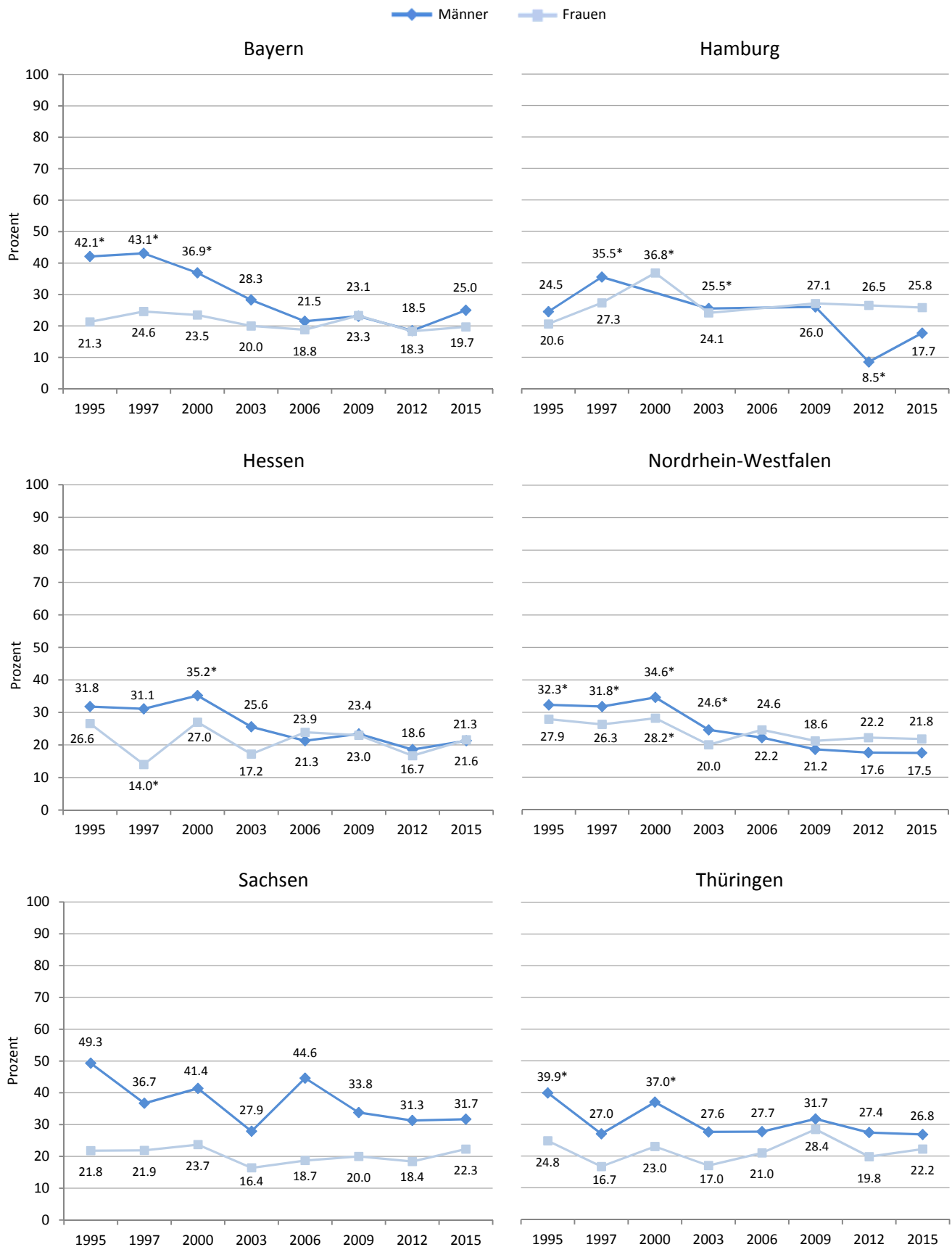


Abbildung 4-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-8: Trends der 30-Tage-Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	24.7	26.4	27.9	20.5	24.0	26.5	20.8	23.7
25-39	33.8*	33.4*	30.9*	18.5	14.4	18.2	13.1	16.6
40-59	34.4	37.8*	30.5	30.5	23.3	25.3	20.9	25.9
60-64	-	-	-	-	25.0	32.4	26.2	23.7
Hamburg								
18-24	~	27.8	~	11.5*	~	27.2	~	25.9
25-39	26.1	32.0*	~	22.1	~	18.9	~	20.0
40-59	20.9	32.6	~	30.7*	~	32.5*	18.1	21.8
60-64	-	-	-	-	~	34.4	~	42.5
Hessen								
18-24	~	~	~	29.2	17.2	28.4	22.0	22.6
25-39	25.1	20.2	31.3*	11.9*	15.3	15.3	17.1	18.3
40-59	34.5	30.6	31.9	28.0	28.3	25.6	17.0	22.9
60-64	-	-	-	-	~	~	25.5	26.1
NRW								
18-24	30.1	27.1	37.5	27.9	25.6	23.4	21.8	27.2
25-39	30.4*	28.1*	28.1*	20.3	20.3	17.4	15.6	16.6
40-59	30.3*	30.8*	33.1*	22.9	24.7*	20.2	21.4	19.1
60-64	-	-	-	-	30.7	26.0	16.3	24.0
Sachsen								
18-24	~	~	29.3	16.6	36.8*	25.0*	26.8	19.3
25-39	38.7*	27.2	30.4	18.5	28.5	30.6*	23.2	23.3
40-59	36.0	32.3	36.4	28.1	34.4	26.5	25.9	31.5
60-64	-	-	-	-	~	27.2	~	26.9
Thüringen								
18-24	~	~	~	22.4	~	35.4	24.0	32.4
25-39	29.8	18.0	25.0	17.4	~	23.9	23.5	24.7
40-59	32.2	31.1	33.4	28.0	~	32.5	24.5	23.4
60-64	-	-	-	-	~	~	21.6	25.1

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.2.3 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens (Konsumenten)

Die 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens war bei männlichen Konsumenten in Bayern, Hessen und Thüringen über die Zeit stabil und wies in Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen einen Rückgang auf (Abbildung 4-9). Bei weiblichen Konsumenten zeigten sich im Vergleich zu den frühen 2000er Jahren Anstiege des Rauschtrinkens in Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen. In Thüringen war ein signifikanter Rückgang im Vergleich zum Jahr 1995 zu beobachten.

Die Trends nach Altersgruppen fielen in den teilnehmenden Bundesländern sehr unterschiedlich aus (Tabelle 4-9). So zeigten sich in der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikanten Veränderungen in Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen, wohingegen die Prävalenz des Rauschtrinkens unter Konsumenten in Hamburg seit 2003 und in Sachsen seit 2000 angestiegen war und in Bayern seit 2006 zurückging. Bei den 25- bis 39-Jährigen war ein Anstieg der Prävalenz in Bayern, Hamburg und Thüringen zu beobachten, während der Anteil Betroffener in Sachsen zurückging. Die 40- bis 59-Jährigen in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen zeigten im Jahr 2015 weniger Rauschtrinken als in den Vorjahren. Im Unterschied dazu war die Prävalenz in Hamburg angestiegen. In der ältesten Altersgruppen war in Hamburg und Sachsen ein Anstieg zu verzeichnen.

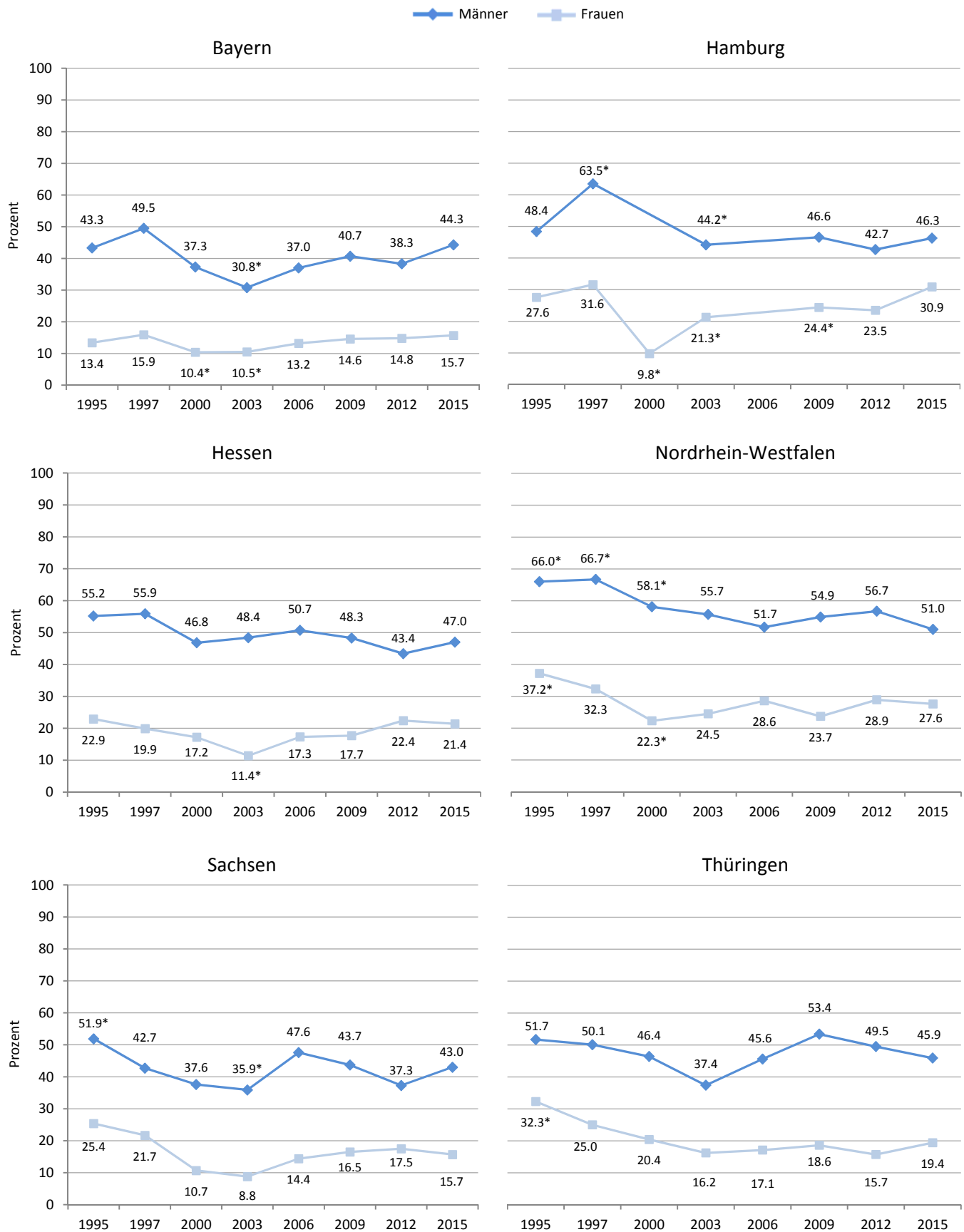


Abbildung 4-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-9: Trends der 30-Tage-Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	34.5	56.9	36.1	42.6	58.8*	52.6	49.7	51.0
25-39	30.8	32.7	27.2*	20.2*	27.8*	32.4	31.4	37.1
40-59	27.0	29.5	17.4	17.3	16.6	20.3	18.7	22.3
60-64	-	-	-	-	14.1	13.1	23.5	12.4
Hamburg								
18-24	~	~	~	49.9*	~	62.6	~	59.3
25-39	40.2	52.8	~	38.3*	~	39.0*	~	46.9
40-59	32.4	42.7	19.2*	25.3	~	27.4	20.1	27.4
60-64	-	-	-	-	~	16.7*	~	34.7
Hessen								
18-24	~	~	~	52.9	61.5	53.3	56.2	61.8
25-39	39.2	35.4	38.5	28.9	35.5	37.9	42.7	40.3
40-59	39.7*	42.4*	27.5	30.5	28.9	26.3	24.8	25.5
60-64	-	-	-	-	~	~	14.5	23.4
NRW								
18-24	54.3	63.0	54.3	54.4	67.9	63.6	57.8	64.1
25-39	50.0	44.7	41.2	40.2	39.6	46.2	49.8	47.8
40-59	54.4*	52.6*	37.6*	39.2	35.4	31.6	38.3*	29.7
60-64	-	-	-	-	25.9	34.4	28.5	27.9
Sachsen								
18-24	~	~	25.2*	28.2*	50.7	45.3	45.2	41.4
25-39	44.2*	39.5	28.9	22.6	30.1	32.8	34.9	34.2
40-59	37.0*	30.4	21.9	22.7	28.5	27.0	21.2	26.2
60-64	-	-	-	-	~	20.5*	~	36.9
Thüringen								
18-24	~	~	~	42.9	~	61.7	46.5	50.1
25-39	43.4	45.2	28.0	25.2*	~	43.3	41.0	42.1
40-59	44.5*	36.4	38.4	24.3	34.1	31.4	29.1	26.7
60-64	-	-	-	-	~	~	18.3	27.8

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.2.4 Durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

Mit Ausnahme von Hessen, wo sich keine signifikanten Änderungen über die Zeit zeigten, wiesen Männer in allen Bundesländern sinkende Trinkmengen im Vergleich zu den Erhebungen der 1990er Jahre auf (Abbildung 4-10). Bei Frauen verlief der Trend in Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen konstant, zeigte in Bayern und Hessen einen signifikanten Anstieg seit dem Jahr 2006 bzw. 1997 und war in Hamburg im Vergleich zum Jahr 2000 rückläufig.

Die größten Veränderungen der Konsummenge waren in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen zu beobachten (Tabelle 4-10). In Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen sank der Durchschnitt im Vergleich zu den früheren Erhebungen, wohingegen in Hessen und Thüringen seit Beginn der 2000er Jahre ein Anstieg zu beobachten war. Bei den 40- bis 59-Jährigen wurden sinkende Trinkmengen in Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen verzeichnet. Darüber hinaus stiegen die Konsummengen in der jüngsten Altersgruppe in Hamburg und Hessen signifikant an, während sich in den anderen Bundesländern keine weiteren Änderungen zeigten.

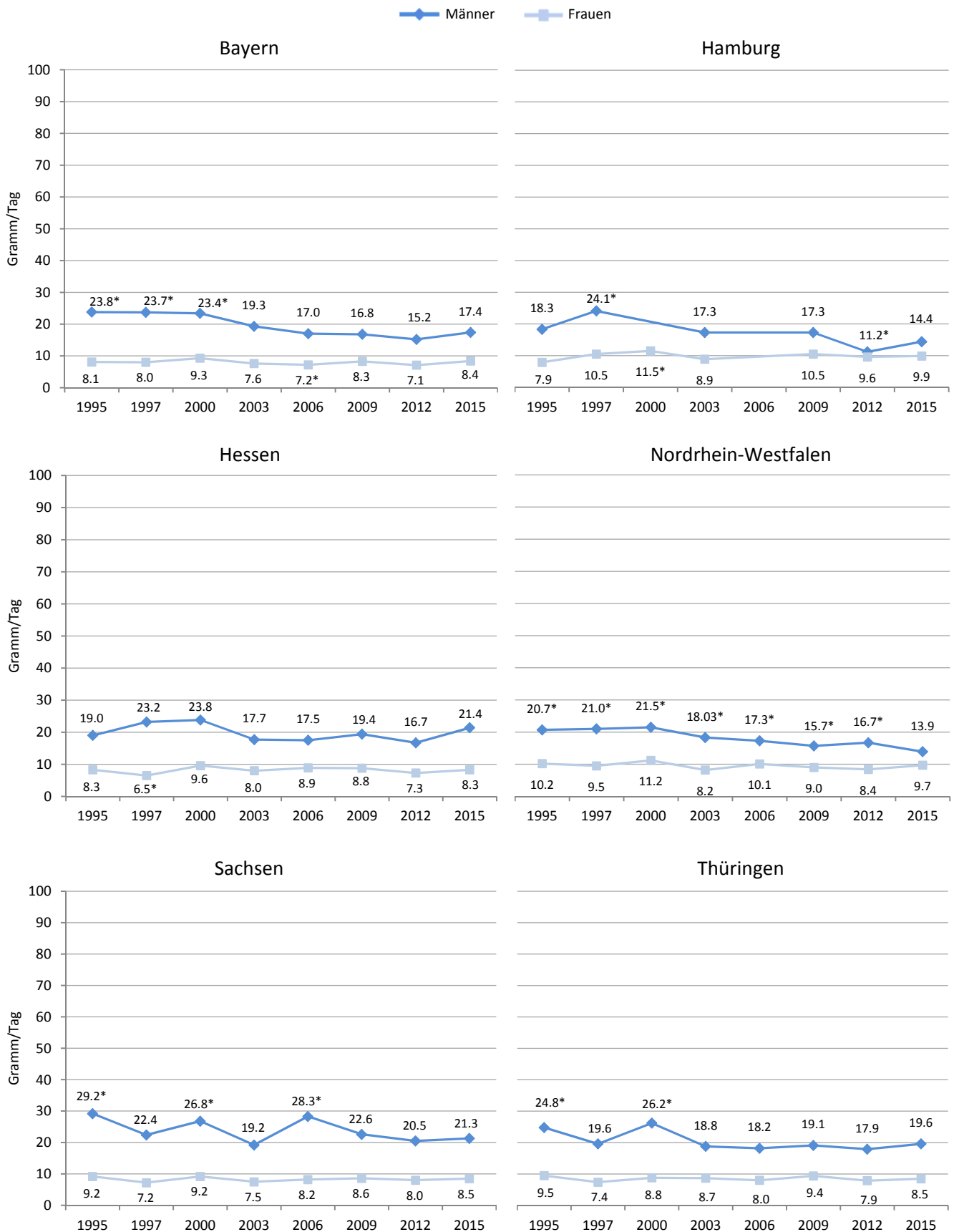


Abbildung 4-10: Trends der durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-10: Trends der durchschnittlichen Menge des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Alter und Bundesland (Konsumenten), Gramm pro Tag

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	12.2	11.6	13.7	11.2	14.8	14.4	12.3	14.3
25-39	15.8*	14.5	16.9*	12.8	9.9	12.2	9.7*	11.2
40-59	18.4*	18.9	16.8	15.8	13.7	13.1	12.1	14.3
60-64	-	-	-	-	18.2	18.9	15.6	13.4
Hamburg								
18-24	~	~	~	8.5*	~	15.0	~	13.8
25-39	14.0	19.2*	~	11.1	~	11.7	~	11.3
40-59	12.5	17.6	13.6	16.8	~	15.8*	10.4	12.8
60-64	-	-	-	-	~	18.0	~	17.9
Hessen								
18-24	~	~	~	15.3	11.9*	17.1	12.3	13.6
25-39	13.2	14.0	16.6	9.2*	11.4	10.7	12.1	11.8
40-59	16.0	18.4	18.3	16.4	15.3	15.4	13.5	17.2
60-64	-	-	-	-	~	~	12.4	15.8
NRW								
18-24	12.7	16.4	19.9	13.9	16.4	14.5	12.6	14.7
25-39	16.0*	14.4	14.8	13.7	11.2	11.9	10.8	12.5
40-59	16.6*	16.3*	17.3*	13.8	15.2*	12.6*	14.6*	11.0
60-64	-	-	-	-	17.3	15.3	10.6	14.0
Sachsen								
18-24	~	~	15.5	11.1	18.6	15.0	14.6	12.3
25-39	18.4*	12.8	17.1*	11.8	16.3	16.6*	13.7	14.2
40-59	17.7	17.4	20.2*	16.4	21.5	16.4	15.5	16.9
60-64	-	-	-	-	~	15.0	~	17.2
Thüringen								
18-24	~	~	~	11.6	~	16.6	13.8	16.5
25-39	12.1	14.1	16.4	11.8	10.1*	12.8	14.1	15.5
40-59	19.0	16.1	20.6	17.2	16.9	16.6	13.2	14.0
60-64	-	-	-	-	~	~	13.8	13.2

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.2.5 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT

Der Anteil der Männer, bei denen Hinweise auf einen klinisch relevanten Konsum bestanden, war seit der Erhebung im Jahr 1997 in Bayern, Hessen und Sachsen unverändert (Abbildung 4-11). In Hamburg zeigte sich im Vergleich zum Jahr 2003 ein Anstieg, wohingegen in Nordrhein-Westfalen seit 2003 und in Thüringen seit 2009 ein Rückgang zu beobachten war. Bei Frauen zeigte sich ein Anstieg in Bayern und Hamburg.

Altersstratifizierte Trends ließen kein einheitliches Muster über die Bundesländer erkennen (Tabelle 4-11). In der jüngsten Altersgruppe zeigte sich in Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen ein Anstieg der Prävalenz. Ein vergleichbarer Trend war bei 25- bis 39-Jährigen in Bayern und Hamburg sowie bei 60- bis 64-Jährigen in Hamburg zu beobachten. Rückläufige Trends waren dagegen bei 40- bis 59-Jährigen in Bayern und bei 25- bis 39-Jährigen in Thüringen zu verzeichnen.

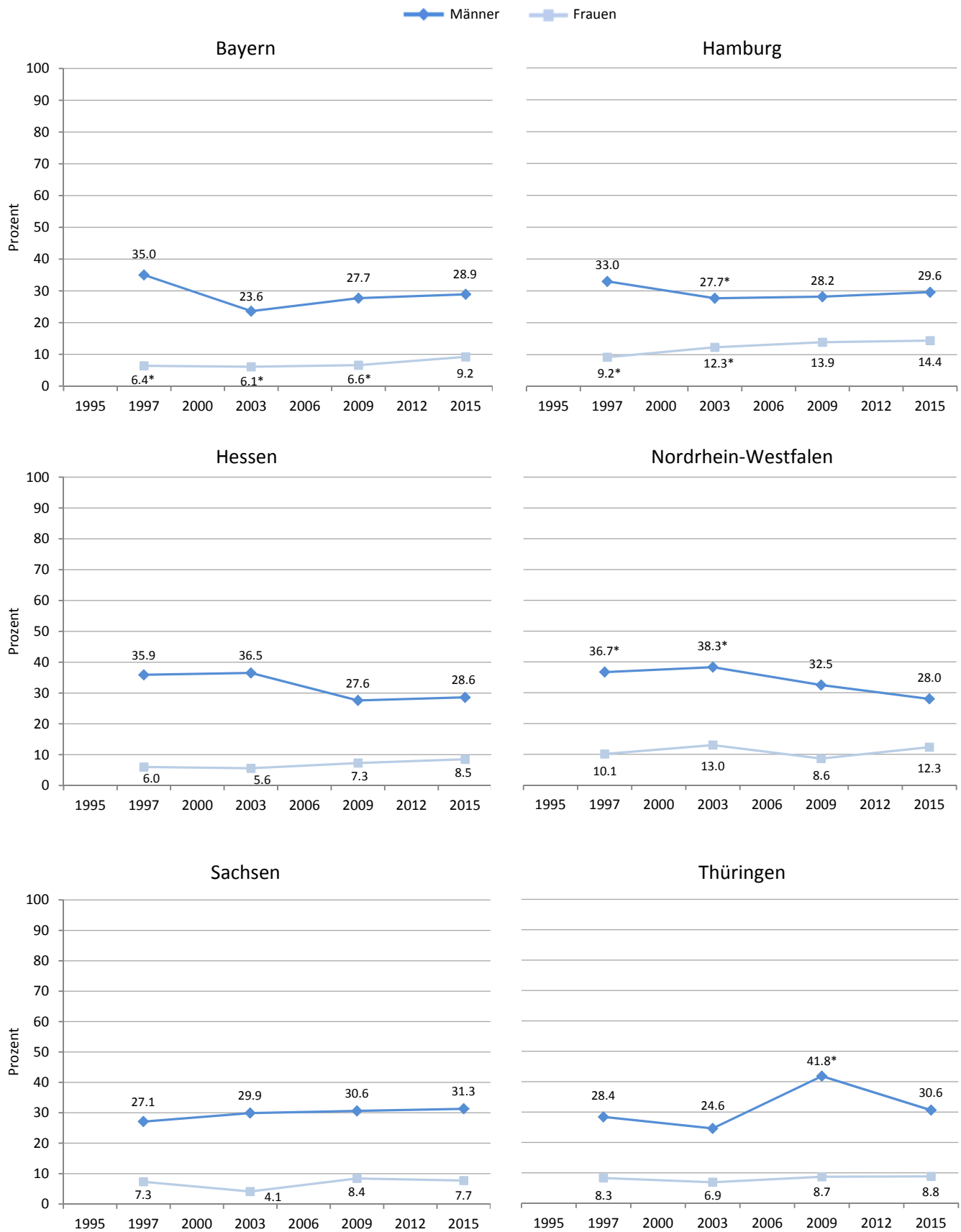


Abbildung 4-11: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde der AUDIT nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-11: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach AUDIT nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	-	33.8	-	30.0	-	35.9	-	35.9
25-39	-	19.5	-	13.1*	-	20.9	-	23.3
40-59	-	19.7	-	13.8*	-	10.1	-	12.2
60-64	-	-	-	-	-	10.5	-	7.3
Hamburg								
18-24	-							
25-39	-	24.2*	-	34.3	-	39.4	-	34.2
40-59	-	23.4*	-	19.8*	-	21.8	-	26.0
60-64	-	19.5	-	17.4	-	16.4	-	14.9
Hessen								
18-24	-	14.6*	-	37.1	-	33.4	-	35.9
25-39	-	18.1	-	17.0	-	18.2	-	19.6
40-59	-	27.0*	-	23.4	-	12.4	-	13.5
60-64	-	-	-	-	-	~	-	10.6
NRW								
18-24	-	27.5*	-	38.9	-	37.5	-	38.5
25-39	-	23.2	-	28.0	-	23.3	-	20.9
40-59	-	23.1	-	22.4	-	14.2	-	15.0
60-64	-	-	-	-	-	12.6	-	15.0
Sachsen								
18-24	-	~	-	19.4*	-	21.9	-	30.3
25-39	-	18.3	-	15.1	-	22.5	-	20.0
40-59	-	16.3	-	20.6	-	15.3	-	17.6
60-64	-	-	-	-	-	10.3	-	16.3
Thüringen								
18-24	-	~	-	22.0	-	45.4	-	32.0
25-39	-	28.3	-	15.1	-	32.0*	-	23.9
40-59	-	17.2	-	15.0	-	18.5	-	15.8
60-64	-	-	-	-	-	~	-	11.9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5 Illegale Drogen

5.1 Die Situation im Jahr 2015

5.1.1 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner Droge

Die geschlechterspezifischen 12-Monats-Prävalenzen für den Konsum mindestens einer illegalen Droge lag in Hamburg mit 15.5 % unter Männern sowie 10.2 % unter Frauen signifikant höher als in der Bundstichprobe (Abbildung 5-1). Insgesamt lag die Konsumprävalenz bei 7.1 %.

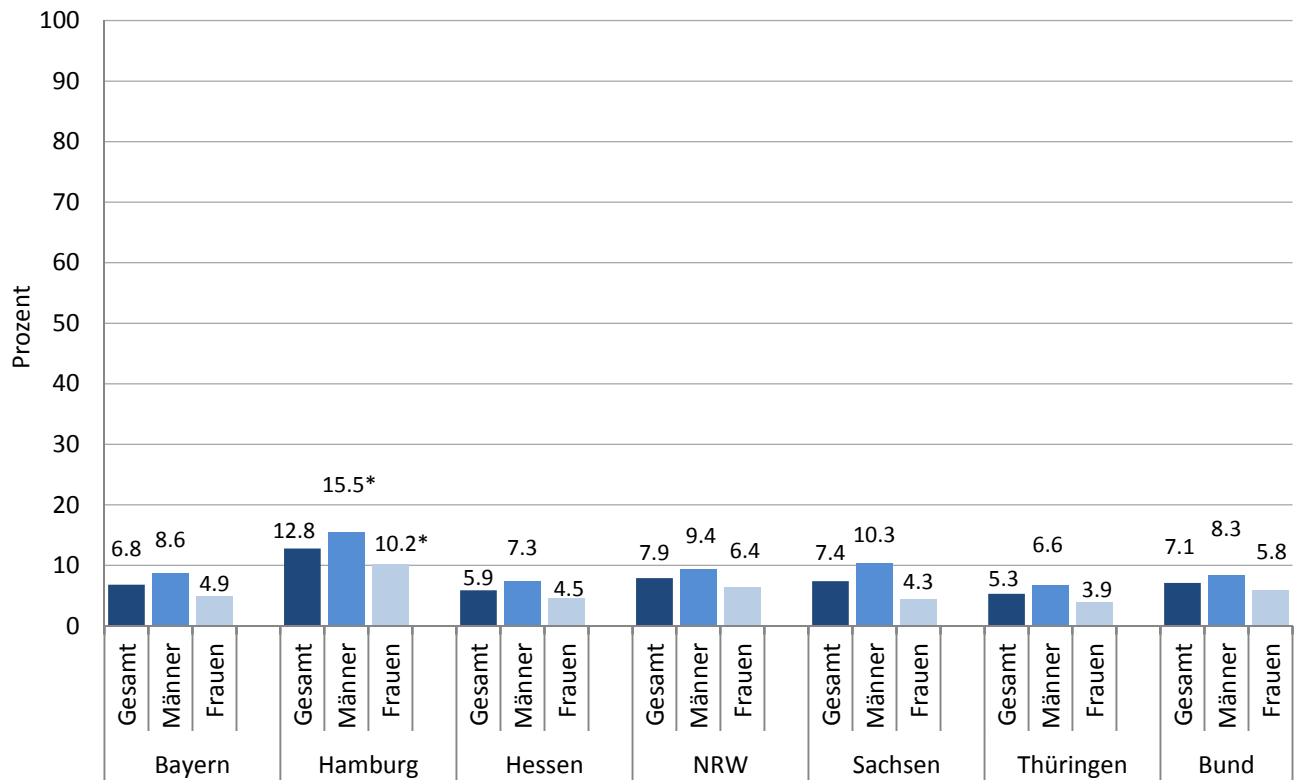


Abbildung 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzien) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Hinblick auf verschiedene Altersgruppen war der Drogenkonsum der 18- bis 24-Jährigen vergleichsweise hoch (20.5 % im Bund) und nahm mit zunehmendem Alter ab (Tabelle 5-1). Die 12-Monats-Prävalenz der 60- bis 64-Jährigen lag bei 1.2 %. Signifikante Abweichungen in einzelnen Bundesländern von den bundesweiten Daten bestanden nicht.

Tabelle 5-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Inhalanzien) nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	9.0	-	-
18-24	20.9	26.4	21.5	20.1	22.3	15.6	20.5
25-39	9.2	19.5	8.6	9.2	9.6	10.0	9.2
40-59	2.8	4.9	1.5	4.9	4.6	1.7	3.6
60-64	0.4	5.0	0.0	2.7	1.0	1.4	1.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis

Insgesamt wurde Cannabis am häufigsten in Hamburg (11.4 %) konsumiert, die 12-Monats-Prävalenzen für die übrigen Bundesländer lagen zwischen 4.1 und 5.9 % (Abbildung 5-2). In Hamburg unterschieden sich die Werte sowohl für Männer (13.9 %) als auch für Frauen (8.8 %) signifikant von den bundesweiten Daten. Signifikant niedrigere Werte als im Bundesdurchschnitt wurden bei Frauen in Thüringen registriert (2.7 %).

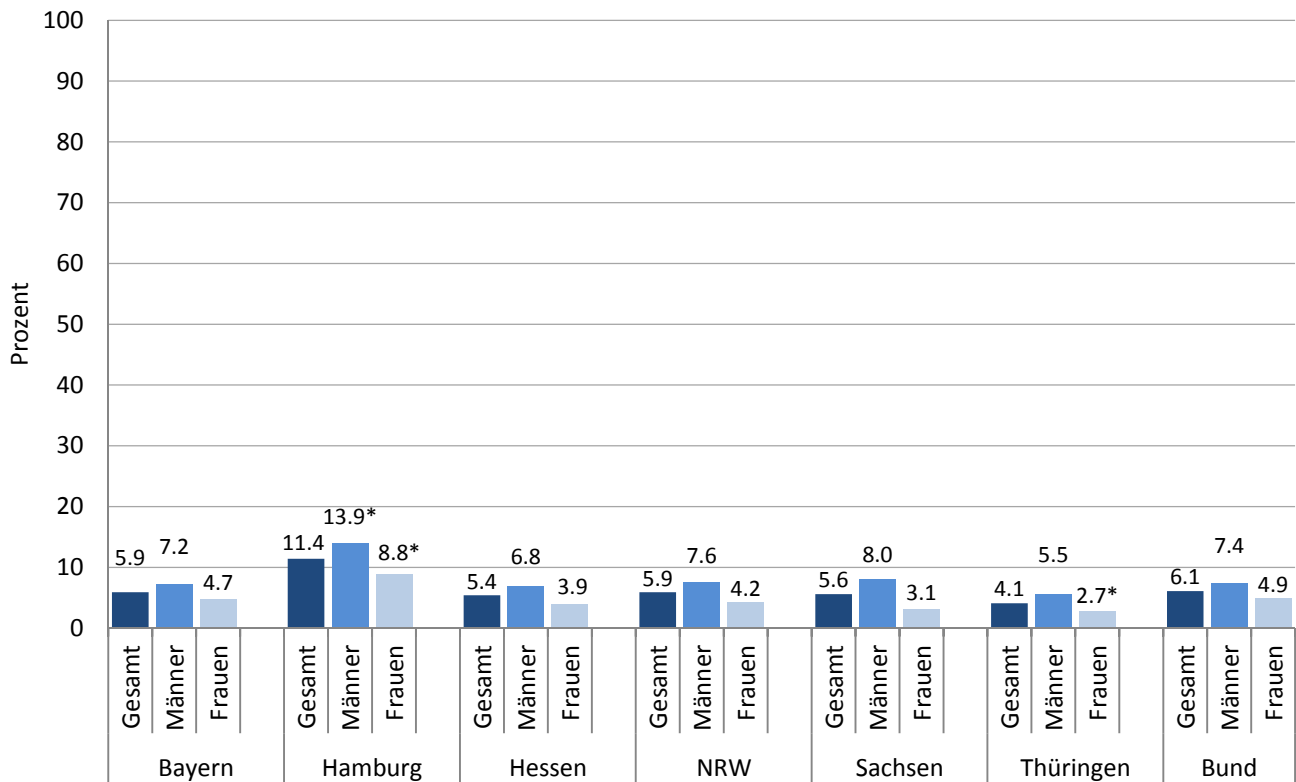


Abbildung 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Eine Stratifizierung nach Alter zeigte die höchsten Konsumprävalenzen unter 18- bis 24-Jährigen (19.5 % im bundesweiten Durchschnitt; Tabelle 5-2). Mit steigendem Alter nahm die Prävalenz des Cannabiskonsums in allen Bundesländern ab. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt konsumierten signifikant mehr 25- bis 39-Jährige in Hamburg Cannabis und signifikant weniger 40- bis 59-Jährige in Thüringen.

Tabelle 5-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	8.6	-	-
18-24	19.5	25.2	20.5	19.3	21.2	14.7	19.5
25-39	8.5	17.1*	7.4	5.5	8.6	8.0	7.9
40-59	1.8	4.0	1.3	3.7	2.0	1.0*	2.9
60-64	0.4	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.3 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin

Der Anteil der Amphetamin- oder Methamphetamin-Konsumenten in den letzten 12 Monaten war in Bayern (1.6 %) und Hamburg (1.7 %) am höchsten, während in Sachsen am seltensten konsumiert wurde (0.6 %; Abbildung 5-3). Männer hatten in allen Ländern höhere Prävalenzen als Frauen. Im Vergleich zu den bundesweiten Werten wiesen lediglich Frauen in Sachsen eine signifikante Abweichung in den Daten auf (0.1 % vs. 0.8 %).

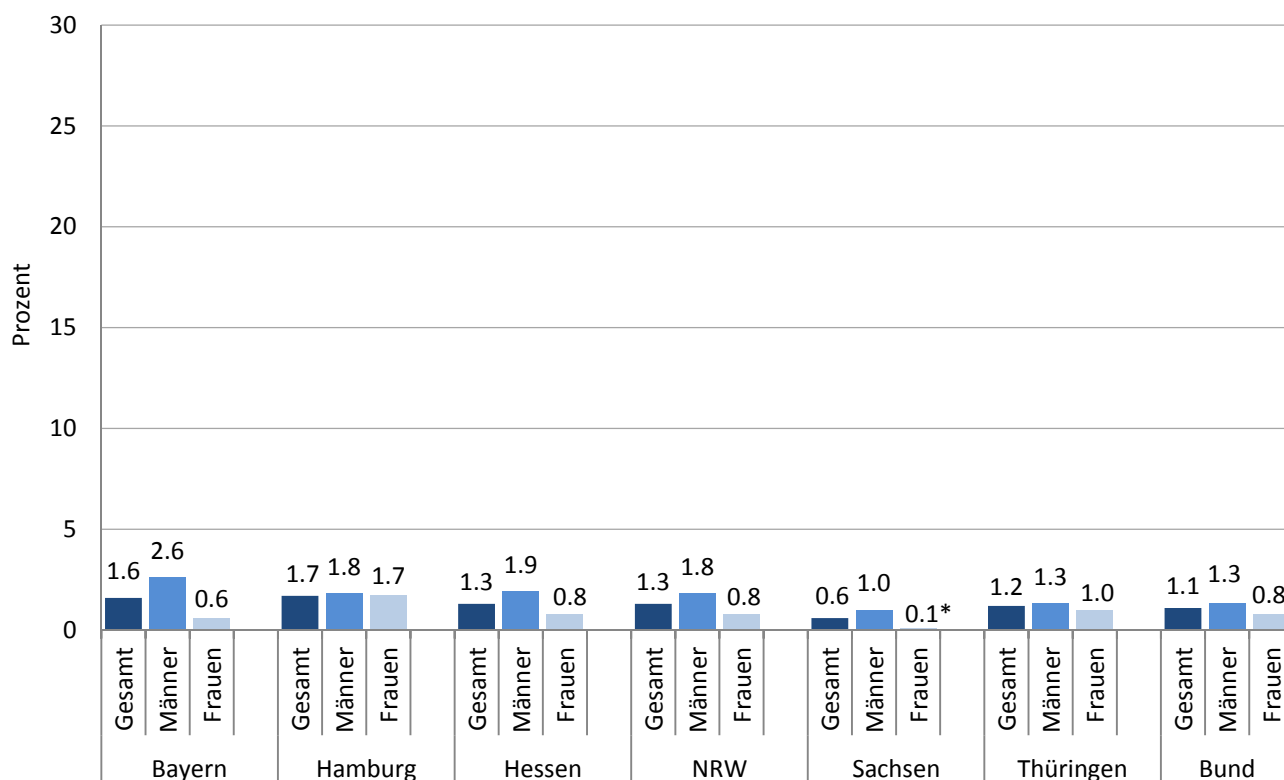


Abbildung 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Hinsichtlich altersspezifischer Konsumprävalenzen waren keine Abweichungen zur bundesweiten Stichprobe erkennbar (Tabelle 5-3). In allen Bundesländern lag die Prävalenz in den beiden jüngsten Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen und den 25- bis 39-Jährigen höher als in den älteren Altersgruppen.

Tabelle 5-3: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	5.8	2.5	1.5	1.6	1.7	1.9	2.6
25-39	2.1	3.0	2.0	3.0	1.2	3.0	1.6
40-59	0.5	0.8	1.1	0.6	0.2	0.2	0.5
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.4 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy

Bezogen auf die untersuchten Bundesländer war der Ecstasykonsum in Hamburg am stärksten ausgeprägt (1.8 %, Abbildung 5-4). Der Anteil von männlichen Konsumenten in Hamburg (2.0 %) war im Vergleich zu den bundesweiten Daten (0.7 %) signifikant erhöht.

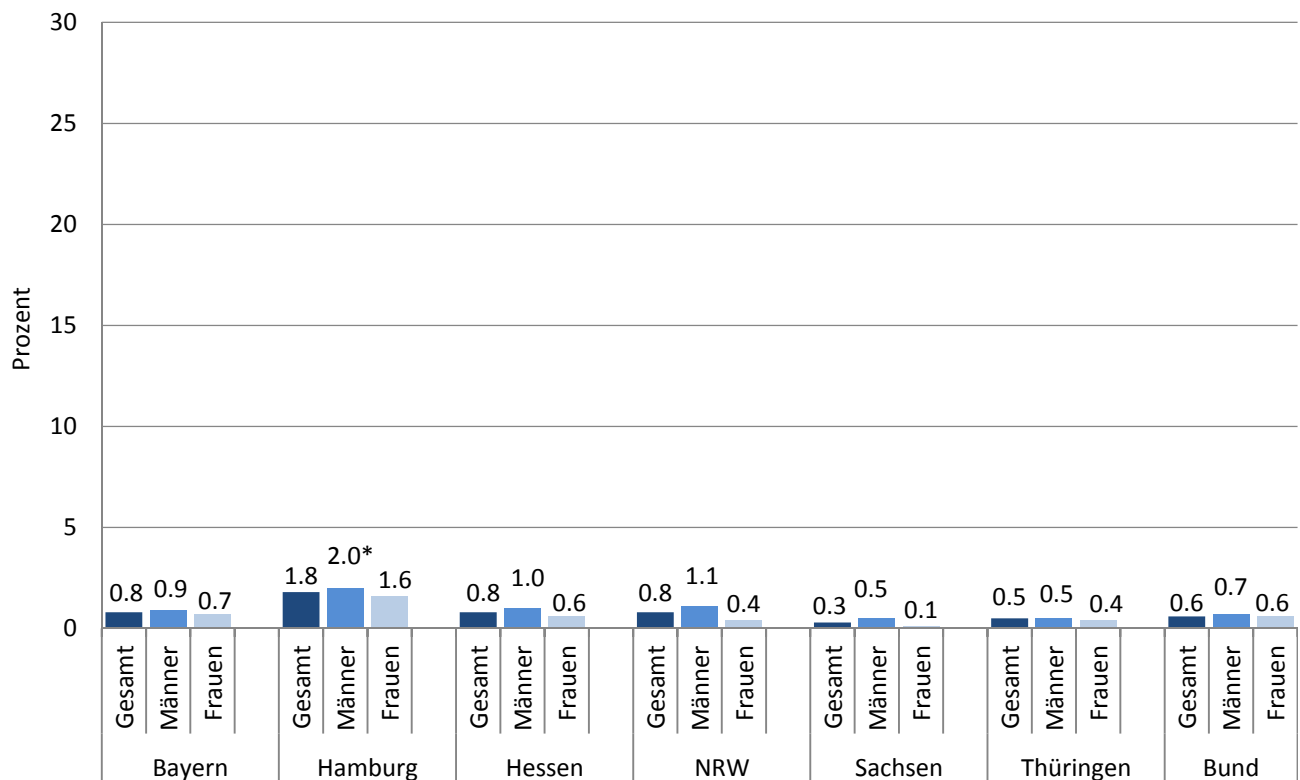


Abbildung 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Mit Ausnahme von Hamburg war der höchste Anteil an Konsumenten in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zu finden (2.1 % in der Gesamtstichprobe; Tabelle 5-4). In Hamburg wies die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen mit 3.5 % den höchsten Wert auf, welcher zudem signifikant höher lag als die Prävalenz im Bundesdurchschnitt (0.7 %).

Tabelle 5-4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	3.0	2.3	1.3	2.5	2.4	1.7	2.1
25-39	1.4	3.5*	0.6	0.7	0.4	1.0	0.7
40-59	0.0	0.6	1.0	0.5	0.0	0.0	0.4
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.5 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD

Bundesweit lag die 12-Monats-Prävalenz des LSD-Konsums bei 0,3 %, wobei Männer und Frauen die Substanz etwa gleich häufig konsumierten (0,3 % vs. 0,2 %; Abbildung 5-5). Weder die geschlechterspezifischen noch die Gesamtprävalenzen in den Bundesländern wichen signifikant von den bundesweiten Werten ab.

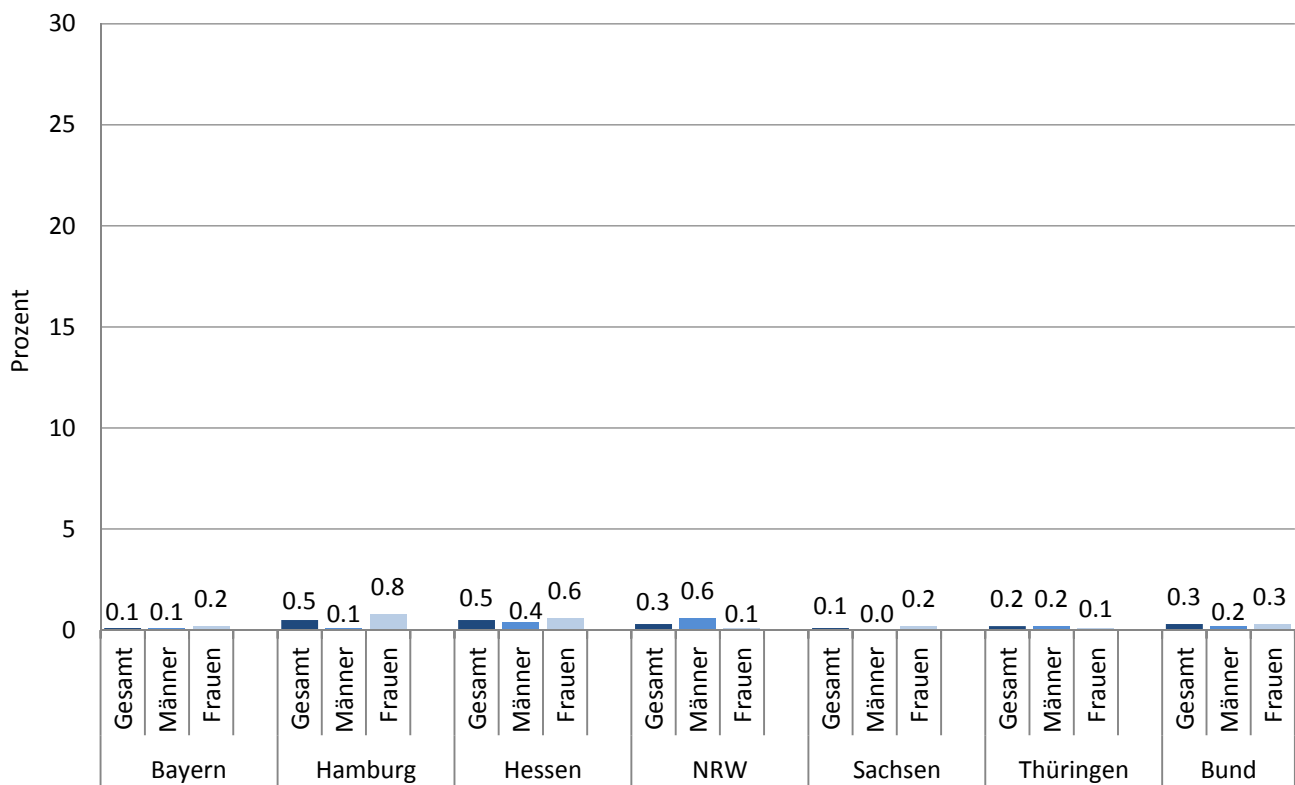


Abbildung 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland

Ebenso war kein Unterschied der altersstratifizierten Konsumprävalenzen im Vergleich zum Bund erkennbar (Tabelle 5-5). In den meisten Fällen zeigten die 18- bis 24-Jährigen die höchsten Konsumprävalenzen. Als Ausnahme gaben in Nordrhein-Westfalen die 40- bis 59-Jährigen am häufigsten einen LSD-Konsum an.

Tabelle 5-5: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.5	1.0	1.1	0.2	0.8	1.0	0.6
25-39	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1
40-59	0.0	0.6	0.6	0.5	0.0	0.0	0.3
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.6 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin oder anderen Opiate

Sowohl in der Bundstichprobe als auch in den Bundesländern lagen sämtliche Konsumprävalenzen für Heroin oder andere Opiate unter einem Prozent (Abbildung 5-6). Keines der Bundesländer wies signifikante Unterschiede zur bundesweiten Erhebung auf.

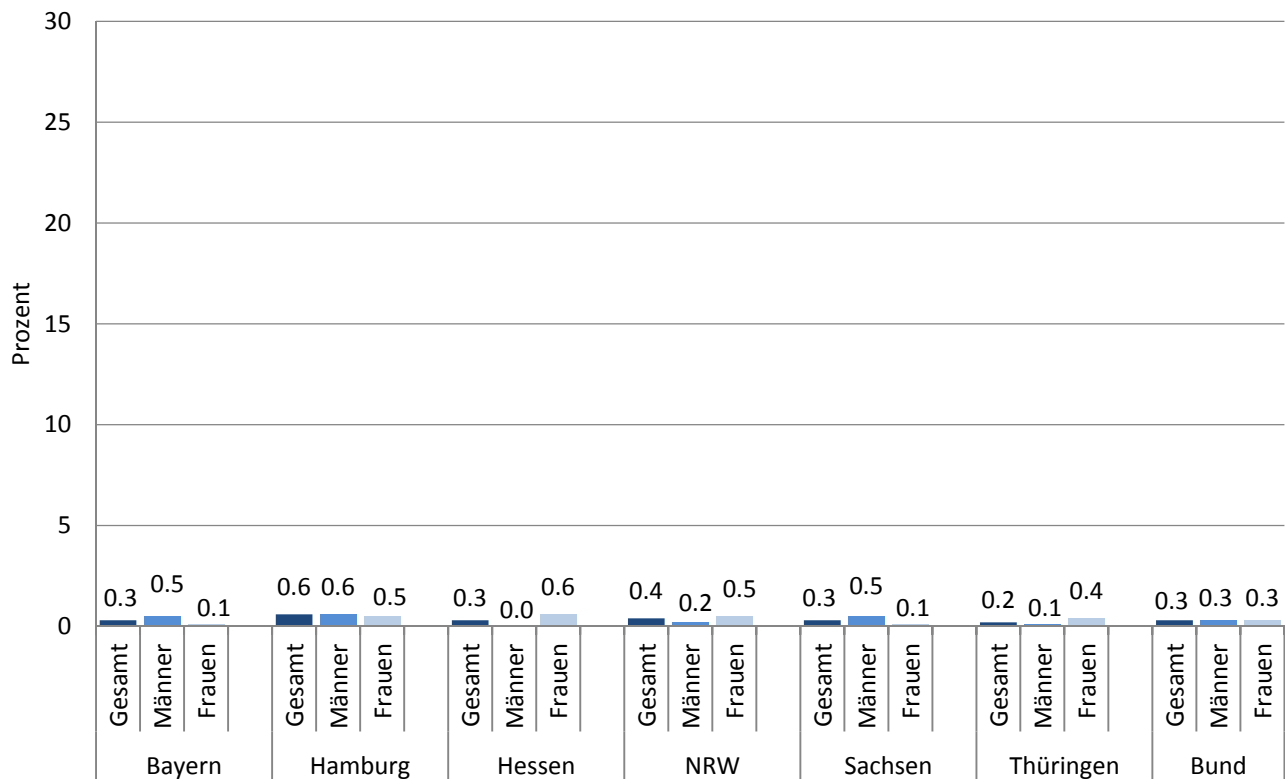


Abbildung 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Geschlecht und Bundesland

Auch die Aufteilung der Konsumprävalenzen nach Altersgruppen zeigte keine signifikanten Unterschiede zu den bundesweiten Daten (Tabelle 5-6). In Bayern, Hamburg und Hessen wiesen die 40- bis 59-Jährigen die höchsten Prävalenzen auf, wohingegen in Sachsen und Thüringen die jüngste Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen am stärksten betroffen war.

Tabelle 5-6: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiate nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.2	0.3	0.4	0.1	0.6	0.6	0.3
25-39	0.1	0.3	0.1	0.5	0.3	0.4	0.3
40-59	0.5	0.9	0.5	0.4	0.3	0.1	0.3
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.1.7 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack

Die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain oder Crack lag im Bund bei 0.6 % (Abbildung 5-7). In Hamburg berichtete der höchste Anteil an Probanden einen entsprechenden Konsum (2.0 %). Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (0.8 %) konsumierten dort signifikant mehr Männer Kokain oder Crack (2.6 %).

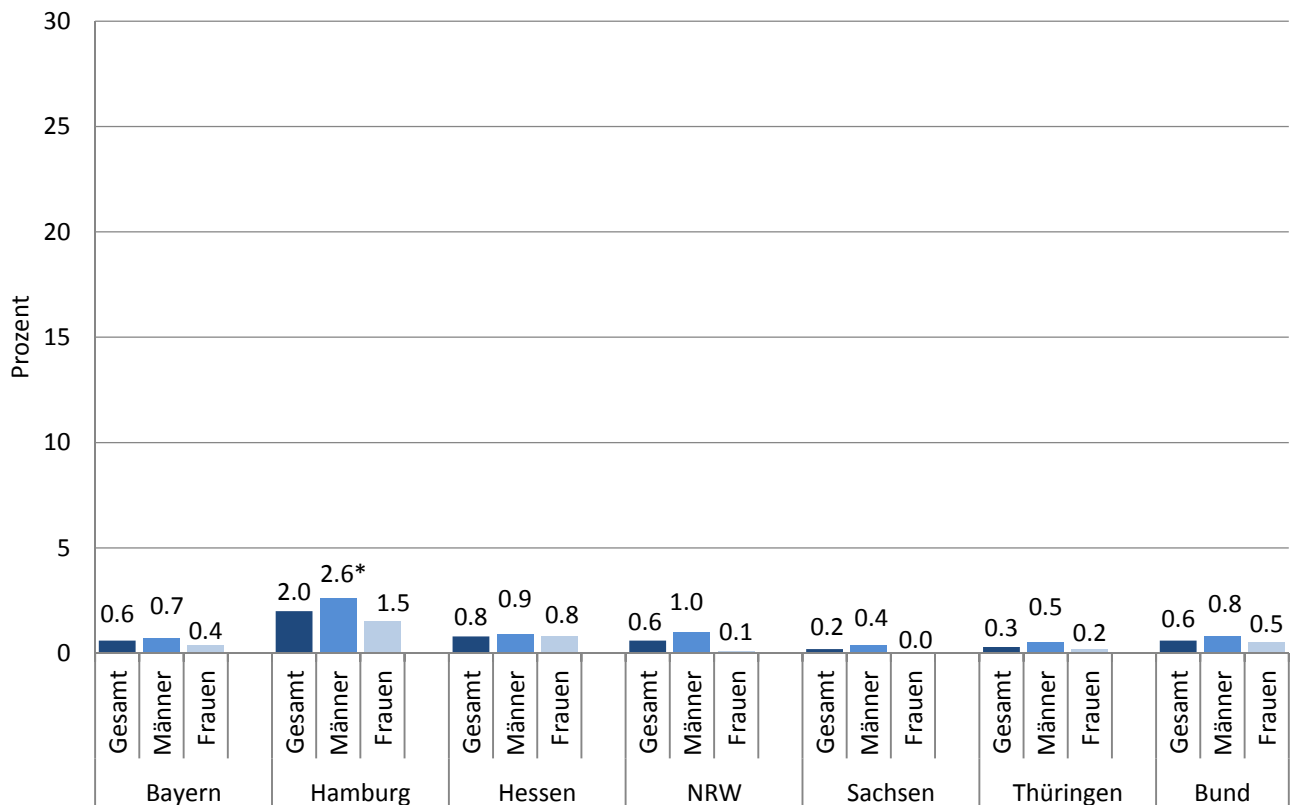


Abbildung 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Hinsichtlich der Altersverteilung fand der Konsum von Kokain und Crack insgesamt am häufigsten in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen statt (1.5 %; Tabelle 5-7). In Hamburg war die Konsumprävalenz hingegen unter 25- bis 39-Jährigen am höchsten und war mit 3.5 % gegenüber dem bundesweiten Wert von 0.8 % signifikant erhöht.

Tabelle 5-7: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	1.2	3.2	1.4	1.6	0.9	1.4	1.5
25-39	1.2	3.5*	1.1	0.5	0.5	0.7	0.8
40-59	0.1	0.8	0.7	0.5	0.0	0.0	0.5
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.8 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Cannabiskonsum (Konsumenten)

Im Durchschnitt waren Cannabiskonsumenden zum Zeitpunkt ihres ersten Konsums 18.7 Jahre alt (Abbildung 5-8). In Thüringen waren Konsumenten zum Zeitpunkt des Erstkonsums signifikant älter (19.5 Jahre). Frauen wiesen in der bundesweiten Betrachtung ein späteres Einstiegsalter auf als Männer (19.2 Jahre vs. 18.3 Jahre).

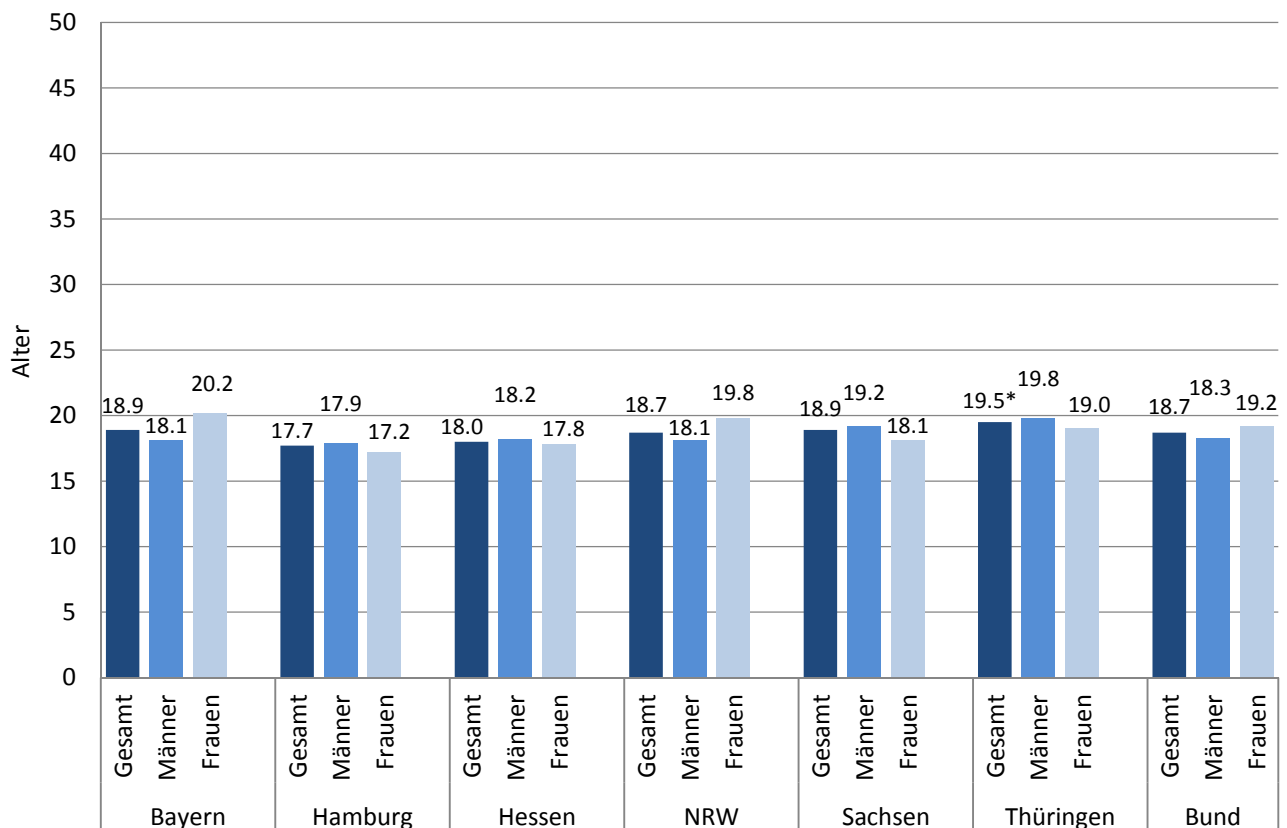


Abbildung 5-8: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Cannabiskonsum nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Vergleich der Altersgruppen berichteten in allen Bundesländern ältere Personen ein höheres Einstiegsalter als jüngere Personen (Tabelle 5-8). Lediglich die älteste Altersgruppe schien – soweit die Fallzahlen eine Analyse zuließen – in früherem Alter zum ersten Mal Cannabis konsumiert zu haben als jüngere Altersgruppen. Im Vergleich zur Bunderhebung gaben 18- bis 24-Jährige in Hamburg an, früher mit dem Konsum begonnen zu haben.

Tabelle 5-8: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Cannabiskonsum nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	15.2	-	-
18-24	17.2	16.9*	17.1	17.5	16.8	17.2	17.2
25-39	17.9	17.5	18.4	18.4	17.6	18.5	17.6
40-59	26.8	20.1	20.7	20.7	26.8	30.5	23.1
60-64	16.0	14.7	~	~	~	~	14.8

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.9 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS

Den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS) zufolge bestanden bei 1.2 % der bundesweiten Stichprobe Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum (Abbildung 5-9). Signifikante Unterschiede fanden sich in Hamburg und Thüringen: Während Hamburg eine doppelt so hohe Prävalenzrate aufwies (2.4%), war der Wert in Thüringen nur etwa halb so hoch (0.5%).

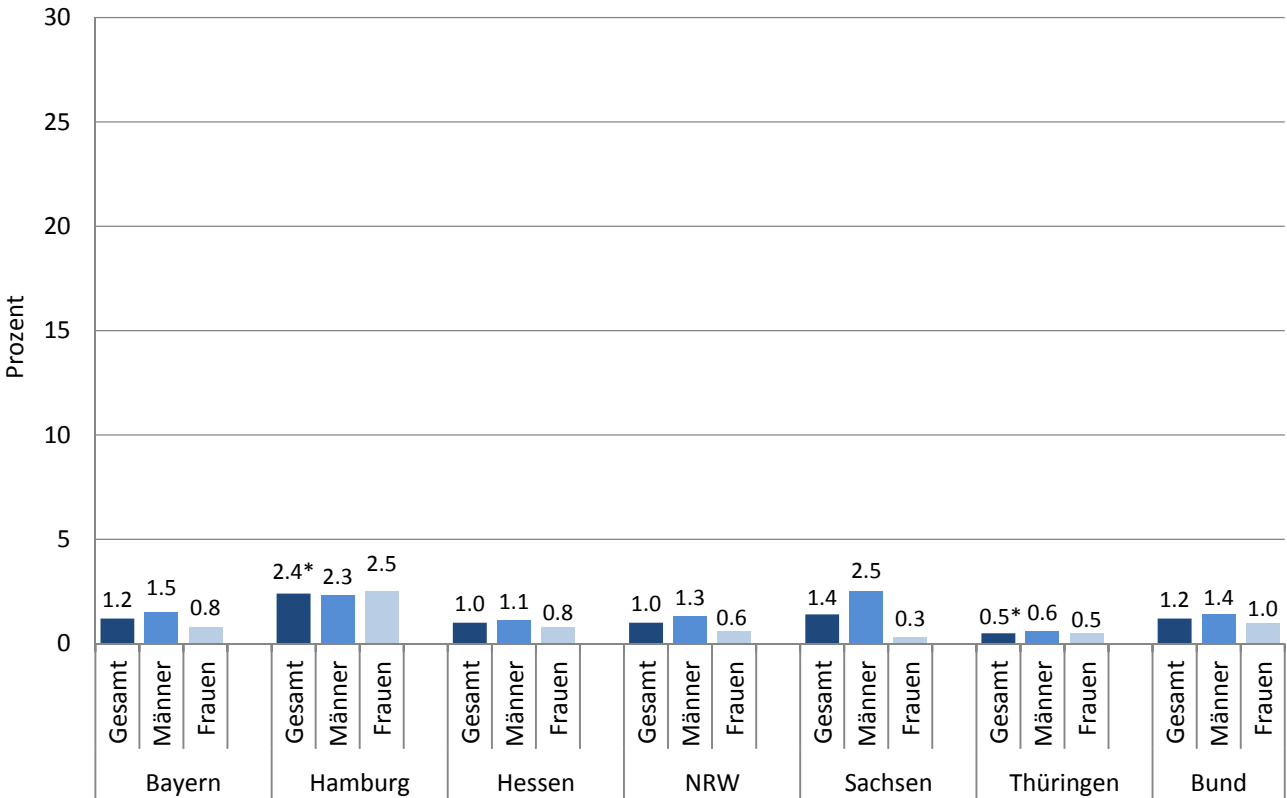


Abbildung 5-9: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Hinweise auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis schienen vor allem in jüngeren Altersgruppen zu bestehen (Tabelle 5-9). Dies traf auf 3.8 % der 18- bis 24-Jährigen in der Bundesstichprobe zu. In der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen in Hamburg bestanden gegenüber Gleichaltrigen der bundesweiten Stichprobe signifikant häufiger Hinweise auf klinisch relevanten Konsum (3.7 % vs. 1.5 %).

Tabelle 5-9: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	1.2	-	-
18-24	5.9	3.3	4.1	3.7	3.4	3.1	3.8
25-39	1.2	3.7*	1.6	0.9	2.6	0.9	1.5
40-59	0.1	0.8	0.0	0.5	0.7	0.0	0.6
60-64	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.10 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Kokain nach SDS

Mithilfe der SDS konnten bei 0.2 % der bundesweiten Stichprobe Hinweise auf klinisch relevanten Konsum von Kokain identifiziert werden (Abbildung 5-10). Die Werte in den Bundesländern zeigten keinerlei signifikante Abweichung zu den Werten des Bundes. Alle Prävalenzen lagen unter 1.0 %.

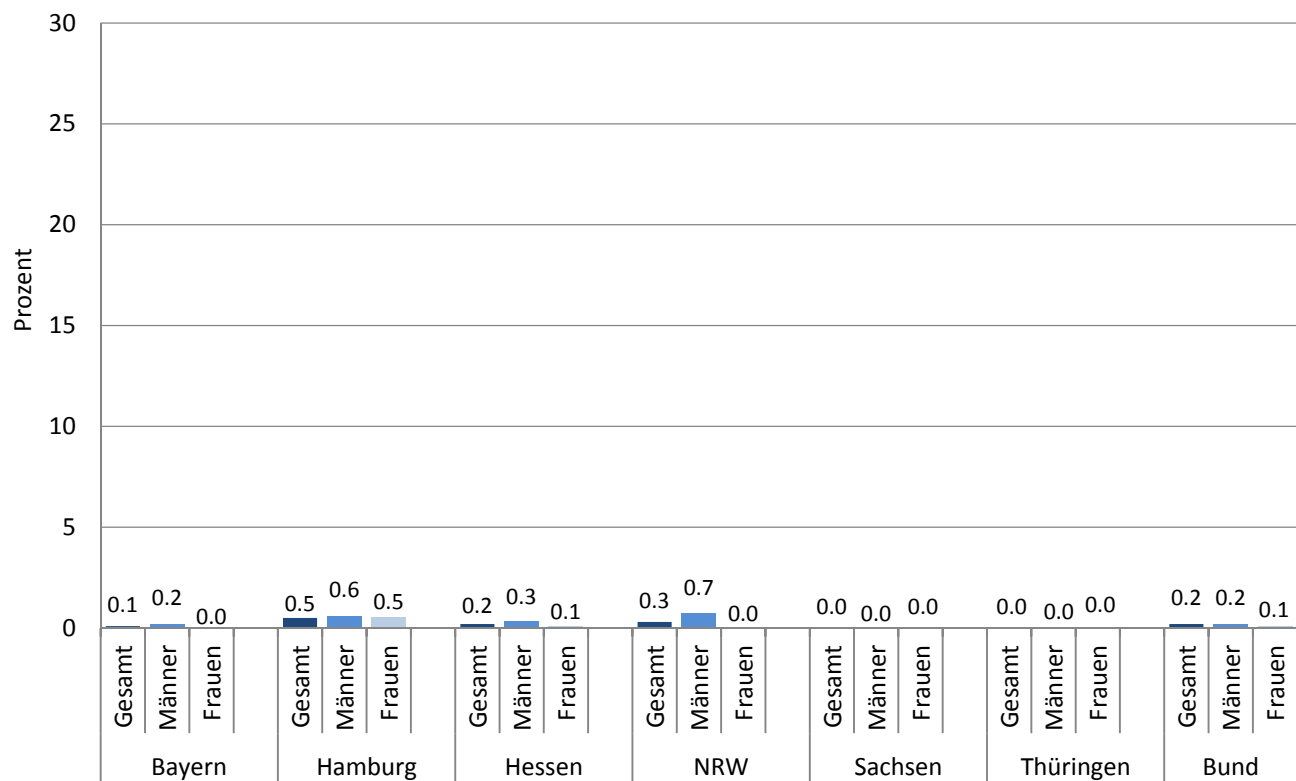


Abbildung 5-10: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Kokain nach SDS nach Geschlecht und Bundesland

Die 12-Monats-Prävalenz für Hinweise auf klinisch relevanten Konsum von Kokain war über alle Altersgruppen hinweg gleichmäßig niedrig ausgeprägt (Tabelle 5-10). Lediglich 18- bis 24-Jährige in Hamburg hatten einen erhöhten Wert im Vergleich zu den Bundesdaten (1.0 % vs. 0.1 %).

Tabelle 5-10: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Kokain nach SDS nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.1	1.0*	0.8	0.0	0.0	0.0	0.1
25-39	0.1	1.1	0.3	0.3	0.0	0.0	0.3
40-59	0.1	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.1
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.1.11 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen/Methamphetamin nach SDS

Auf Basis der SDS wiesen 0.2 % der bundesweiten Stichprobe Hinweise auf einen klinisch relevanten Gebrauch von Amphetaminen oder Methamphetamin auf (Abbildung 5-11). Für keines der Bundesländer ergaben sich signifikante Abweichungen zum Bund. Dies galt auch für die geschlechtsstratifizierte Betrachtung.

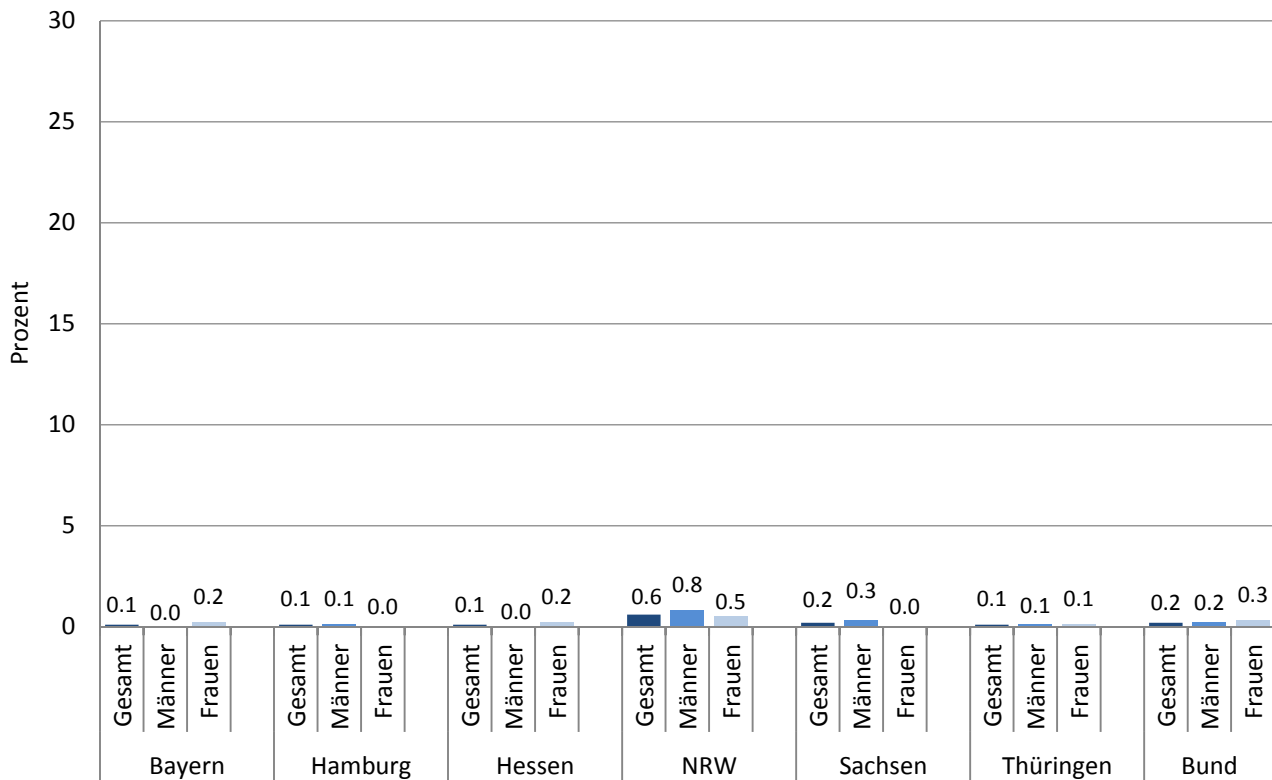


Abbildung 5-11: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen/Methamphetamin nach SDS nach Geschlecht und Bundesland

Die Altersverteilung des klinisch relevanten Konsums von Amphetaminen oder Methamphetamin wies auf eine Abnahme der Prävalenz mit steigendem Alter hin (Tabelle 5-11). Dabei lagen sämtliche Werte unter 1.0 %. Die Werte der einzelnen Bundesländer unterschieden sich nicht von der Bunderhebung.

Tabelle 5-11: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen/Methamphetamin nach SDS nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.8	0.0	0.6	0.3	0.2	0.8	0.5
25-39	0.0	0.2	0.0	0.9	0.4	0.2	0.4
40-59	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.1
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.2 Trends 1990 bis 2015

5.2.1 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis

In den meisten Bundesländern verlief die Prävalenz des Cannabiskonsums wellenförmig mit einem Anstieg zwischen den 1990er Jahren und dem Jahr 2015 (Abbildung 5-12). Im Vergleich zur ersten Erhebung im Jahr 1995 zeigte sich eine signifikante Zunahme der Prävalenz bei Frauen in Bayern, Männern und Frauen in Sachsen sowie Männern in Thüringen. Darüber hinaus waren bei Männern und Frauen in Hamburg und Männern in Nordrhein-Westfalen Anstiege seit 1997 zu beobachten. Das einzige Bundesland, in dem sich keine signifikanten Veränderungen ergaben, war Hessen.

In allen untersuchten Bundesländern war seit 1990 eine signifikante Zunahme des Cannabiskonsums bei 18- bis 24-Jährigen und mit Ausnahme von Sachsen auch bei 25- bis 39-Jährigen zu beobachten (Tabelle 5-12). In Hamburg sowie in Nordrhein-Westfalen zeigte sich darüber hinaus in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen ein Anstieg im Vergleich zum Jahr 1997. Für die Gruppe der 18- bis 24-jährigen Personen in Nordrhein-Westfalen war der Cannabiskonsum insbesondere bis zum Jahr 2000 deutlich angestiegen und zeigte seitdem einen signifikanten Rückgang.

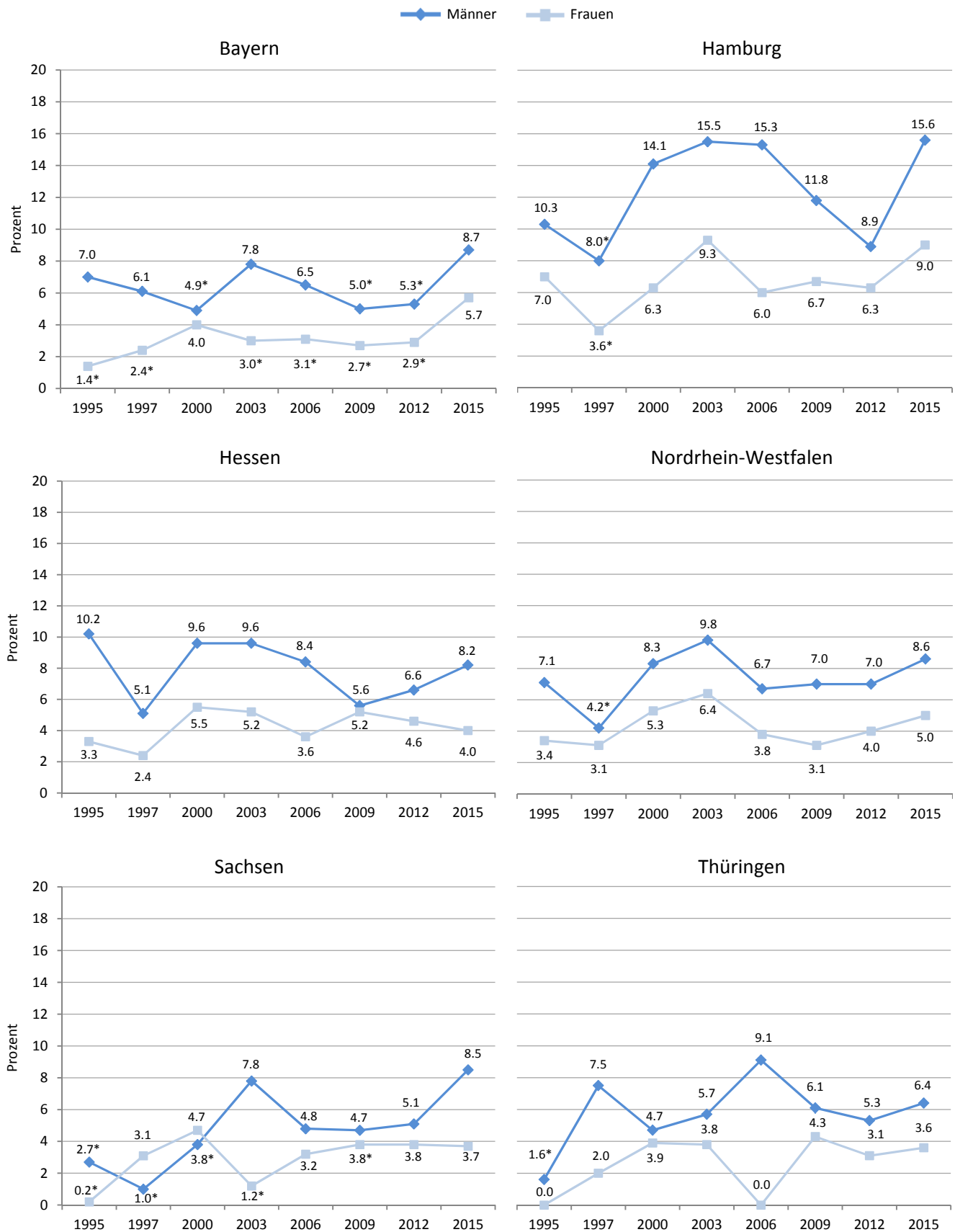


Abbildung 5-12: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 5-12: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern									
18-24	8.7*	13.6	15.9	16.6	22.1	18.7	11.4*	12.0*	21.3
25-39	1.7*	5.6*	4.3*	4.7*	4.3*	5.3*	5.3*	5.9	9.9
40-59	-	0.2	0.3	0.5	2.4	1.2	1.0	1.0	1.8
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.6	0.6
Hamburg									
18-24	15.3*	~	22.0	~	30.9	~	24.8	~	25.6
25-39	3.5*	9.3*	5.8*	10.1	17.7	~	11.4*	11.1	18.0
40-59	-	0.0	1.8*	3.3	3.0	6.3	4.1	3.2	3.9
60-64	-	-	-	-	-	~	0.0	~	3.0
Hessen									
18-24	8.7*	26.1	8.5*	21.5	19.3	21.2	16.3	13.4*	22.6
25-39	3.3*	7.6	5.0	10.2	10.2	7.9	8.1	9.8	7.0
40-59	-	0.3	1.2	2.0	2.9	1.2	0.9	1.3	1.3
60-64	-	-	-	-	-	0.0	~	1.1	0.0
NRW									
18-24	8.7*	17.4	9.5*	27.9*	22.9	19.1	15.1	13.5*	20.3
25-39	2.8*	6.4	5.0	6.8	10.3	6.9	5.8	8.9	6.3
40-59	-	0.6*	0.7*	0.9*	2.6	1.0*	1.8	1.7	3.6
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen									
18-24	2.6*	~	6.1*	15.9	14.1	11.5	12.2*	19.2	20.5
25-39	0.0	2.0*	3.0	5.0	5.9	5.0	6.6	6.3	8.6
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.7	1.0	0.8	0.0	1.5
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.6	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	1.9*	~	~	~	25.8	~	19.4	13.0	17.6
25-39	0.7*	0.9*	10.3	4.4	2.2	6.0	7.3	6.6	8.1
40-59	-	0.3	0.0	0.8	1.0	1.9	0.0	1.2	1.0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.2.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen)

Mit wenigen Ausnahmen verlief die Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln in den Bundesländern im gesamten Zeitraum unter dem Niveau von 2.0 % (Abbildung 5-13). In Hessen, Sachsen und Thüringen ergaben die Beobachtungen keine signifikante Veränderung in den Prävalenzraten seit 1995. In Bayern und Nordrhein-Westfalen sowie bei Männern in Hamburg zeigte sich jedoch im Jahr 2015 eine signifikant höhere Prävalenz als in den späten 1990er bzw. 2000er Jahren.

Hinsichtlich der altersstratifizierten Trendverläufe waren steigende Konsumwerte unter 18- bis 24-Jährigen in Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen zu beobachten (Tabelle 5-13). Darüber hinaus war ein Zuwachs unter 25- bis 39-Jährigen Personen in Nordrhein-Westfalen sowie unter 40- bis 59-Jährigen in Hessen zu verzeichnen. In Sachsen und Thüringen waren keinerlei signifikante Abweichungen zu den aktuellsten Werten zu erkennen.

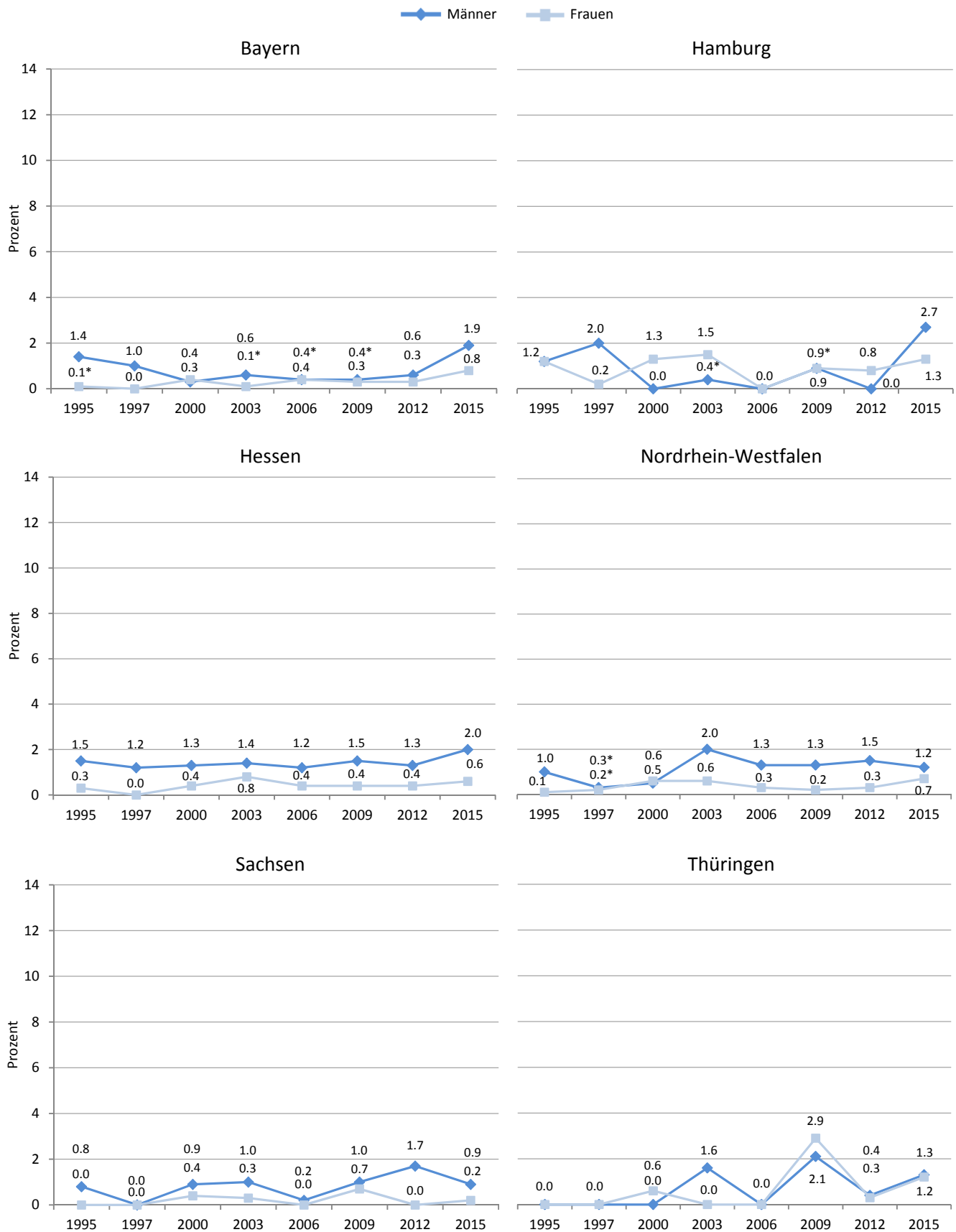


Abbildung 5-13: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 5-13: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Aufputschmitteln (Amphetaminen) nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern									
18-24	0.7*	4.0	1.7	1.7	1.0*	2.7	2.6	0.9*	4.6
25-39	0.3	0.2	0.6	0.2	0.6	0.2	0.0	1.0	1.8
40-59	-	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamburg									
18-24	0.7*	~	5.0	~	2.5	~	2.2	~	3.6
25-39	0.0	3.1	1.2	0.0	1.1	~	1.4	1.3	3.3
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.5
60-64	-	-	-	-	-	~	0.0	~	0.0
Hessen									
18-24	1.3	5.1	2.2	3.5	2.2	3.9	2.7	3.4	2.2
25-39	0.0	0.4	0.7	1.1	1.1	1.0	1.8	1.3	1.4
40-59	-	0.2*	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	1.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	~	0.0	0.0
NRW									
18-24	0.9	2.8	0.3*	2.5	4.0	2.8	3.1	1.7	2.1
25-39	0.6*	0.4	0.5	0.4*	1.9	1.1	0.9	1.0	1.7
40-59	-	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.8	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen									
18-24	0.0	~	0.0	1.7	0.9	0.8	1.4	0.7	1.7
25-39	0.0	1.1	0.0	0.5	1.4	0.0	2.1	1.2	1.1
40-59	-	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	0.0	~	~	~	5.9	~	4.8	1.7	2.2
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	0.5	2.7
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.2.3 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy

In den meisten Bundesländern zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Ecstasykonsums einen relativ gleichmäßigen Verlauf (Abbildung 5-14). Für Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen konnte keine signifikante Veränderung der Werte von 1995 bis zum jetzigen Erhebungszeitpunkt festgestellt werden. Ansteigende Konsumtrends wurden lediglich bei Frauen in Bayern seit 1995 sowie bei Männern in Hamburg seit 2003 registriert.

In den einzelnen Altersgruppen verliefen die Trends des Ecstasykonsums unterschiedlich (Tabelle 5-14). Ein signifikanter Anstieg der Prävalenz fand sich bei 25- bis 39-Jährigen in Bayern und Thüringen sowie bei 40-bis 59-Jährigen in Hessen. Im Unterschied dazu war die Prävalenz bei 18- bis 24-Jährigen in Hamburg (seit 1997), Hessen (seit 2006) und Nordrhein-Westfalen (seit 1995) signifikant zurückgegangen. In Sachsen verlief der Konsum in allen Altersgruppen über die Zeit konstant.

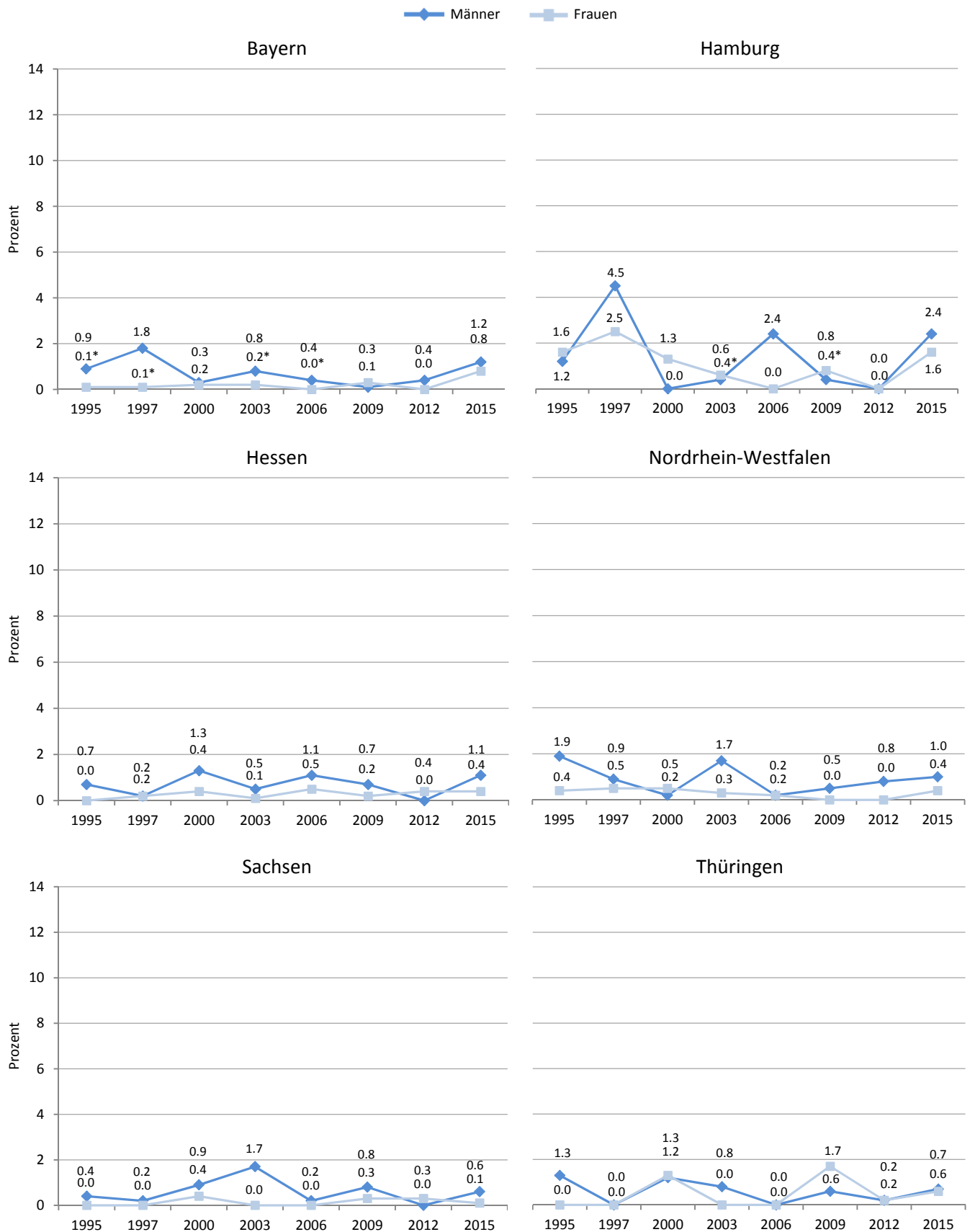


Abbildung 5-14: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 5-14: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Ecstasy nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern									
18-24	-	3.4	4.7	1.7	1.8	1.7	1.2	0.6	3.5
25-39	-	0.1*	0.6	0.0	0.7	0.0	0.1*	0.3	1.5
40-59	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamburg									
18-24	-	~	14.0*	~	0.9	~	1.5	~	2.9
25-39	-	1.5	4.0	0.0	0.6*	~	1.0*	0.0	3.9
40-59	-	0.0	0.4	0.0	0.4	2.3	0.0	0.0	0.2
60-64	-	-	-	-	-	~	0.0	~	0.0
Hessen									
18-24	-	2.1	0.0	3.5	0.4	6.2*	2.1	1.2	1.7
25-39	-	0.0	0.5	1.1	0.0	0.0	0.5	0.0	0.3
40-59	-	0.2*	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.8
60-64	-	-	-	-	-	0.0	~	0.0	0.0
NRW									
18-24	-	5.4*	1.1	2.2	2.4	0.9	1.3	0.7	2.4
25-39	-	1.0	1.4	0.1	1.9	0.3	0.2	0.4	0.8
40-59	-	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen									
18-24	-	~	0.2	3.3	0.0	0.8	1.1	1.1	1.9
25-39	-	0.5	0.2	0.5	1.5	0.0	1.2	0.0	0.5
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	-	~	~	~	2.8	~	3.3	1.7	2.1
25-39	-	0.9	0.0*	1.6	0.0	0.0	2.0	0.0	1.2
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.2.4 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD

Die Trenddaten in allen sechs Bundesländern wiesen auf eine konstant niedrige Konsumprävalenz von LSD in den letzten 12 Monaten hin (Abbildung 5-15). Jegliche Unterschiede zu den Werten von 2015 waren statistisch nicht signifikant, sowohl für die Verläufe männlicher als auch weiblicher Personen.

Auch in den untersuchten Altersgruppen zeigten sich kaum signifikante Unterschiede im Konsum von LSD über die Zeit (Tabelle 5-15). Einzige Ausnahme war die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen in Hamburg, in der die Prävalenz im Vergleich zum Jahr 1997 rückläufig war.

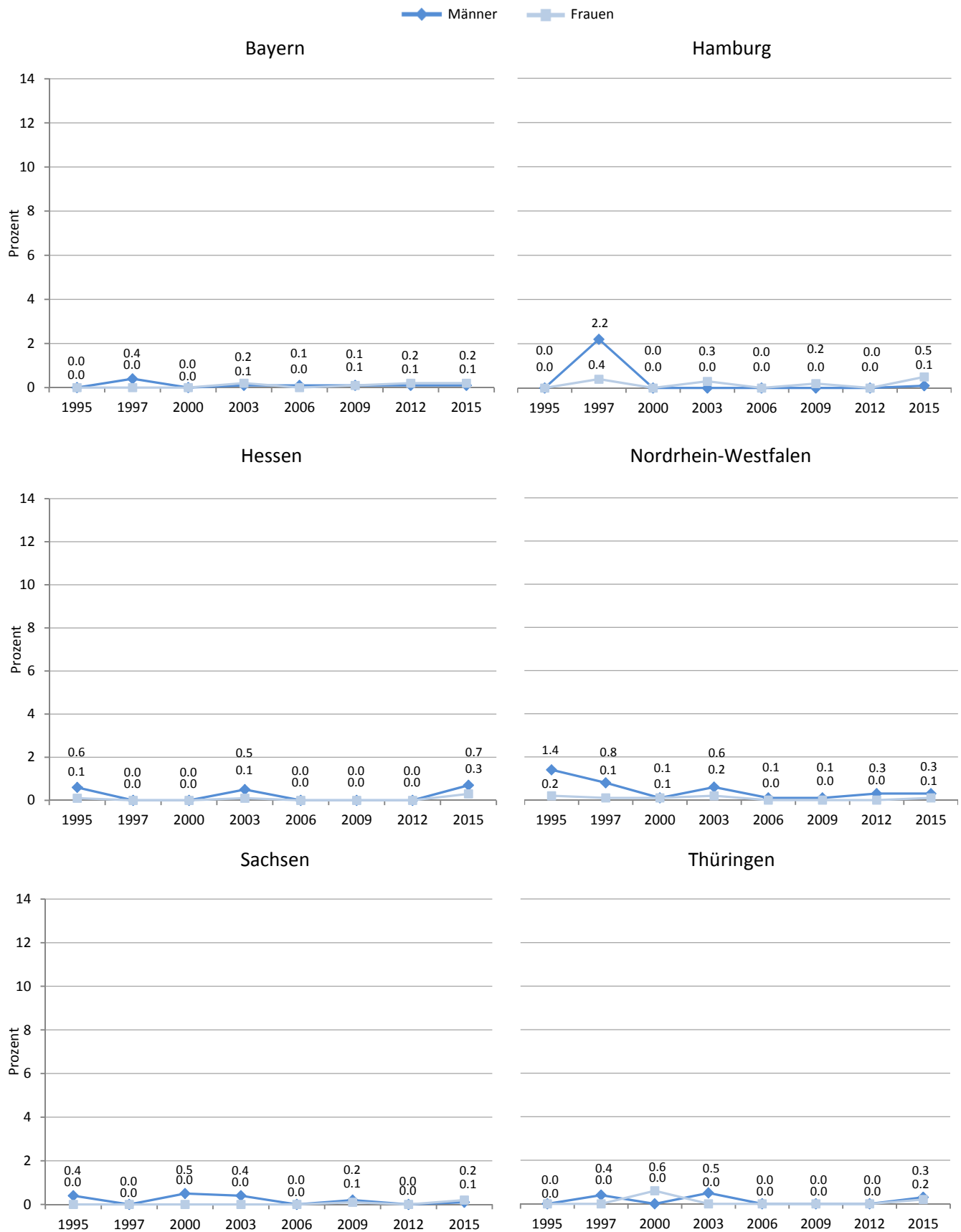


Abbildung 5-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Tabelle 5-15: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von LSD nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern									
18-24	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	0.3	0.5	0.6
25-39	0.1	0.0	0.6	0.0	0.3	0.0	0.1	0.2	0.3
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamburg									
18-24	0.4	~	5.3	~	0.3	~	0.2	~	1.2
25-39	0.0	0.0	1.7*	0.0	0.2	~	0.2	0.0	0.2
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
60-64	-	-	-	-	-	~	0.0	~	0.0
Hessen									
18-24	0.2	2.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	1.3
25-39	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
40-59	-	0.0	-	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5
60-64	-	-	-	-	-	0.0	~	0.0	0.0
NRW									
18-24	0.3	3.0	1.5	0.6	1.8	0.0	0.4	0.0	0.1
25-39	0.1	0.9	0.4	0.0	0.5	0.2	0.0	0.2	0.3
40-59	-	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen									
18-24	0.0	~	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
25-39	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.1
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	0.0	~	~	~	1.8	~	0.0	0.0	1.1
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.2.5 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten

In Hessen konsumierten im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 1997 signifikant weniger Männer Heroin oder andere Opiate (Abbildung 5-16). In den anderen Bundesländern konnten keine signifikanten Trends verzeichnet werden. Die geschlechterspezifischen Trenddaten unterschieden sich häufig nur marginal.

In einigen Bundesländern war für jüngere Altersgruppen ein Rückgang der Konsumprävalenz von Heroin und anderen Opiaten erkennbar (Tabelle 5-16). In Bayern und Nordrhein-Westfalen waren die Werte der 18- bis 24-Jährigen seit 1995 signifikant reduziert, in Hamburg und Hessen seit 1990. Darüber hinaus zeigte sich seit 1997 ein rückläufiger Trend unter 25- bis 39-jährigen Personen in Hamburg.

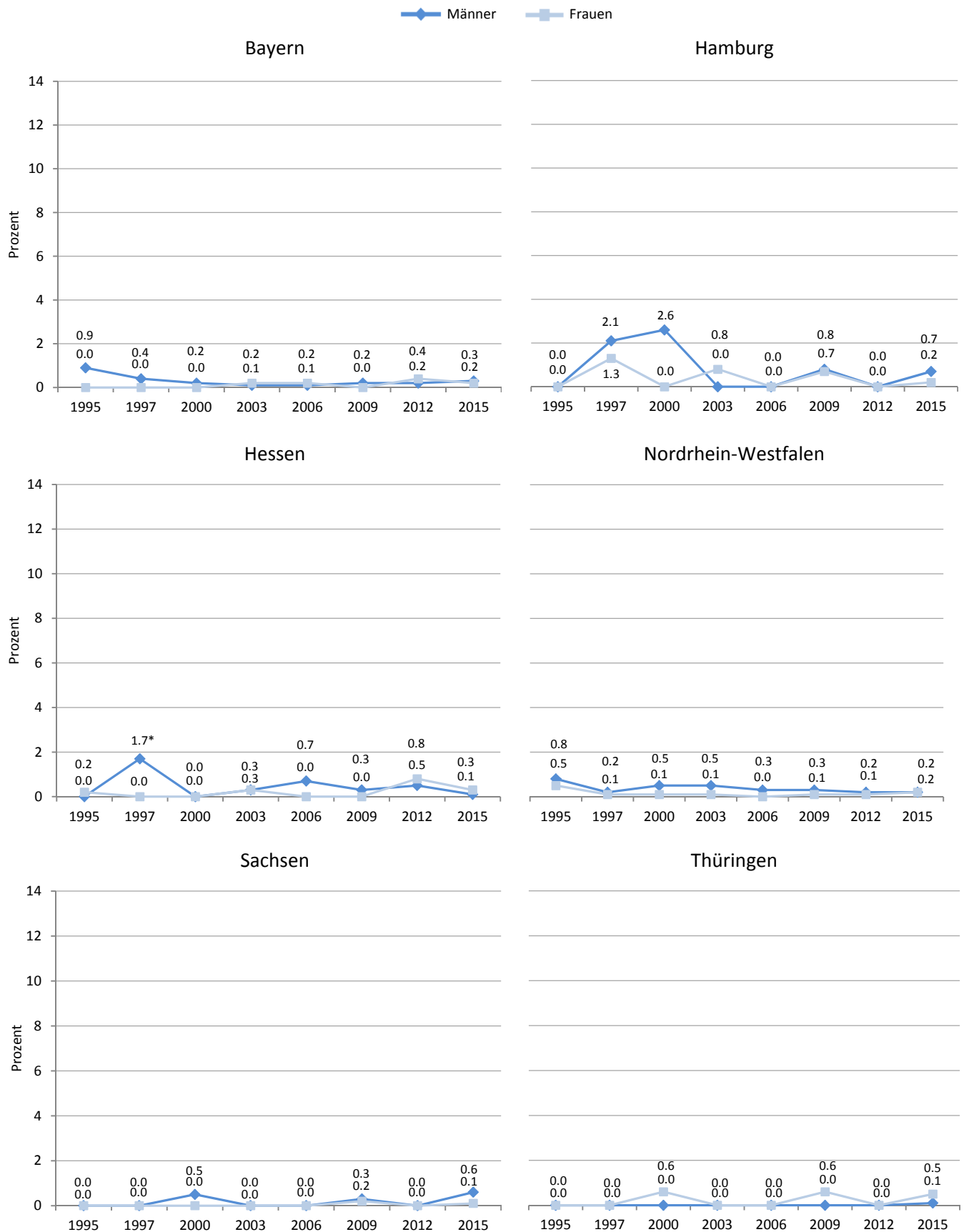


Abbildung 5-16: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 5-16: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Heroin/anderen Opiaten nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern									
18-24	0.3	1.4*	0.0	0.0	0.0	0.5	0.6	0.2	0.2
25-39	0.1	0.7	0.6	0.3	0.4	0.0	0.0	0.5	0.1
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.3	0.3
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamburg									
18-24	0.3	~	2.1*	~	0.7	~	0.8	~	0.4
25-39	0.0	0.0	2.9*	2.5	0.5	~	0.2	0.0	0.4
40-59	-	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	1.1	0.0	0.5
60-64	-	-	-	-	-	~	1.0	~	0.0
Hessen									
18-24	0.5*	0.0	4.5*	0.0	1.2*	0.0	0.0	0.0	0.4
25-39	0.1	0.3	0.4	0.0	0.4	1.0	0.5	0.9	0.1
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	~	0.0	0.0
NRW									
18-24	0.3	2.5*	0.0	0.0	0.4	0.0	0.5	0.0	0.1
25-39	0.2	0.7	0.3	0.8	0.5	0.4	0.3	0.2	0.5
40-59	-	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.4	0.0
Sachsen									
18-24	0.0	~	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.4
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	0.0	~	~	~	0.0	~	0.0	0.0	0.7
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.2.6 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack

Der Konsum von Kokain oder Crack zeigte mit wenigen Ausnahmen keine statistisch signifikanten Änderungen über den Erhebungszeitraum der letzten 20 Jahre (Abbildung 5-17). Bei Frauen in Bayern lag die Prävalenz im Jahr 2015 signifikant höher als im Jahr 2003, wohingegen bei Frauen in Nordrhein-Westfalen im gleichen Zeitraum ein Rückgang der Prävalenz zu beobachten war.

In der altersgruppenspezifischen Betrachtung ergaben sich keine signifikanten Änderungen für Hamburg, Sachsen und Thüringen (Tabelle 5-17). Ein Anstieg der Konsumprävalenz war dagegen bei 25- bis 39-Jährigen in Bayern seit 1990 und bei 40- bis 59-Jährigen in Hessen seit 1995 zu beobachten. Einen rückläufigen Trend seit 1995 zeigten 18- bis 24-Jährige in Nordrhein-Westfalen.

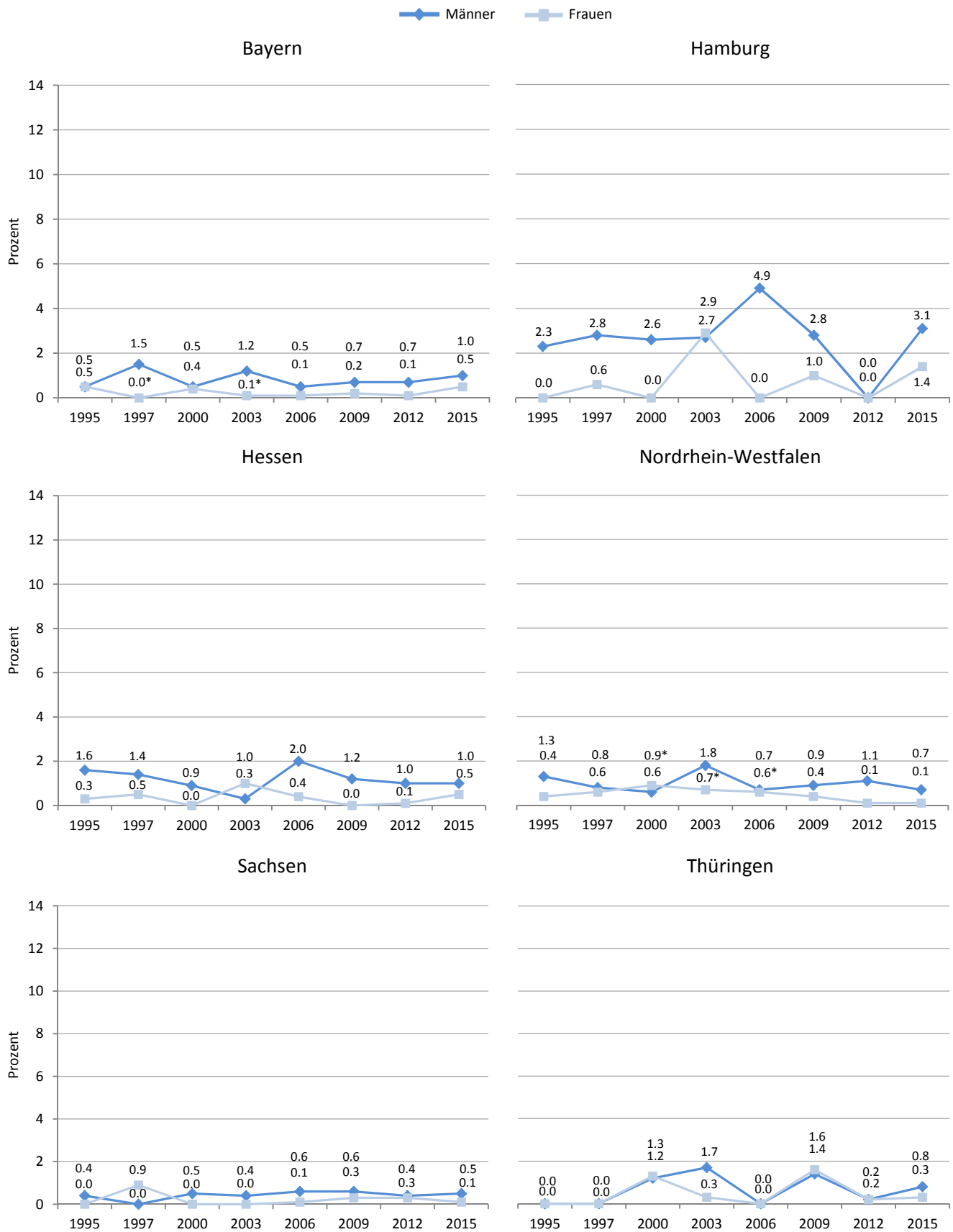


Abbildung 5-17: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 5-17: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Kokain/Crack nach Alter und Bundesland

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern									
18-24	0.6	0.3	3.6	1.0	1.8	2.4	0.8	0.2	1.5
25-39	0.1*	1.1	0.6	0.7	0.5	0.1*	1.0	1.1	1.3
40-59	-	0.1	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamburg									
18-24	1.8	~	1.0	~	2.3	~	2.8	~	3.3
25-39	0.8	3.0	3.3	2.5	3.6	~	2.2	0.0	4.0
40-59	-	0.0	0.4	0.0	2.2	4.6	1.4	0.0	0.5
60-64	-	-	-	-	-	~	0.0	~	0.0
Hessen									
18-24	1.1	0.0	1.4	2.0	1.9	3.6	1.4	2.6	1.5
25-39	0.4	2.3	0.5	0.5	1.1	2.3	1.3	0.9	0.8
40-59	-	0.2*	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
60-64	-	-	-	-	-	0.0	~	0.0	0.0
NRW									
18-24	0.5	2.9*	1.4	2.2*	3.0*	1.4	2.2	0.5	1.0
25-39	0.4	1.1	1.3	1.0	1.9	1.4	0.8	0.8	0.4
40-59	-	0.1	0.1	0.1	0.3	0.0	0.2	0.6	0.2
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Sachsen									
18-24	0.0	~	2.4	1.7	0.0	2.4	0.2	2.4	0.5
25-39	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0	1.4	0.0	0.7
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	0.0	0.6	0.0	0.0
Thüringen									
18-24	0.0	~	~	~	5.6	~	4.5	1.7	1.8
25-39	0.0	0.0	0.0	1.6	0.6	0.0	2.7	0.0	1.0
40-59	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.2.7 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS

Indikatoren des klinisch relevanten Konsums von Cannabis nach SDS wurden erst seit dem Jahr 2006 erhoben (Abbildung 5-18). Die einzigen signifikanten Änderungen zeigten sich in Sachsen, wo seit 2006 ein Anstieg bei Männern zu beobachten war, wohingegen die Prävalenz bei Frauen seit 2009 rückläufig war. In allen anderen Bundesländern waren die Unterschiede zwischen den Erhebungen nicht statistisch bedeutsam.

In der überwiegenden Mehrheit der Altersgruppen zeigten sich über den Beobachtungszeitraum keine Änderungen des klinisch relevanten Cannabiskonsums (Tabelle 5-18). Lediglich bei den 18- bis 24-Jährigen in Hamburg war ein Rückgang der Prävalenz im Vergleich zum Jahr 2009 zu beobachten.

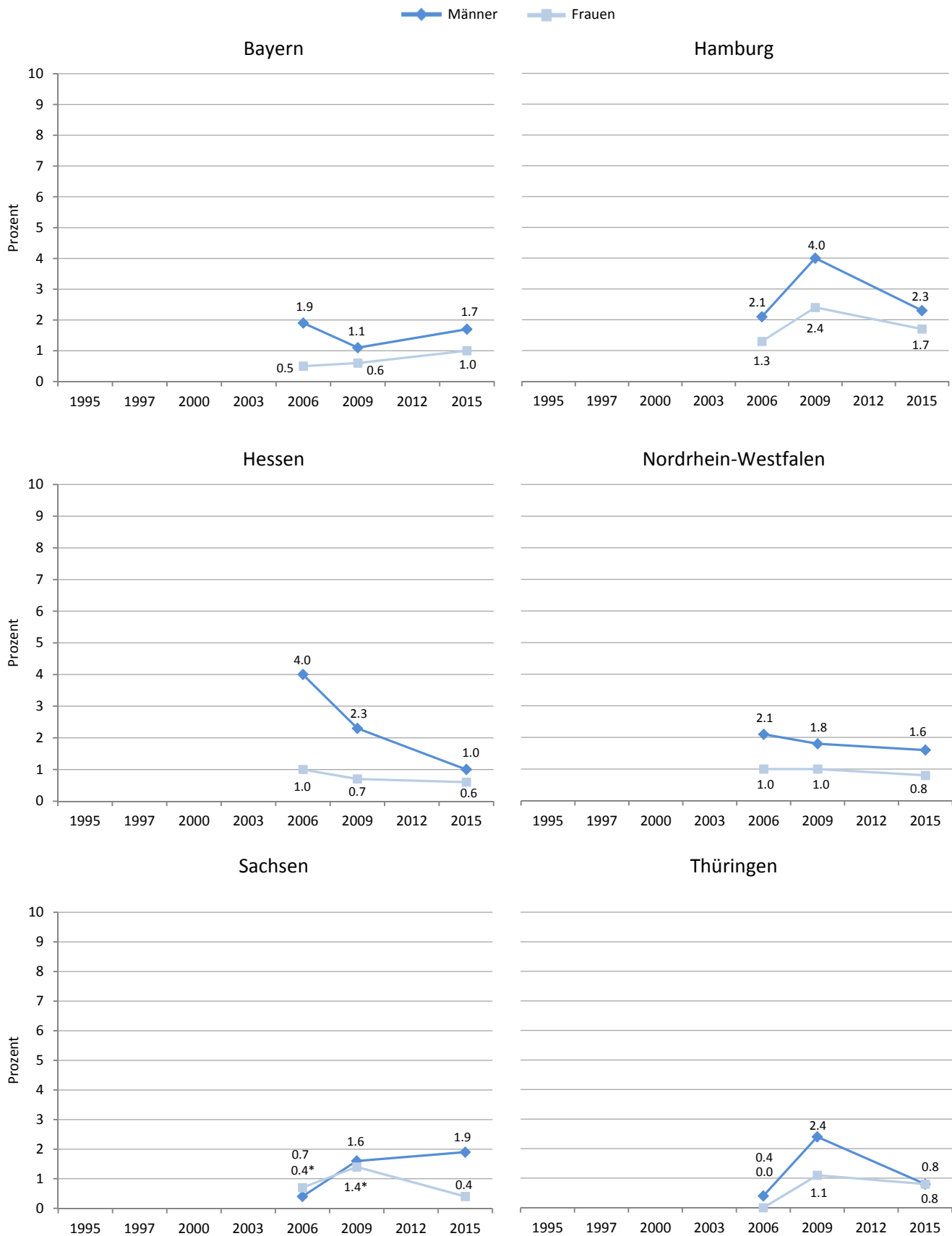


Abbildung 5-18: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe von Werten wurden die SDS nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 5-18: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	-	-	-	-	5.1	3.4	-	5.3
25-39	-	-	-	-	1.3	1.2	-	1.5
40-59	-	-	-	-	0.2	0.0	-	0.2
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	-	0.0
Hamburg								
18-24	-	-	-	-	~	9.0*	-	3.7
25-39	-	-	-	-	~	4.3	-	3.3
40-59	-	-	-	-	0.0	1.0	-	0.5
60-64	-	-	-	-	~	0.0	-	3.0
Hessen								
18-24	-	-	-	-	9.0	3.7	-	3.6
25-39	-	-	-	-	3.1	3.1	-	0.9
40-59	-	-	-	-	0.7	0.0	-	0.0
60-64	-	-	-	-	0.0	~	-	0.0
NRW								
18-24	-	-	-	-	5.6	3.4	-	3.5
25-39	-	-	-	-	1.9	2.2	-	1.0
40-59	-	-	-	-	0.4	0.4	-	0.7
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	-	0.0
Sachsen								
18-24	-	-	-	-	2.1	4.4	-	3.6
25-39	-	-	-	-	0.6	1.6	-	1.8
40-59	-	-	-	-	0.0	0.6	-	0.4
60-64	-	-	-	-	0.0	0.6	-	0.0
Thüringen								
18-24	-	-	-	-	~	8.1	-	3.7
25-39	-	-	-	-	0.0	1.7	-	1.2
40-59	-	-	-	-	0.0	0.0	-	0.0
60-64	-	-	-	-	~	~	-	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

5.3 Sonderauswertung Methamphetamin

5.3.1 Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin

Bundesweit berichteten 0.6 % der Befragten (0.7 % der Männer und 0.5 % der Frauen), schon einmal Methamphetamin konsumiert zu haben (Abbildung 5-19). Bei Männern in Sachsen (3.2%) sowie bei Frauen in Thüringen (2.1%) lag die Prävalenz signifikant darüber, ebenso wie der geschlechteraggregierte Wert in den beiden Bundesländern (1.7 bzw. 2.0%).

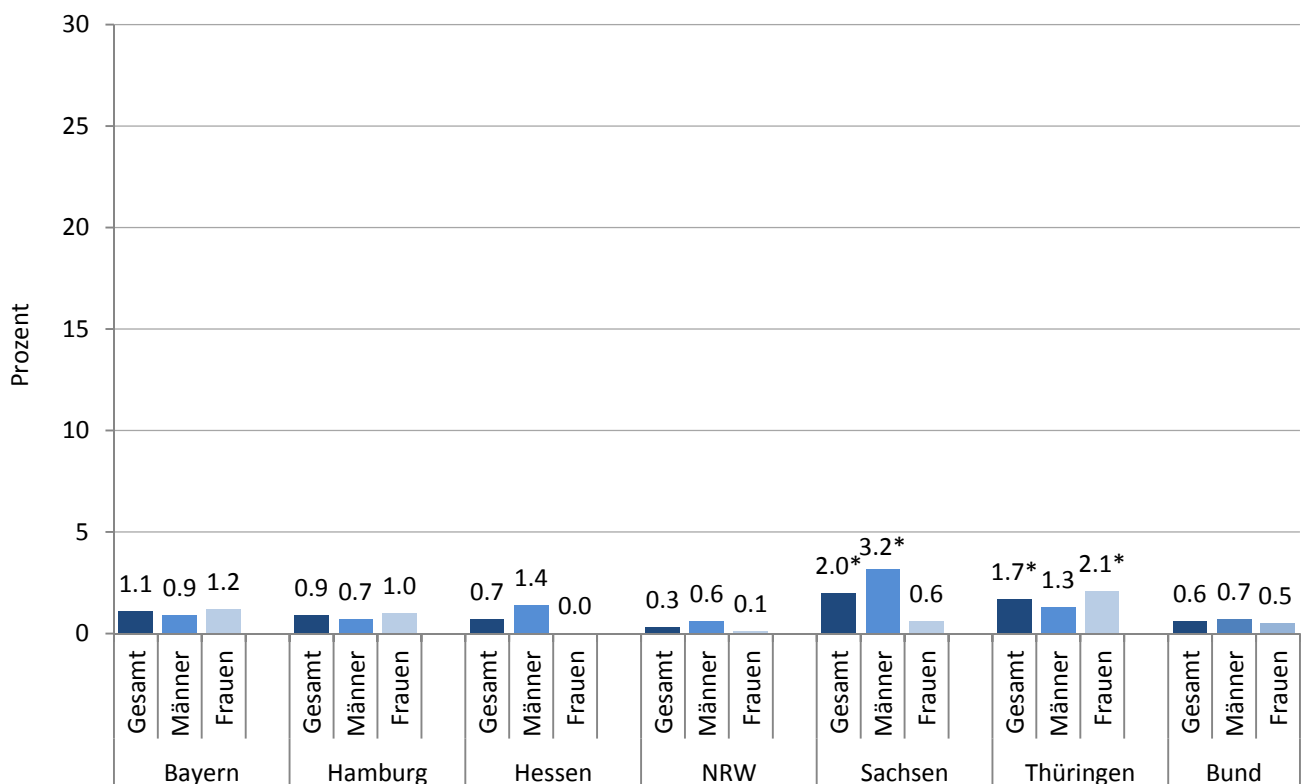


Abbildung 5-19: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Bei Betrachtung der Altersgruppen zeigten sich gegenüber dem Bund (0.9 %) signifikant erhöhte Werte unter 25- bis 39-Jährigen in Sachsen und Thüringen (Tabelle 5-19). Von den 15- bis 17-Jährigen, die lediglich in Sachsen befragt wurden, berichteten 0.4 % den Konsum von Methamphetamin.

Tabelle 5-19: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.4	-	-
18-24	3.9	0.4	0.0	0.2	2.8	3.4	1.1
25-39	1.5	1.3	0.4	0.1	5.3*	4.8*	0.9
40-59	0.3	0.8	1.2	0.6	0.1	0.0	0.4
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

5.3.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin

Im Vergleich mit der Lebenszeit-Prävalenz lag die 12-Monats-Prävalenz des Methamphetaminkonsums deutlich niedriger (Abbildung 5-20). Bundesweit betrug sie für beide Geschlechter 0.2 %. Von den Befragten aus Hessen sowie von den weiblichen Befragten in Nordrhein-Westfalen und Sachsen hatte in diesem Zeitraum keine Person Methamphetamin konsumiert. Am höchsten war die Prävalenz in Thüringen, wo sie mit 0.8 % signifikant über dem bundesweiten Wert lag.

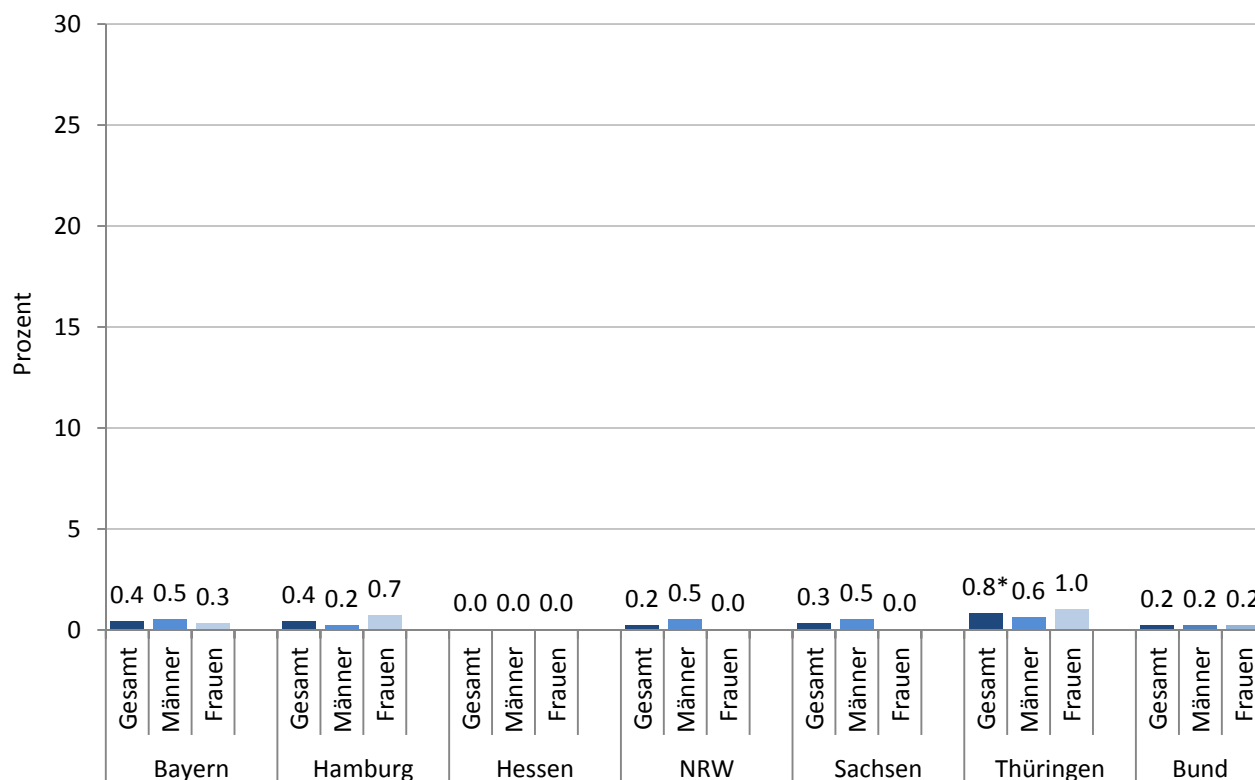


Abbildung 5-20: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Innerhalb der Altersgruppen lag die bundesweite 12-Monats-Prävalenz zwischen 0.0 % für 60- bis 64-Jährige und 0.6 % für 18- bis 24-Jährige (Tabelle 5-20). Signifikante Abweichungen in den Prävalenzen der Bundesländer bestanden nicht.

Tabelle 5-20: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	2.0	0.4	0.0	0.0	0.9	1.1	0.6
25-39	0.4	0.3	0.0	0.0	0.8	2.4	0.1
40-59	0.0	0.6	0.0	0.5	0.0	0.0	0.2
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.3.3 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin

In den meisten Bundesländern gab keiner der Befragten an, in den letzten 30 Tagen Methamphetamin konsumiert zu haben (Abbildung 5-21). Ausnahmen davon waren Hamburg mit einer Prävalenz von 0.3 % und Thüringen mit einer Prävalenz von 0.2 %.

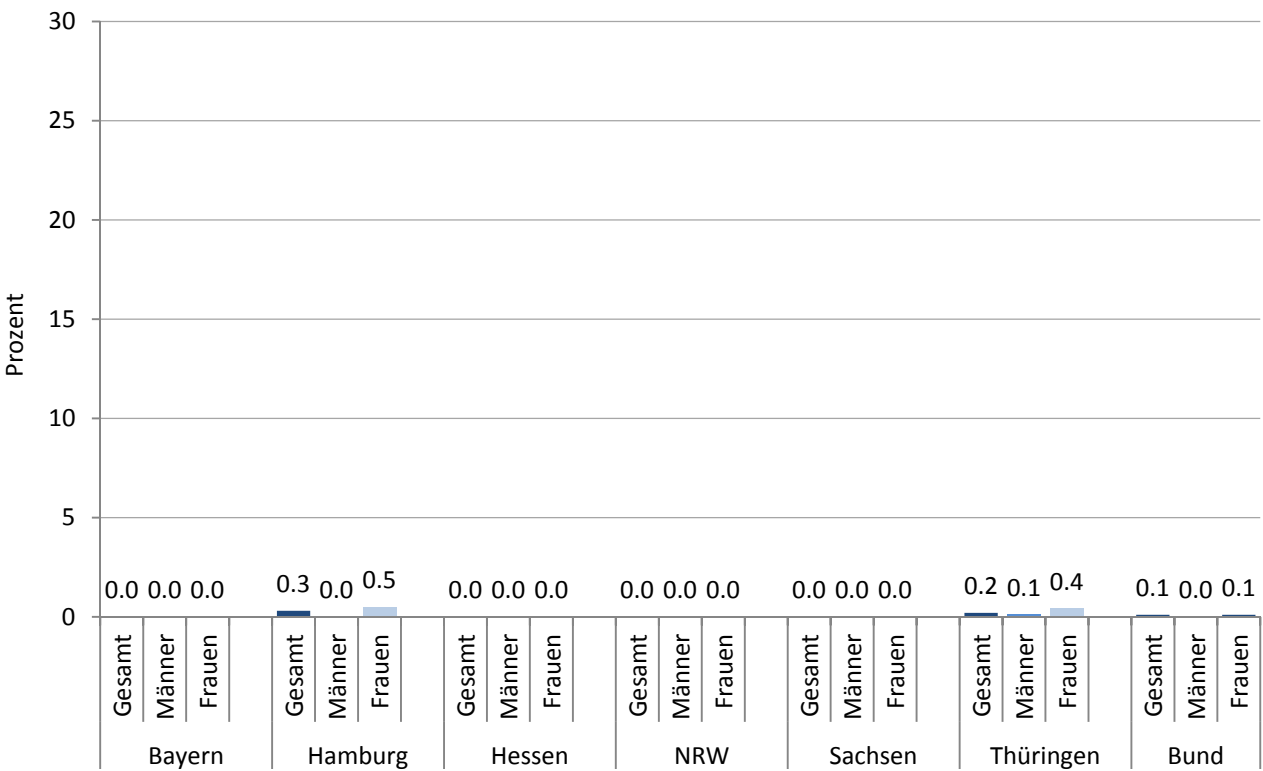


Abbildung 5-21: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Geschlecht und Bundesland

Die nach Altersgruppen stratifizierte Auswertung zeigt, dass die Konsumenten dieser Bundesländer unter den 18- bis 39-Jährigen (Thüringen) bzw. den 40- bis 59-Jährigen (Hamburg) zu finden waren (Tabelle 5-21).

Tabelle 5-21: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Methamphetamin nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0
25-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0
40-59	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

5.3.5 Reiner Methamphetaminkonsum

Von den 32 erfassten Methamphetaminkonsumenten der letzten 12 Monate berichteten sieben Personen, in diesem Zeitraum keine Amphetamine konsumiert zu haben. Davon waren fünf aus Thüringen und zwei aus Sachsen.

5.3.6 12-Monats-Frequenz des Konsums von Methamphetamin (Konsumenten)

Über die Bundesländer hinweg gab je etwa ein Drittel der Methamphetaminkonsumenten der letzten 12 Monate an, die Substanz in diesem Zeitraum nur ein Mal genommen zu haben, zwischen zwei und neun Mal, oder mindestens zehn Mal (Tabelle 5-22).

Die Verteilung auf diese Kategorien variierte zwischen den Bundesländern. In Hamburg und Nordrhein-Westfalen gab keine Person den mindestens zehnmaligen Konsum an und in Bayern lediglich eine von neun Personen. In Thüringen gab etwa die Hälfte der Konsumenten (7 von 15) eine Frequenz von zehn Mal oder häufiger an. In Sachsen waren es drei von vier Personen. Zudem gab dort keine der Personen den einmaligen Konsum an.

Tabelle 5-22: Konsumfrequenz der Methamphetaminkonsumenten (12 Monate) nach Bundesland: Fallzahlen

	1x	2-9x	≥10x
Bayern			
Hamburg			
Hessen			
Nordrhein-Westfalen			
Sachsen			
Thüringen			

Anmerkungen: Ein Kästchen repräsentiert eine Person.

5.3.7 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von (Meth)Amphetamin

In der Erhebung wurden Hinweise auf einen klinisch relevanten Konsum von Amphetaminen und/oder Methamphetamin nach den Kriterien des SDS bezogen auf die letzten 12 Monate erfragt. Daraus lassen sich keine Daten nur auf Methamphetamin bezogen ermitteln indem aber nur Konsumenten dieser Substanz einbezogen werden, kann ermittelt werden, wie viele Methamphetaminkonsumenten Hinweise auf klinisch relevantes Konsumverhalten in Bezug auf mindestens eine der beiden erfragten Substanzen zeigten.

In Hessen war keiner der Befragten 12-Monats-Konsument, womit automatisch niemand Hinweise auf klinisch relevanten Konsum zeigte. Auch in Hamburg zeigte keine Person Hinweise auf klinisch relevanten Konsum (Tabelle 5-23). In Bayern und Nordrhein-Westfalen wies jeweils eine Person einen potentiell klinischen Konsum auf, in Sachsen zwei Personen und in Thüringen fünf.

Tabelle 5-23: Personen mit Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum von (Meth-)Amphetamin

	Fallzahlen
Bayern	■
Hamburg	-
Hessen	-
Nordrhein-Westfalen	■
Sachsen	■ ■
Thüringen	■ ■ ■ ■ ■

5.4 Sonderauswertung neue psychoaktive Substanzen

5.4.1 Lebenszeit-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen

Je nach Bundesland berichteten zwischen 2.2 % (Hessen) und 4.3 % (Hamburg) der Männer sowie zwischen 2.0 % (Bayern) und 3.5 % (Hamburg) der Frauen, bereits Erfahrungen mit dem Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) gemacht zu haben (Abbildung 5-22). Die Prävalenzen wichen in keinem Fall signifikant von den bundesweiten Werten ab.

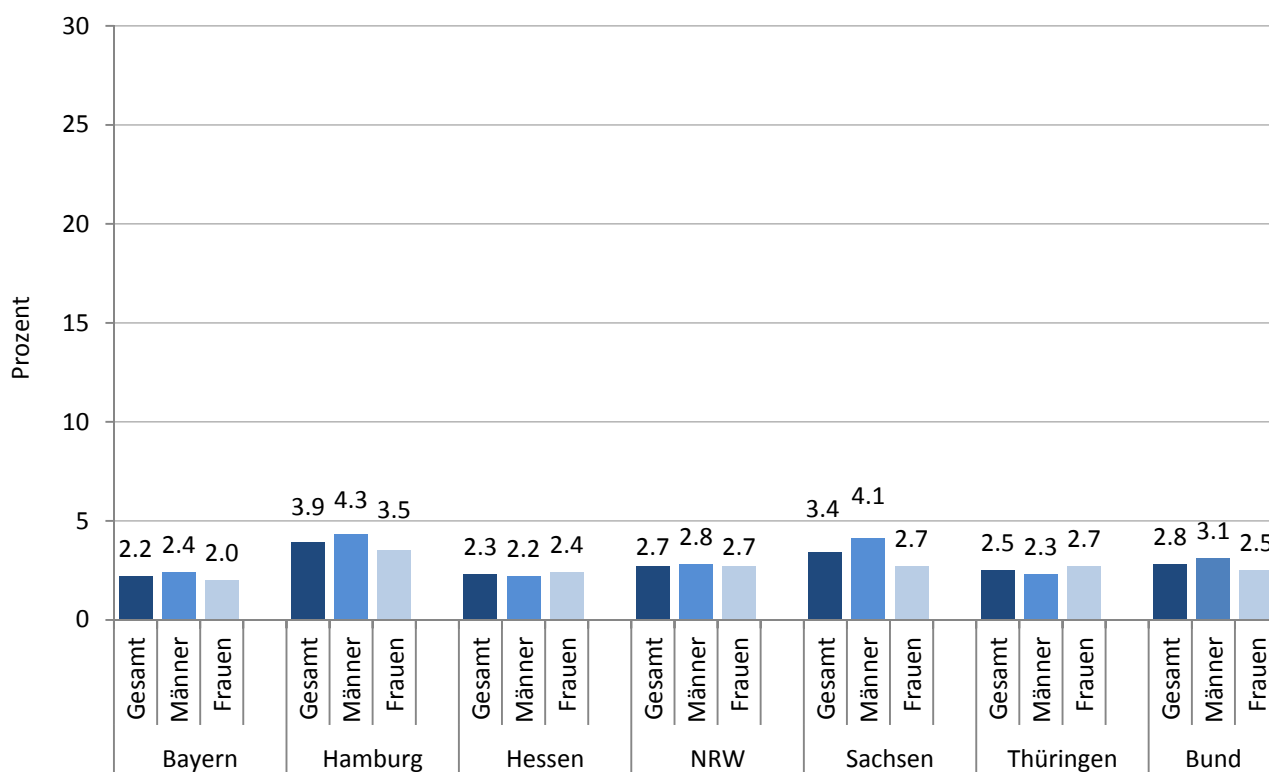


Abbildung 5-22: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland

Die bundesweite Lebenszeit-Prävalenz innerhalb der Altersgruppen lag zwischen 1.2 % für 60- bis 64-Jährige und 4.4 % für 25- bis 39-Jährige (Tabelle 5-24). Im Vergleich zum Bund wiesen 18- bis 24-Jährige in Nordrhein-Westfalen eine signifikant niedrigere Prävalenz auf (4.2 % vs. 1.4 %).

Tabelle 5-24: Lebenszeit-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	1.0	-	-
18-24	7.4	4.2	4.0	1.4*	5.9	5.6	4.2
25-39	2.4	6.9	4.2	4.5	4.3	4.5	4.4
40-59	1.1	1.9	1.2	2.1	2.9	1.1	1.8
60-64	0.0	1.0	0.0	2.7	1.0	1.4	1.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten. Bei Nullzellen keine Signifikanztestung möglich.

5.4.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen

Insgesamt gaben 0.9 % der Gesamtstichprobe den Konsum von NPS in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung an (Abbildung 5-23). Die geschlechterspezifische Verteilung im Bund war ausgeglichen (0.9 % bei Männern, 0.9 % bei Frauen). Differenzen der Konsumprävalenzen in den Bundesländern zu den Bundesdaten waren nicht signifikant.

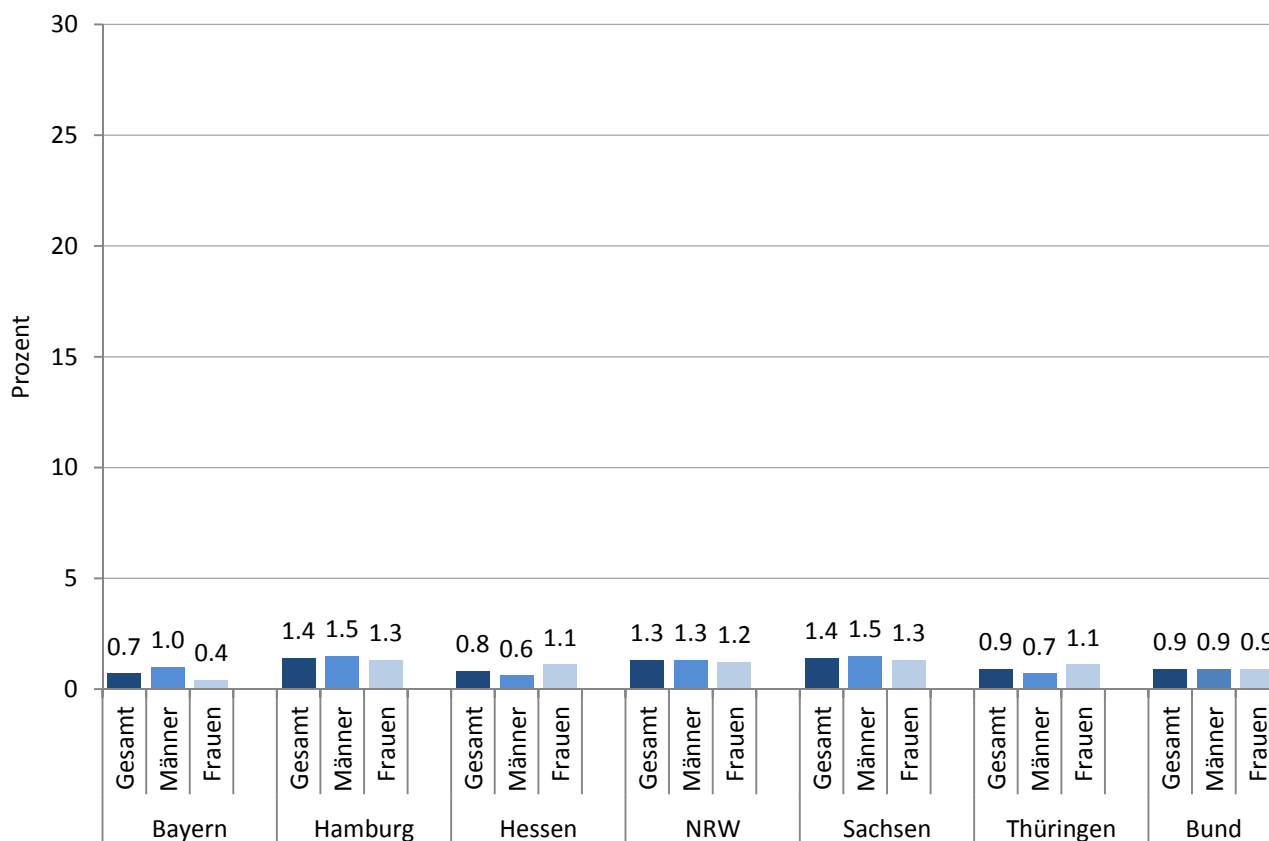


Abbildung 5-23: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland

Die Konsumwerte der verschiedenen Altersgruppen wiesen ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zu den Konsumprävalenzen im Bund auf (Tabelle 5-25). Unter den 15- bis 17-Jährigen in Sachsen hatte 1.0 % in den letzten 12 Monaten NPS konsumiert.

Tabelle 5-25: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	1.0	-	-
18-24	3.2	1.4	1.0	0.3	1.4	1.5	1.4
25-39	0.8	1.8	1.6	1.9	0.5	1.3	0.9
40-59	0.2	1.1	0.5	0.9	2.1	0.5	0.8
60-64	0.0	1.0	0.0	2.7	1.0	1.4	0.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Bei Nullzellen keine Signifikanztestung möglich.

5.4.3 30-Tage-Prävalenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen

Den Konsum in den letzten 30 Tagen gab keiner der Befragten in Hamburg und Nordrhein-Westfalen an, ebenso wie unter Frauen in Bayern und Thüringen und Männern in Hessen (Abbildung 5-24). In den übrigen Subgruppen lag die Prävalenz bei maximal 0.2 % (Frauen in Sachsen).

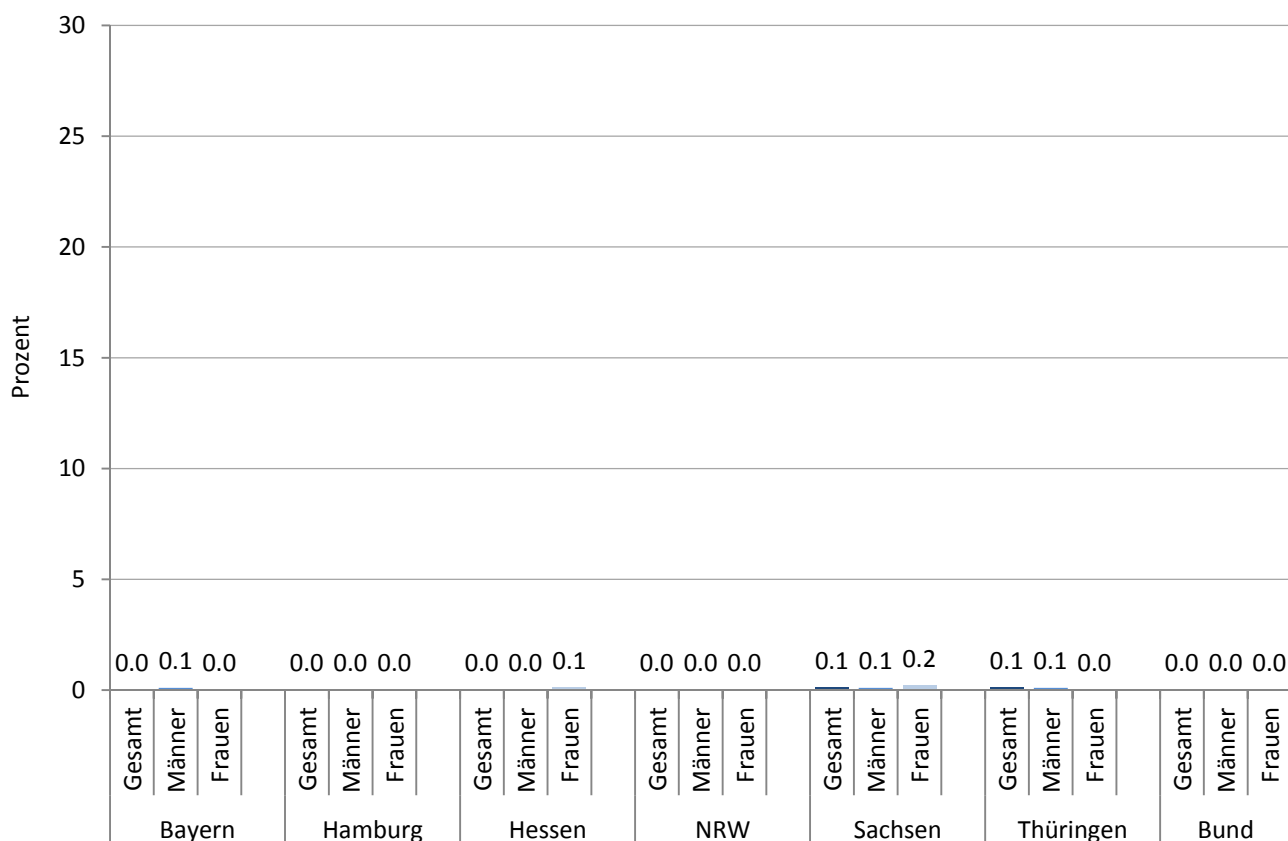


Abbildung 5-24: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht und Bundesland

Auch hinsichtlich einzelner Altersgruppen zeigten sich keine signifikanten Abweichungen von den bundesweiten Daten (Tabelle 5-26). Dort lag die Prävalenz bei maximal 0.1 % in den beiden jüngsten Altersgruppen.

Tabelle 5-26: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.2	0.1
25-39	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1
40-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. Bei Nullzellen keine Signifikanztestung möglich.

5.4.4 Konsumierte Substanzform (Konsumenten)

Die Bundesländer unterschieden sich stark darin, wie verbreitet einzelne Konsumformen unter Konsumenten der letzten 12 Monate waren (Tabelle 5-27). In allen betrachteten Bundesländern gab der Großteil der Konsumenten an, NPS in Form von Kräutermischungen geraucht zu haben. Die Prävalenz schwankte zwischen 71.5 % in Nordrhein-Westfalen und 90.9 % in Bayern. In Hamburg, Bayern, Thüringen und Hessen war dies die vorherrschende Konsumform; gleichzeitig wurden NPS in Form von Flüssigkeiten von deutlich weniger als der Hälfte der Konsumenten in diesen Bundesländern eingenommen. In Nordrhein-Westfalen wurde die Einnahme in Form von Kristallen oder Tabletten am häufigsten berichtet (84.3 %), und immerhin gut die Hälfte der Konsumenten (55.8 %) hatte NPS in flüssiger Form konsumiert. Sachsen war durch eine auf hohem Niveau (86.0 bis 89.0 %) ausgeglichene Prävalenz aller Konsumformen charakterisiert.

Tabelle 5-27: Form der konsumierten neuen psychoaktiven Substanzen nach Bundesland (Konsumenten)

	Kräutermischungen		Kristalle/Tabletten		Flüssigkeiten	
	n	%	n	%	n	%
Bayern	17	90.9	6	48.1	6	38.3
Hamburg	15	77.7	9	57.8	6	31.7
Hessen	7	77.0	6	60.0	4	37.0
Nordrhein-Westfalen	12	71.5	12	84.3	9	55.8
Sachsen	14	89.6	10	86.0	9	86.9
Thüringen	17	77.7	12	67.5	7	39.2

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich.

5.4.5 12-Monats-Frequenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen (Konsumenten)

Wurden Konsumenten zur Konsumfrequenz befragt, gab über die Bundesländer hinweg etwa die Hälfte der Personen (9 von 20) an, NPS in den letzten 12 Monaten genau ein Mal genommen zu haben (Tabelle 5-28). In Hessen und Nordrhein-Westfalen wurde ein häufigerer Konsum nicht berichtet. In Sachsen wurde die Kategorie „2-9 Mal“ nicht genannt, so dass sich die Personen zwischen einmaligem und mindestens zehnmaligem Konsum verteilten.

Die Beurteilung der Angaben zur Konsumfrequenz wird dadurch erschwert, dass sehr viele Konsumenten dazu keine Angaben machten.

Tabelle 5-28: 12-Monats-Frequenz des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen nach Bundesland (Konsumenten): Fallzahlen

	1x	2-9x	≥10x
Bayern	 	  	 
Hamburg			
Hessen	 		
Nordrhein-Westfalen	 		
Sachsen	  		 
Thüringen	 	  	

Anmerkungen: Ein Kästchen repräsentiert eine Person. Anzahl fehlender Werte pro Bundesland: Bayern n = 14, Hamburg n = 14, Hessen n = 7, Nordrhein-Westfalen n = 13, Sachsen n = 14, Thüringen n = 16.

5.4.6 Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum neuer psychoaktiver Substanzen (Konsumenten)

Personen, die bereits NPS konsumiert hatten, hatten dies in Bayern im Durchschnitt mit 17.2 Jahren zum ersten Mal getan, gefolgt von Sachsen mit 19.1 Jahren und Thüringen mit 21.3 Jahren (Abbildung 5-25). In Nordrhein-Westfalen berichteten Konsumenten den spätesten Konsumeinstieg mit durchschnittlich 37.5 Jahren. Allerdings ist zu beachten, dass die Schätzungen in Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen auf nur 2 bzw. 3 Personen beruhten und Unterschiede zwischen den Bundesländern nicht signifikant waren.

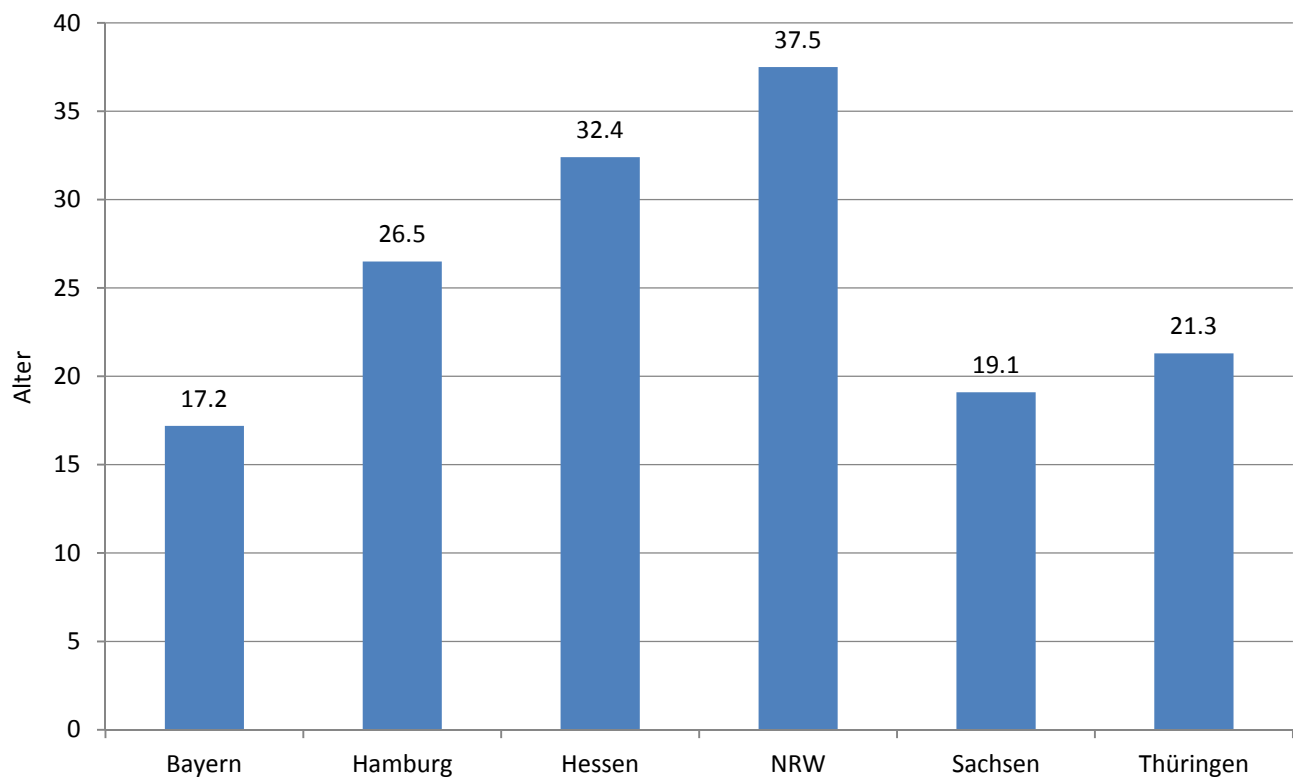


Abbildung 5-25: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen nach Bundesland

6 Medikamente

6.1 Die Situation im Jahr 2015

6.1.1 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

Bundesweit haben etwa zwei Drittel der Frauen (66.9 %) und etwas mehr als die Hälfte der Männer (52.1 %) in den letzten 12 Monaten Schmerzmittel eingenommen (Abbildung 6-1). Vergleichbare Zahlen fanden sich in Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen. In Sachsen hatten mit 43.8 % signifikant weniger Männer Schmerzmittel eingenommen als im Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus war in Sachsen und Thüringen die Gesamtprävalenz (Männer und Frauen) niedriger als im Bund.

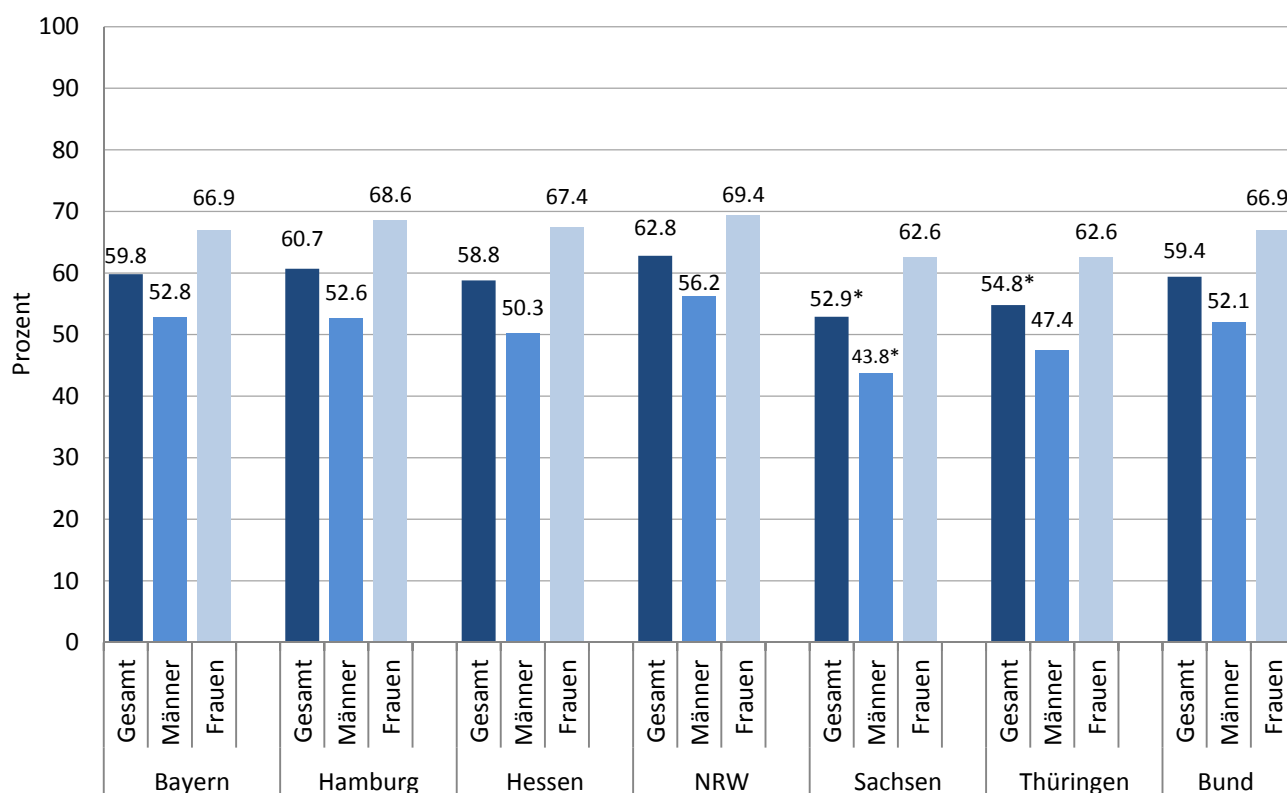


Abbildung 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In allen beteiligten Bundesländern war die Prävalenz in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen am höchsten (Tabelle 6-1). Unterschiede im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt ergaben sich für 18- bis 24-Jährige in Hamburg sowie für 25- bis 39-Jährige in Sachsen, die jeweils niedrigere Prävalenzen aufwiesen.

Tabelle 6-1: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	41.0	-	-
18-24	58.0	47.9*	54.4	59.5	55.1	58.2	59.8
25-39	66.5	67.5	65.8	69.5	56.5*	59.7	67.1
40-59	58.8	61.8	58.5	62.8	52.8	56.5	57.7
60-64	45.9	42.9	45.2	47.8	42.6	33.7	45.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

Schlaf- oder Beruhigungsmittel wurden durchschnittlich von 9.6 % der deutschen Frauen und 5.8 % der Männer im Verlauf des letzten Jahres eingenommen (Abbildung 6-2). Frauen in Bayern (7.0 %) und Hessen (5.2 %) zeigten im Vergleich dazu signifikant niedrigere Werte. Darüber hinaus war in Bayern auch die Gesamtprävalenz des Gebrauchs niedriger als im Bund.

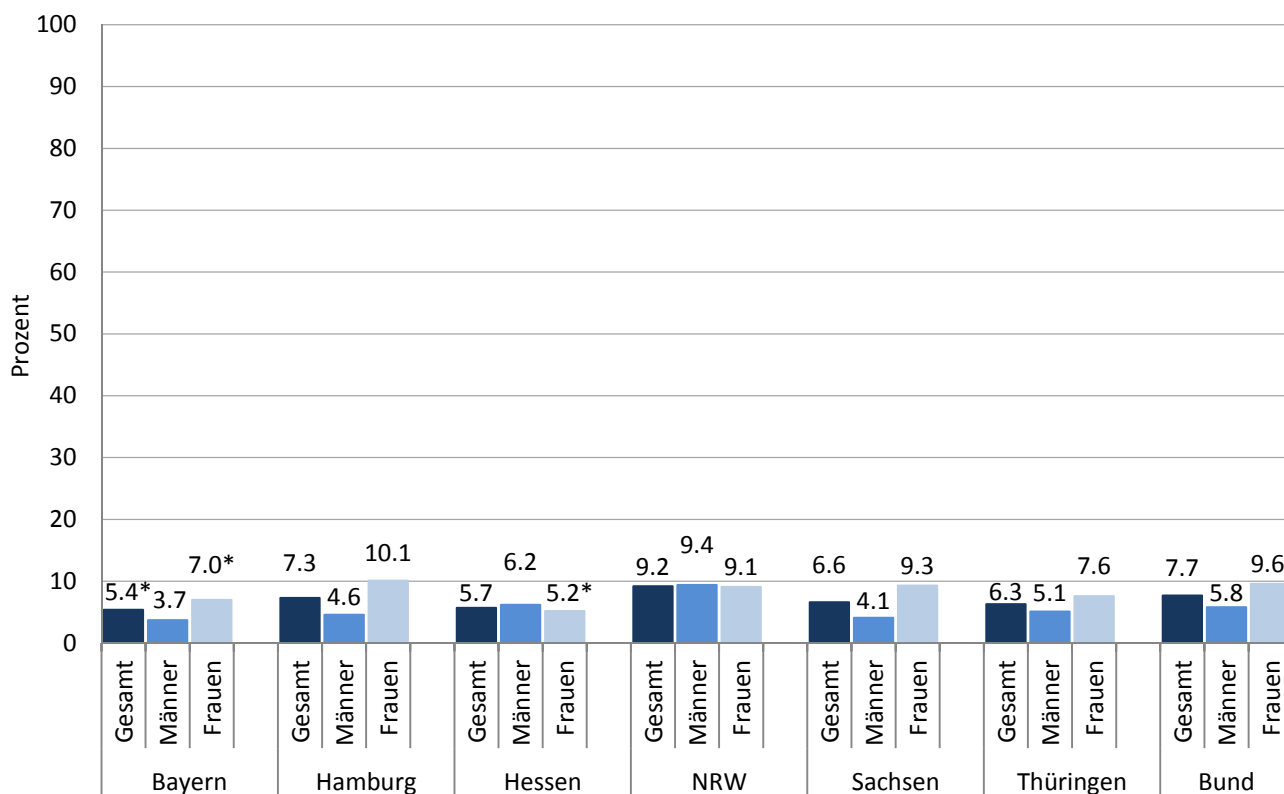


Abbildung 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die höchsten Prävalenzen des Schlaf- oder Beruhigungsmittelgebrauchs zeigten die 60- bis 64-Jährigen bzw. die 40- bis 59-Jährigen (Tabelle 6-2). In Hessen wies jedoch die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen die höchsten Werte auf. Im Vergleich zur Bunderhebung war der Prozentsatz der Nutzer bei 40- bis 59-jährigen Hessen signifikant niedriger.

Tabelle 6-2: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	1.9	-	-
18-24	4.7	4.6	3.8	5.8	4.6	4.5	5.8
25-39	4.7	7.7	8.9	9.6	6.2	4.7	6.7
40-59	5.7	7.2	4.5*	9.9	7.4	7.9	8.5
60-64	6.5	11.0	5.1	9.6	6.1	5.0	8.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.3 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

Sowohl im bundesweiten Durchschnitt als auch in den sechs Bundesländern haben etwa 1 % der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten Anregungsmittel eingenommen (Abbildung 6-3). Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem bundesweiten Durchschnitt.

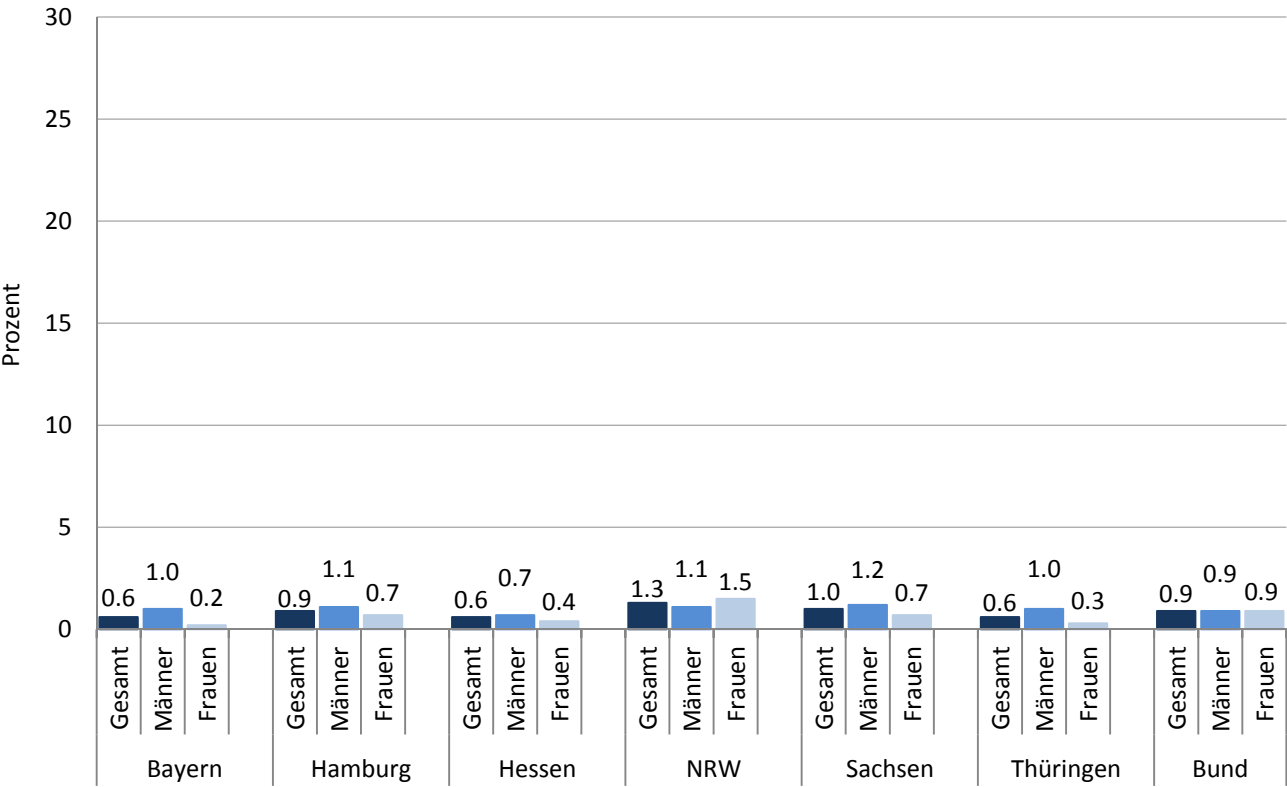


Abbildung 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 39 Jahren wiesen mit einer Prävalenz von bis zu 2.3 % die höchste Wahrscheinlichkeit des Gebrauchs von Anregungsmitteln auf (Tabelle 6-3). Die jüngste Altersgruppe in Hessen fiel durch signifikant niedrigere Prävalenzwerte (0.4 %) im Vergleich zu den Gleichaltrigen im Bundesdurchschnitt (2.3 %) auf.

Tabelle 6-3: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	4.0	-	-
18-24	1.7	0.4*	2.3	1.8	1.4	1.7	2.3
25-39	0.2	1.3	0.3	2.2	1.5	0.7	0.9
40-59	0.7	0.7	0.0	0.9	0.8	0.6	0.6
60-64	0.0	1.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.4 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Appetitzügler wurden von 0.2 % der Männer und 0.5 % der Frauen in Deutschland im Verlauf der letzten 12 Monate eingenommen (Abbildung 6-4). Signifikante Unterschiede zeigten sich in keinem der beteiligten Bundesländer.

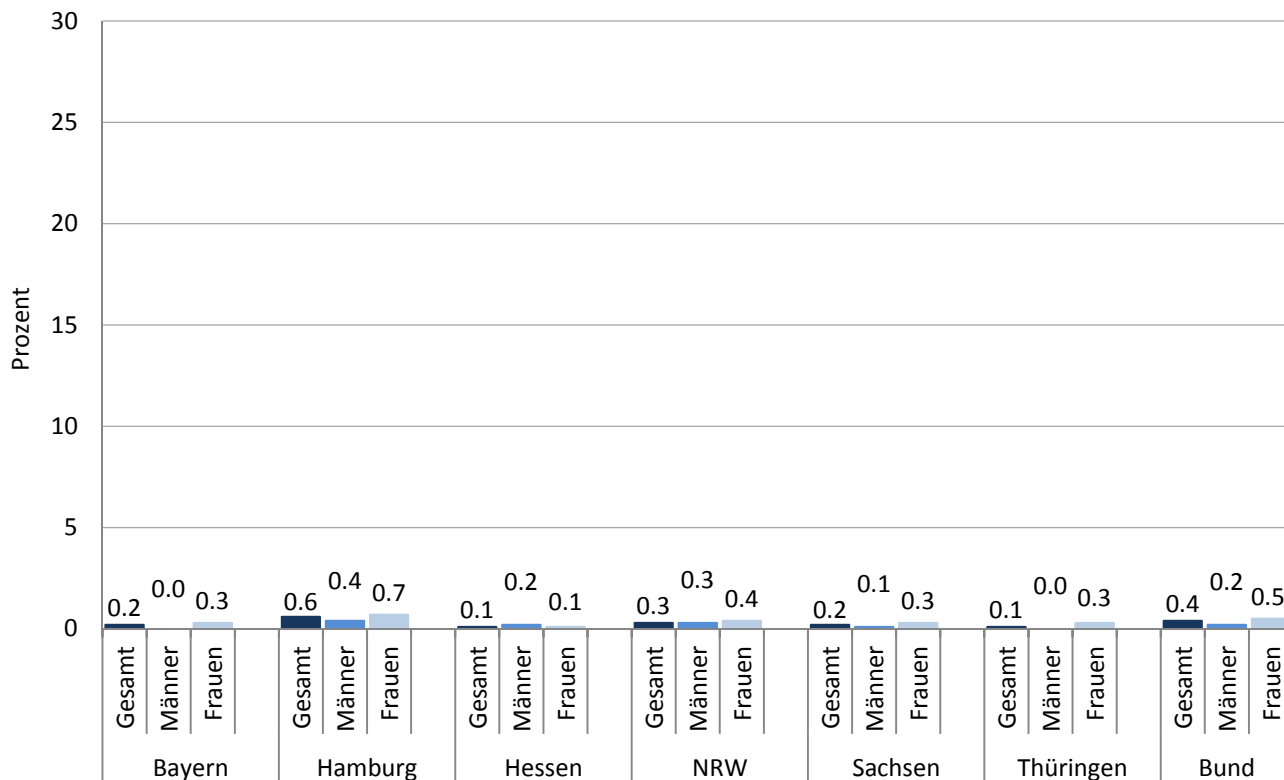


Abbildung 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland

Die nach Altersgruppen aufgeteilte Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern variierte zwischen den Bundesländern (Tabelle 6-4). Im Bundesdurchschnitt sowie in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen wies die jüngste Altersgruppe bis 24 Jahre die höchste Prävalenz auf, wohingegen in Hessen die 60-64-Jährigen die höchsten Werte zeigten. In Thüringen waren die 25- bis 59-Jährigen am häufigsten Nutzer von Anregungsmitteln.

Tabelle 6-4: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.6	-	-
18-24	0.7	0.3	0.0	0.6	0.3	0.0	0.5
25-39	0.1	0.6	0.3	0.4	0.2	0.2	0.4
40-59	0.1	0.6	0.0	0.3	0.2	0.2	0.4
60-64	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.5 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

In den letzten 12 Monaten haben 4.9 % der Männer und 7.1 % der Frauen in Deutschland Antidepressiva eingenommen (Abbildung 6-5). Diese Werte lagen in den sechs Bundesländern auf vergleichbarem Niveau. Auffällig ist, dass in den meisten Fällen Frauen höhere Werte aufwiesen als Männer, in Nordrhein-Westfalen aber keine Geschlechtsunterschiede zu finden waren.

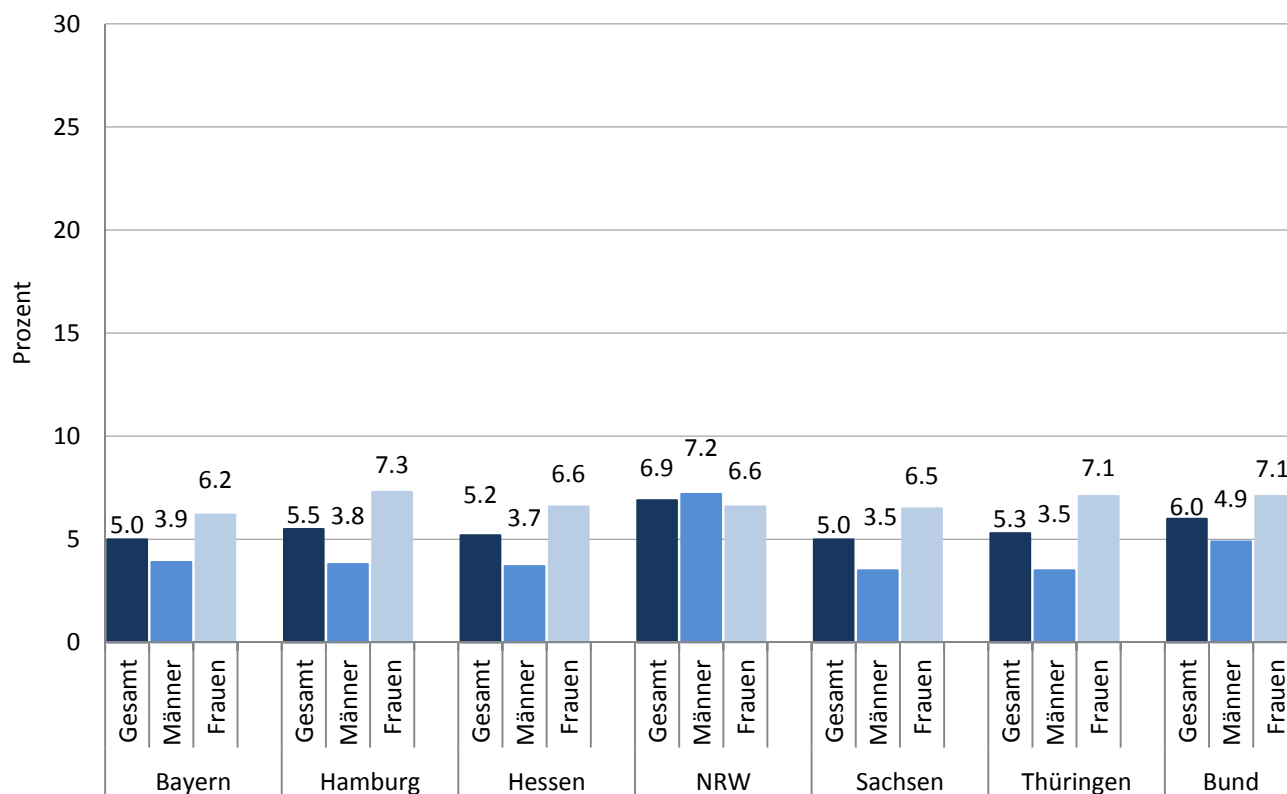


Abbildung 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland

Der Gebrauch von Antidepressiva war in den beiden ältesten Altersgruppen am weitesten verbreitet (Tabelle 6-5). Abweichend von diesem Muster war in Hessen die Prävalenz bei den 25- bis 39-Jährigen am höchsten. In keiner der Altersgruppen fanden sich bundeslandspezifische Unterschiede im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt.

Tabelle 6-5: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.8	-	-
18-24	2.0	1.8	0.8	2.6	2.2	2.3	2.5
25-39	4.9	5.2	7.2	5.3	4.0	3.7	5.1
40-59	5.5	6.6	5.2	8.7	6.2	7.1	7.2
60-64	7.1	7.3	4.3	7.9	4.7	3.6	6.7

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.6 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Die Gebrauchsprävalenz von Neuroleptika lag in Deutschland bei 1.5 % und zeigte keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abbildung 6-6). Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt ergaben sich für keines der sechs beteiligten Bundesländer.

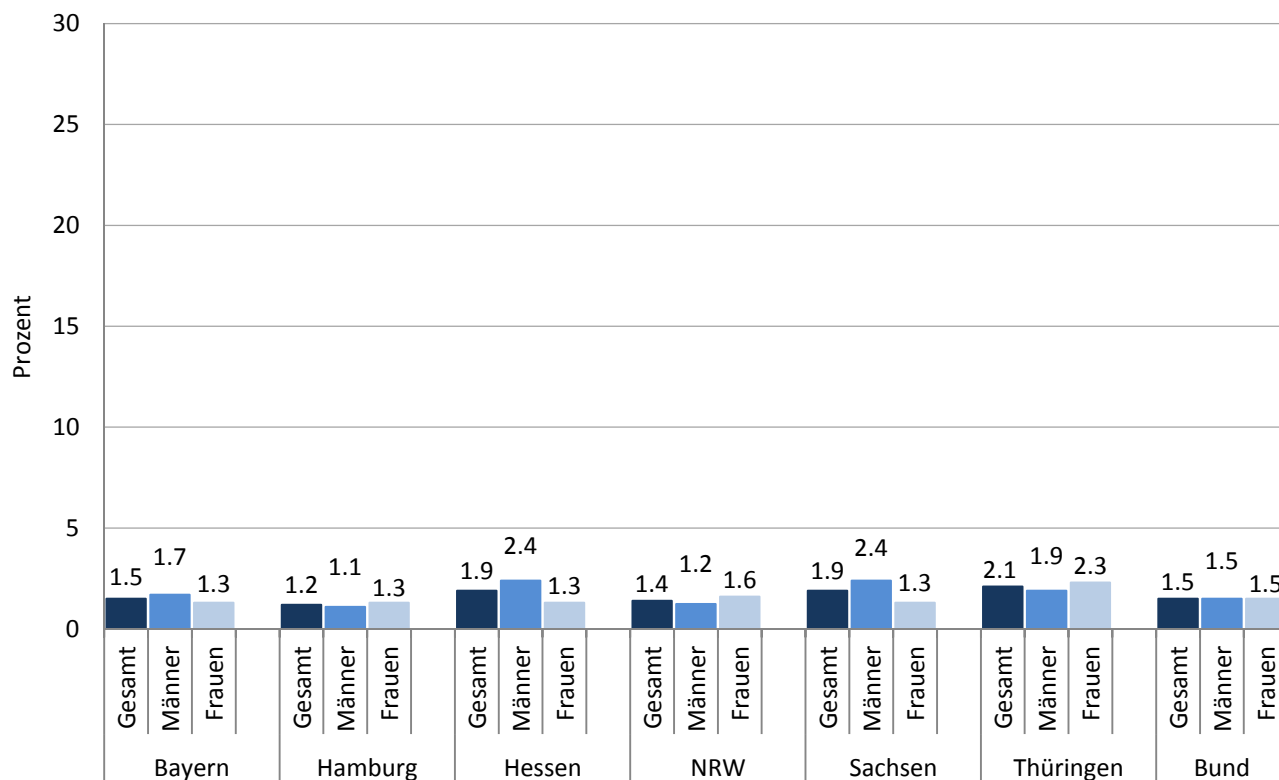


Abbildung 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland

Die Altersverteilung der Gebrauchsprävalenz von Neuroleptika zeigte einige regionale Unterschiede (Tabelle 6-6). In der Bunderhebung sowie in Bayern, Hamburg und Thüringen wies die Gruppe der 40- bis 59-Jährigen die höchsten Werte auf. In Sachsen waren abweichend davon die 18- bis 24-Jährigen, in Hessen die 25- bis 39-Jährigen und in Nordrhein-Westfalen die 60- bis 64-Jährigen am stärksten betroffen.

Tabelle 6-6: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.4	-	-
18-24	0.9	1.1	0.9	0.7	3.5	0.0	1.0
25-39	0.6	1.3	3.9	1.4	1.1	1.9	1.1
40-59	2.6	1.4	1.1	1.5	2.1	3.1	2.0
60-64	0.0	0.0	0.7	1.6	1.4	0.0	0.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.7 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika

Den Gebrauch von Anabolika in den letzten 12 Monaten gaben bundesweit 0.6 % der Befragten an. Es zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede. Mit 0.1 % war die Prävalenz bei Männern in Hamburg signifikant niedriger als im Bundesdurchschnitt.

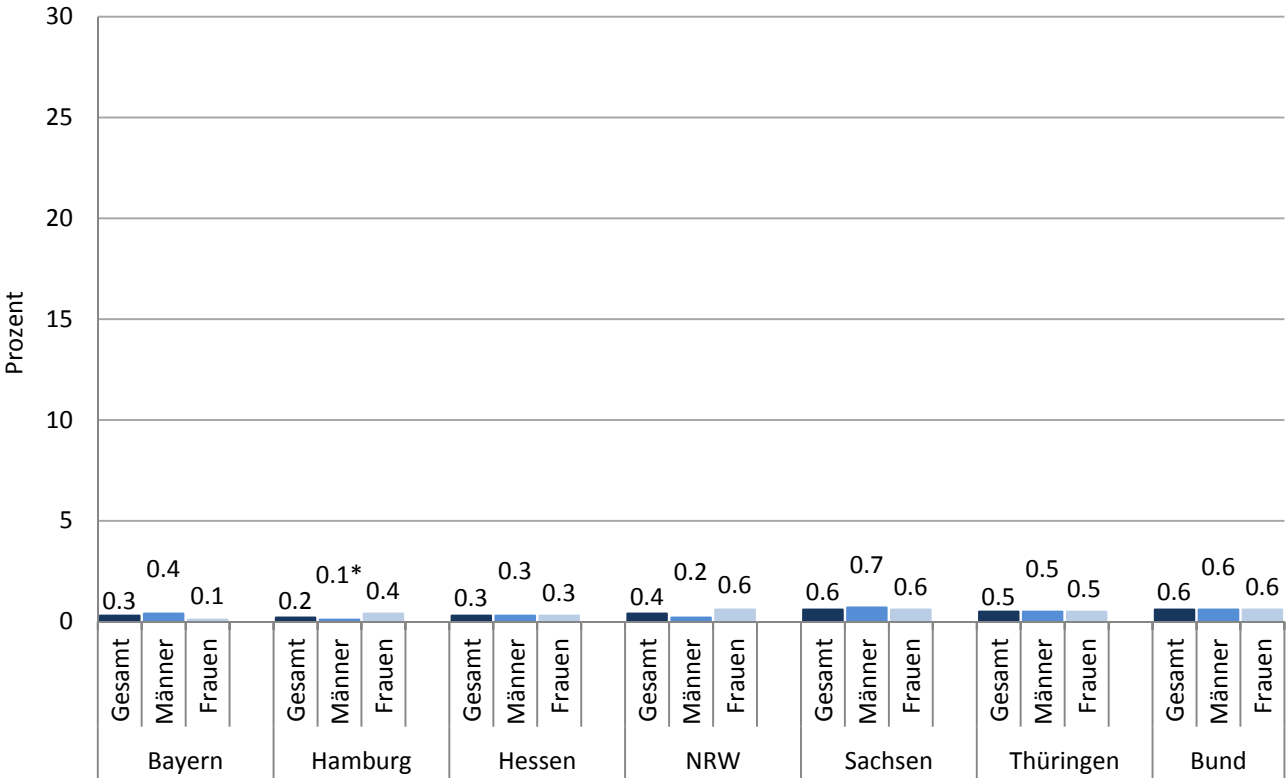


Abbildung 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In den meisten Bundesländern (Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen) zeigte die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen den häufigsten Gebrauch von Anabolika. In Hamburg waren die 18- bis 24-Jährigen am stärksten betroffen, in Thüringen waren es die 40- bis 59-Jährigen. In der Bunderhebung war die Prävalenz bei den 18- bis 24-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen am höchsten.

Tabelle 6-7: 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.2	-	-
18-24	0.0	0.9	0.0	0.1	0.8	0.0	0.9
25-39	0.3	0.1	0.9	0.8	1.2	0.6	0.7
40-59	0.2	0.2	0.0	0.4	0.4	0.7	0.4
60-64	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.8 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments

Etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung (50.4 %) hat in den letzten 30 Tagen mindestens ein Medikament (ausgenommen Anabolika) eingenommen (Abbildung 6-8). Die Prävalenz war bei Frauen deutlich höher als bei Männern (58.9 % vs. 42.0 %). In den meisten Bundesländern zeigten sich vergleichbare Prävalenzwerte. Nur in Sachsen lag die Gesamtprävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments mit 45.1 % niedriger als im Durchschnitt.

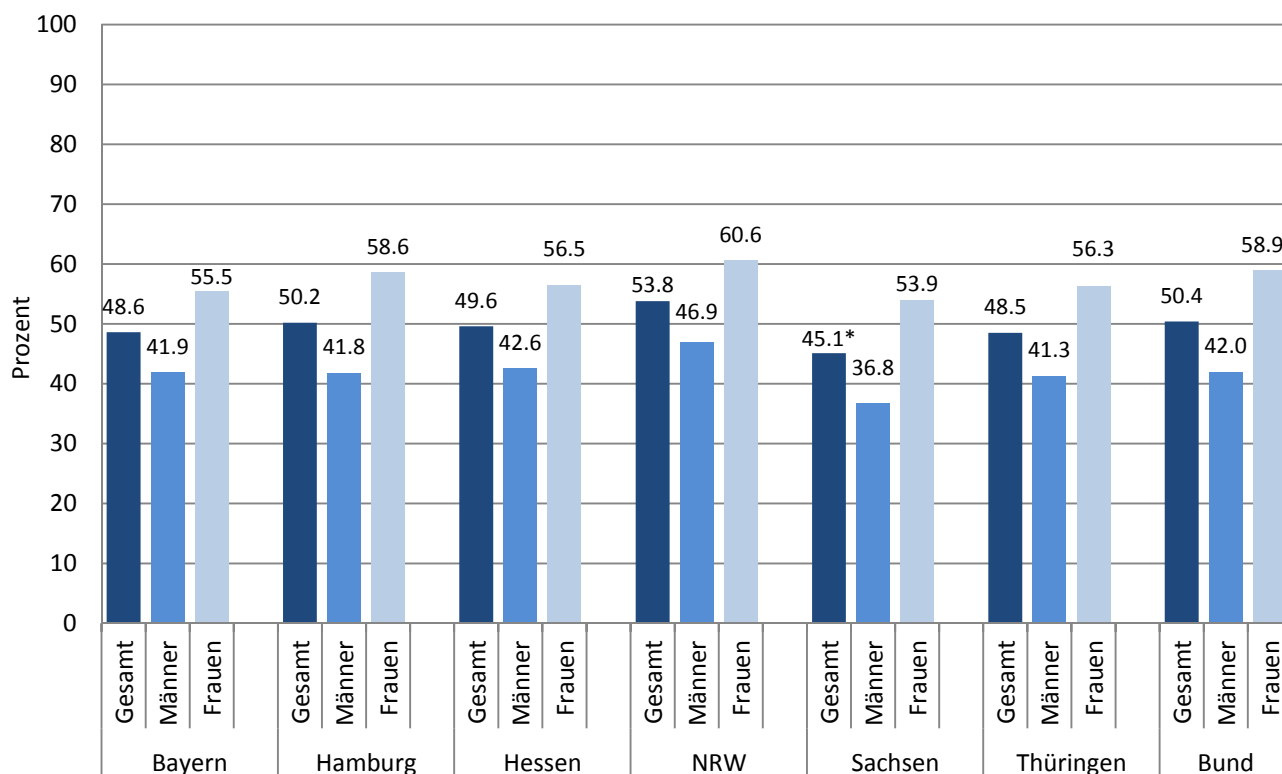


Abbildung 6-8: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In allen Bundesländern zeigten die Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen und der 40- bis 59-Jährigen die höchsten Prävalenzen des Gebrauchs mindestens eines Medikaments. Die am stärksten ausgeprägten Alterseffekte fanden sich in Hamburg und Hessen. Allerdings waren die Prävalenzen in allen Altersgruppen und Bundesländern nicht signifikant vom Bundesdurchschnitt verschieden.

Tabelle 6-8: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	32.8	-	-
18-24	44.9	42.6	41.1	45.6	45.1	43.7	47.2
25-39	50.0	57.3	56.5	53.1	48.1	50.9	53.0
40-59	49.6	48.2	49.1	57.6	46.0	52.3	51.3
60-64	44.7	40.9	41.8	47.9	33.9	31.4	42.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.9 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

In Deutschland haben 47.1 % der Befragten in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen, wobei dies bei Frauen deutlich häufiger vorkam als bei Männern (55.7 % vs. 38.6 %, Abbildung 6-9). In den meisten Bundesländern fanden sich vergleichbare Prävalenzwerte, nur in Sachsen gaben signifikant weniger Frauen und Personen insgesamt einen Schmerzmittelgebrauch im letzten Monat an.

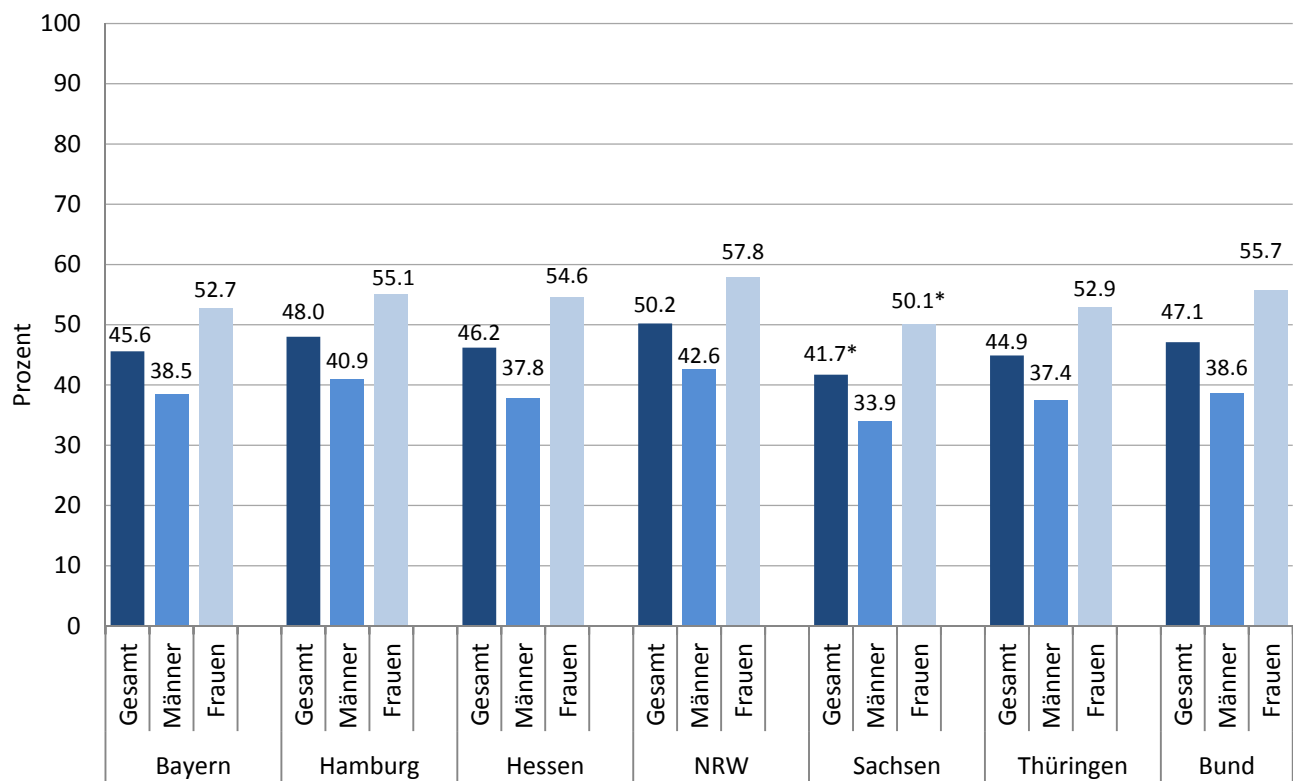


Abbildung 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Im Alter zwischen 25 und 39 Jahren gaben die meisten Personen an, in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen zu haben, wohingegen die Prävalenz bei den 60- bis 64-Jährigen am niedrigsten war (Tabelle 6-9). Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt wiesen 25- bis 39-Jährige in Hamburg eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Schmerzmittelgebrauchs auf.

Tabelle 6-9: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	30.2	-	-
18-24	42.9	39.6	39.4	43.4	41.9	39.8	45.2
25-39	46.9	55.5*	50.3	50.9	44.5	49.1	50.8
40-59	46.9	47.0	47.2	53.4	42.3	47.5	47.5
60-64	37.7	32.5	37.6	41.3	32.6	28.3	37.1

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.10 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

Etwa 5 % der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren haben in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen (Abbildung 6-10). Bei Frauen lag die Prävalenz mit 6.7 % höher als bei Männern mit 3.7 %. Ein signifikanter Unterschied zur Bunderhebung ergab sich für Frauen in Hessen, die eine deutlich niedrigere Prävalenz von 2.5 % zeigten.

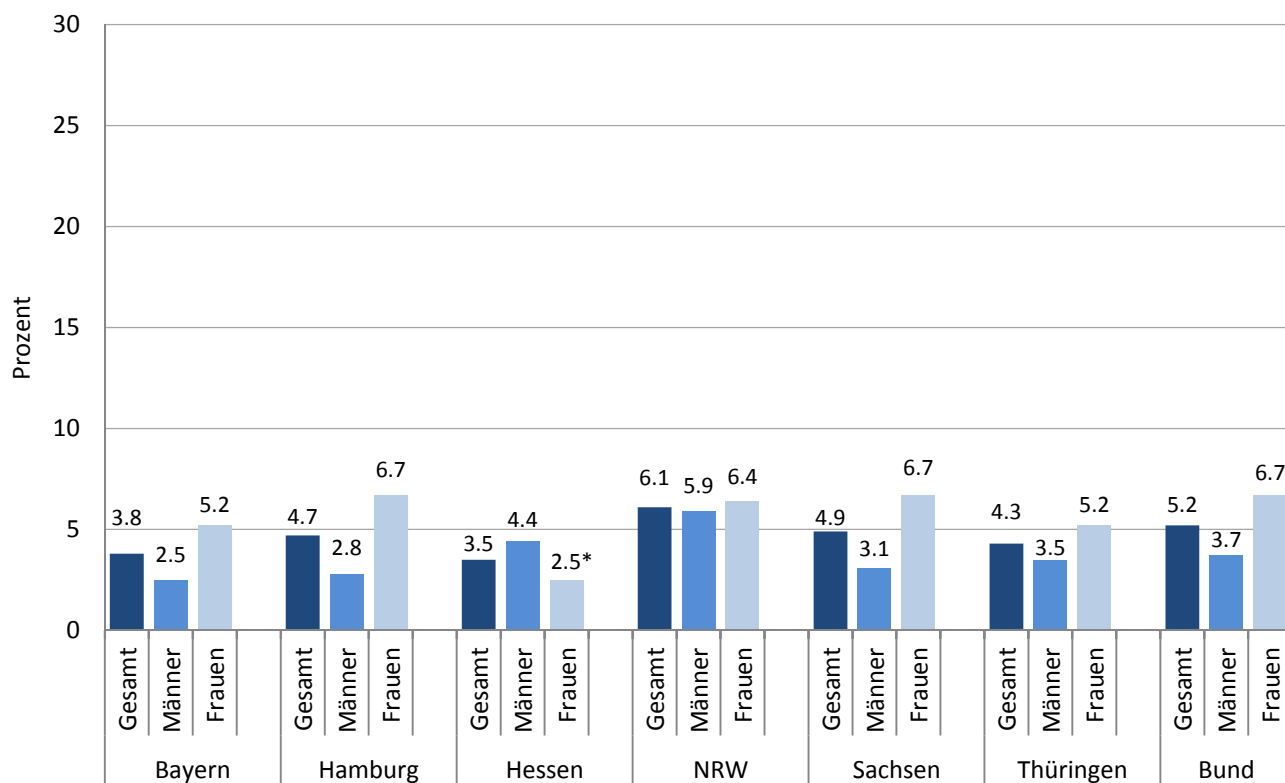


Abbildung 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Ein aktueller Gebrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln war bei den 40- bis 59- Jährigen (Sachsen, Thüringen) bzw. den 60- bis 64-Jährigen (Bayern, Nordrhein-Westfalen, Bund) am weitesten verbreitet (Tabelle 6-10). Abweichend davon waren in Hamburg und Hessen die 25- bis 39-Jährigen am häufigsten betroffen. Signifikante Unterschiede zur Bunderhebung zeigten sich in keiner Altersgruppe und keinem Bundesland.

Tabelle 6-10: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	1.1	-	-
18-24	3.1	3.4	1.3	3.3	3.2	2.1	3.7
25-39	3.0	5.7	4.6	6.2	4.8	2.8	4.3
40-59	4.3	4.2	3.2	6.6	5.6	5.5	5.7
60-64	4.9	5.3	4.5	7.3	3.4	4.9	7.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.11 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

Den Konsum von Anregungsmitteln in den letzten 30 Tagen gaben 0.7 % der deutschen Männer und 0.6 % der deutschen Frauen an (Abbildung 6-11). Bei Frauen in Thüringen zeigte sich mit 0.1 % eine signifikant niedrigere Prävalenz als im Bundesdurchschnitt.

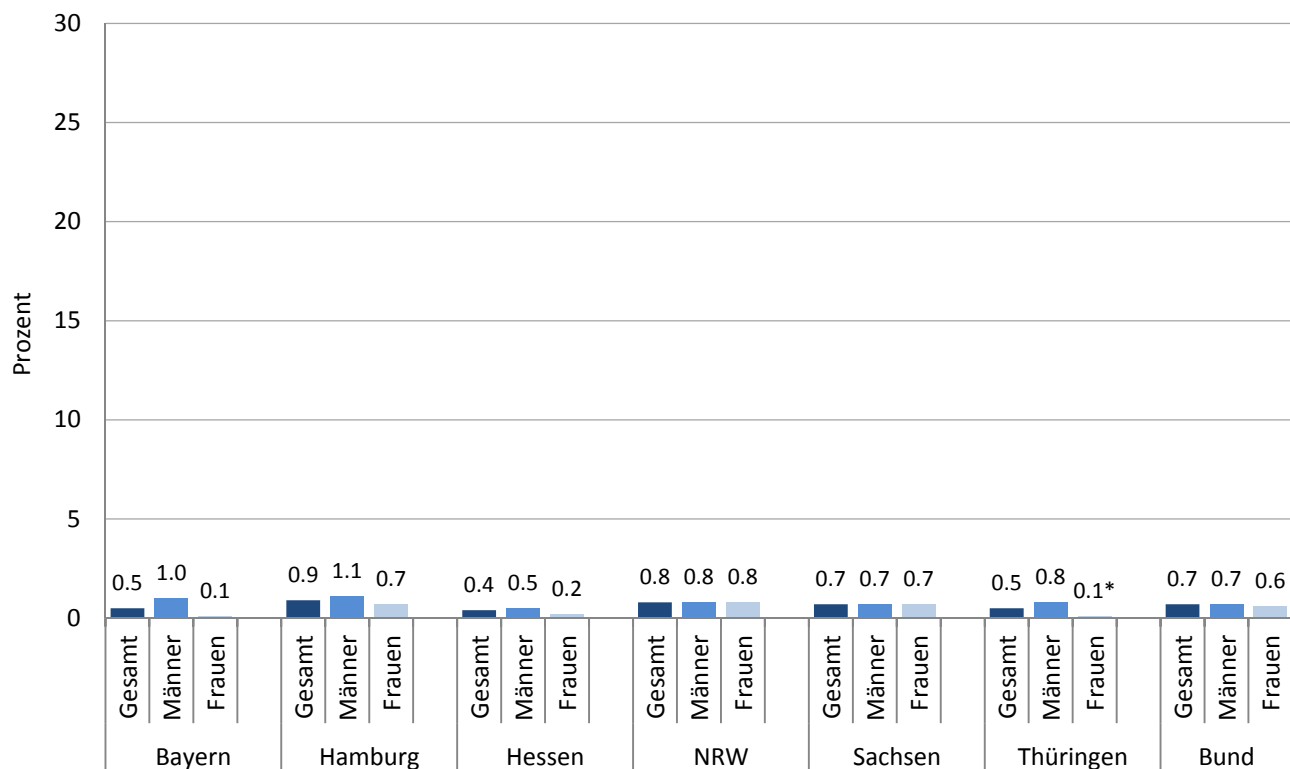


Abbildung 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Bayern, Sachsen, Thüringen und der Bunderhebung wies die jüngste Altersgruppe die höchste Prävalenz des aktuellen Gebrauchs von Anregungsmitteln auf (Tabelle 6-11). Besonders hoch fielen die Werte bei den 15- bis 17-Jährigen Sachsen aus (2.7 %). In Hessen war die Prävalenz in der ältesten Altersgruppe am höchsten, in Hamburg und Nordrhein-Westfalen in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen. Eine signifikant niedrigere Prävalenz als die Altersgenossen im Bund zeigten die 18- bis 24-Jährigen in Hamburg.

Tabelle 6-11: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	2.7	-	-
18-24	1.0	0.4*	1.0	1.2	1.2	1.3	1.9
25-39	0.2	1.3	0.3	1.9	0.8	0.5	0.7
40-59	0.7	0.7	0.0	0.2	0.8	0.4	0.4
60-64	0.0	1.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.5

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.12 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

Weniger als 0.5 % der Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen Appetitzügler eingenommen (Abbildung 6-12). In Hamburg lag dieser Anteil höher als im Bundesdurchschnitt. Bei Frauen lagen die Prävalenzen überall höher als bei Männern, auch wenn die Unterschiede teilweise sehr gering ausfielen.

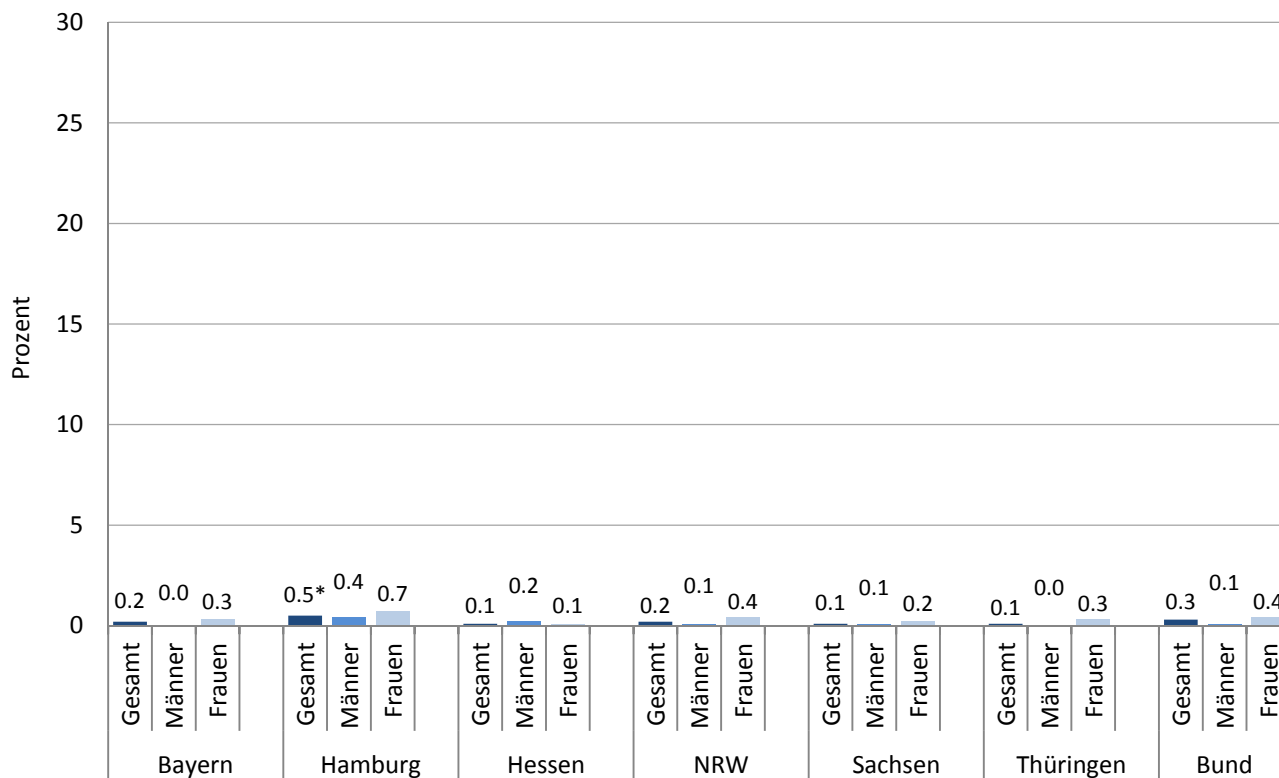


Abbildung 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

In Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und der Bunderhebung wies die jüngste Altersgruppe die höchste Gebrauchsprävalenz auf (Tabelle 6-12). In Hessen zeigten sich die höchsten Werte bei den 60- bis 64-Jährigen, in Hamburg bei den 40- bis 59-Jährigen und in Thüringen bei den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen. Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem bundesweiten Durchschnitt gab es nicht.

Tabelle 6-12: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.4	-	-
18-24	0.7	0.3	0.0	0.6	0.3	0.0	0.5
25-39	0.1	0.5	0.3	0.4	0.2	0.2	0.3
40-59	0.1	0.6	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2
60-64	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.2

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.13 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

Etwa jeder zwanzigste Erwachsene in Deutschland (4.9 %) hat im Verlauf des letzten Monats Antidepressiva eingenommen (Abbildung 6-13). Vergleichbare Werte waren in allen sechs Bundesländern zu beobachten. In den meisten Fällen wiesen Frauen höhere Werte auf als Männer. Nur in Nordrhein-Westfalen unterschieden sich die Werte zwischen Männern und Frauen nicht.

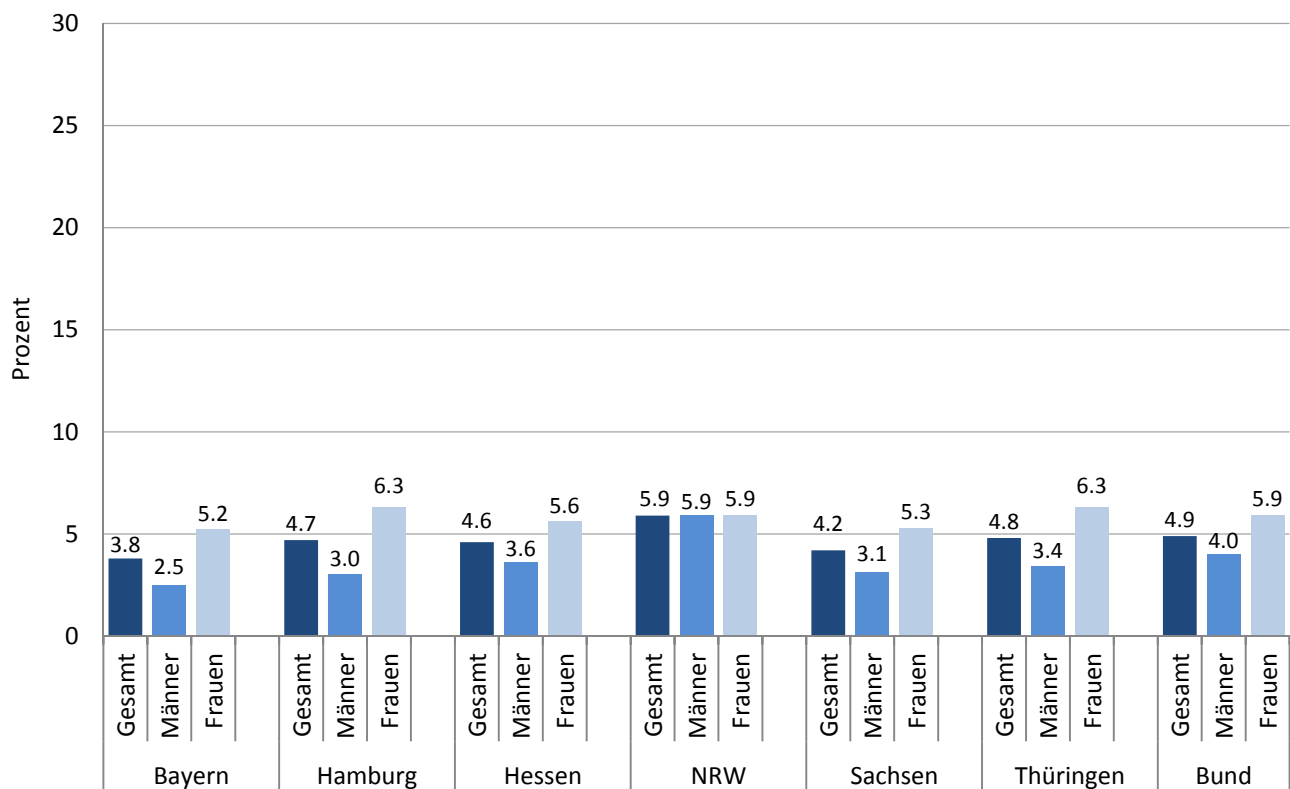


Abbildung 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland

Mit der Ausnahme von Hessen zeigten in allen Bundesländern und der Bunderhebung die 40- bis 59-Jährigen die höchste Wahrscheinlichkeit, aktuell Antidepressiva einzunehmen (Tabelle 6-13). In Hessen wiesen die 25- bis 39-Jährigen die höchste Prävalenz auf. Signifikante Prävalenzunterschiede zum Bundesdurchschnitt gab es in keinem Bundesland.

Tabelle 6-13: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.6	-	-
18-24	1.9	1.8	0.8	2.0	1.9	2.1	1.9
25-39	3.5	4.3	6.8	4.5	3.4	3.4	4.0
40-59	3.9	5.5	4.3	7.8	5.4	6.4	6.0
60-64	7.1	6.3	4.3	5.6	2.7	3.5	5.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.1.14 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

Neuroleptika wurden von 1.4 % der Männer und 1.2 % der Frauen in der Bunderhebung im Zeitraum der letzten 30 Tage eingenommen (Abbildung 6-14). Deutlich niedrigere Werte von 0.1 % wiesen Männer in Hamburg auf. Höhere Prävalenzwerte von Männern im Vergleich zu Frauen fanden sich in Bayern und Hessen, wohingegen ein umgekehrtes Muster in Hamburg und Nordrhein-Westfalen zu beobachten war.

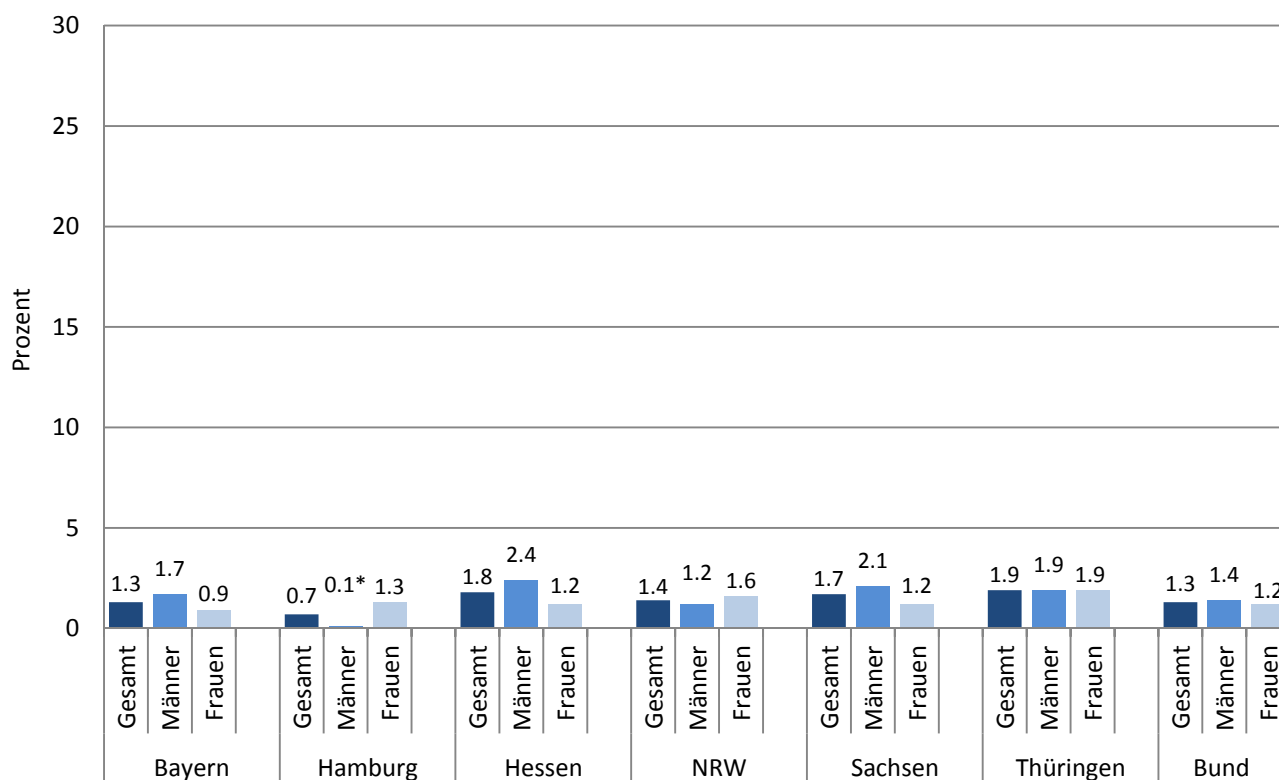


Abbildung 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen zeigte in Bayern, Thüringen und der Bunderhebung die höchste Prävalenz des aktuellen Gebrauchs von Neuroleptika (Tabelle 6-14). In Hamburg und Hessen war der Gebrauch unter 25- bis 39-Jährigen am weitesten verbreitet. In Nordrhein-Westfalen waren die 60- bis 64-Jährigen und in Sachsen die 18- bis 24-Jährigen am häufigsten betroffen. In Hamburg wiesen die 40- bis 59-Jährigen eine signifikant niedrigere Prävalenz auf als die Gleichaltrigen in der Bundstichprobe.

Tabelle 6-14: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.4	-	-
18-24	0.7	0.8	0.9	0.7	2.8	0.0	0.8
25-39	0.4	0.9	3.9	1.3	1.0	1.8	1.1
40-59	2.2	0.6*	1.1	1.5	1.9	2.8	1.8
60-64	0.0	0.0	0.0	1.6	1.4	0.0	0.8

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.15 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika

Die aktuelle Gebrauchsprävalenz von Anabolika lag nur knapp über 0 %, wobei mehr Männer als Frauen betroffen waren (Abbildung 6-15). Lediglich in Hamburg war die Gesamtprävalenz mit 0.5 % signifikant höher als im Bundesdurchschnitt.

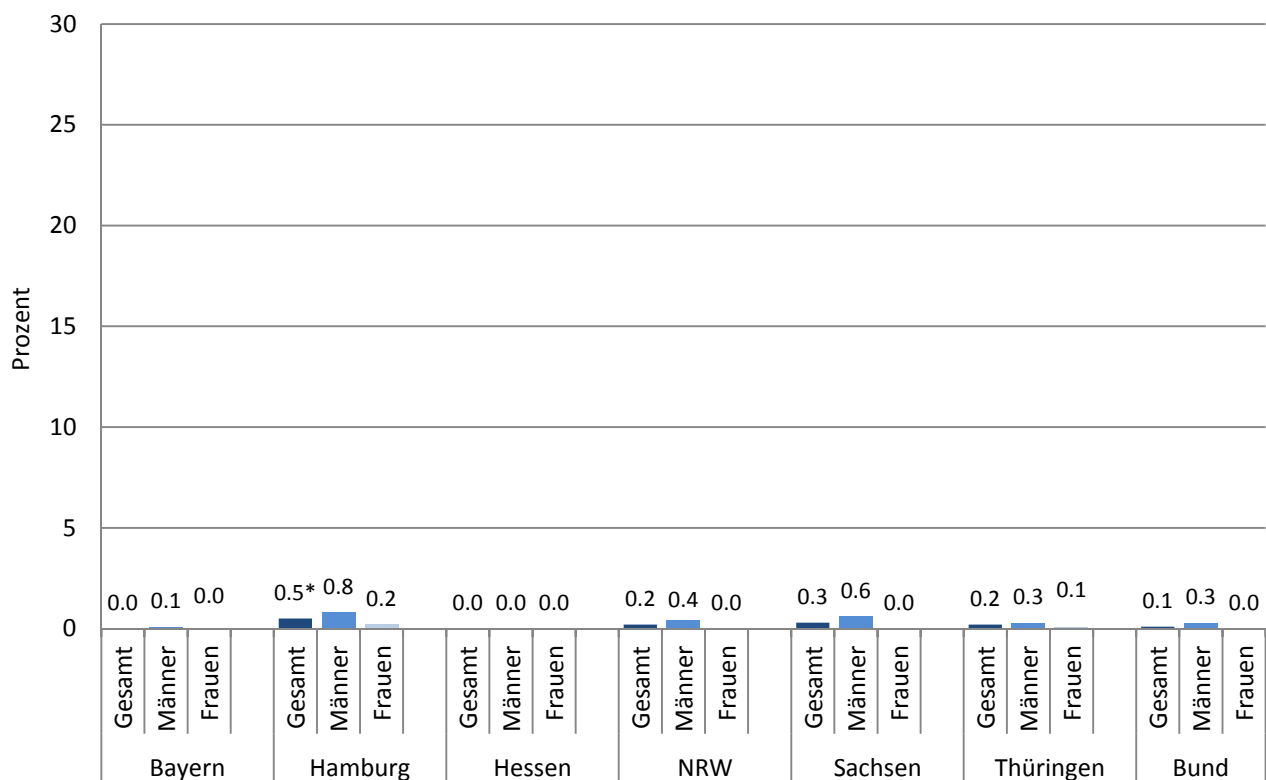


Abbildung 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Auch im Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen fiel Hamburg mit erhöhten Prävalenzwerten auf (Tabelle 6-15). Sowohl bei 18- bis 24-Jährigen als auch bei 40- bis 59-Jährigen wurden hier signifikante Unterschiede festgestellt.

Tabelle 6-15: 30-Tage-Prävalenz des Gebrauchs von Anabolika nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.2	1.6*	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
25-39	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
40-59	0.0	0.7*	0.0	0.3	0.7	0.4	0.1
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.16 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments (Konsumenten)

Von den aktuellen Nutzern von Medikamenten (ausgenommen Anabolika) haben 39.2 % mindestens ein Präparat im letzten Monat wöchentlich eingenommen (Abbildung 6-16). In Hamburg lag die Prävalenz sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch getrennt nach Männern und Frauen signifikant unter dem Bundesdurchschnitt.

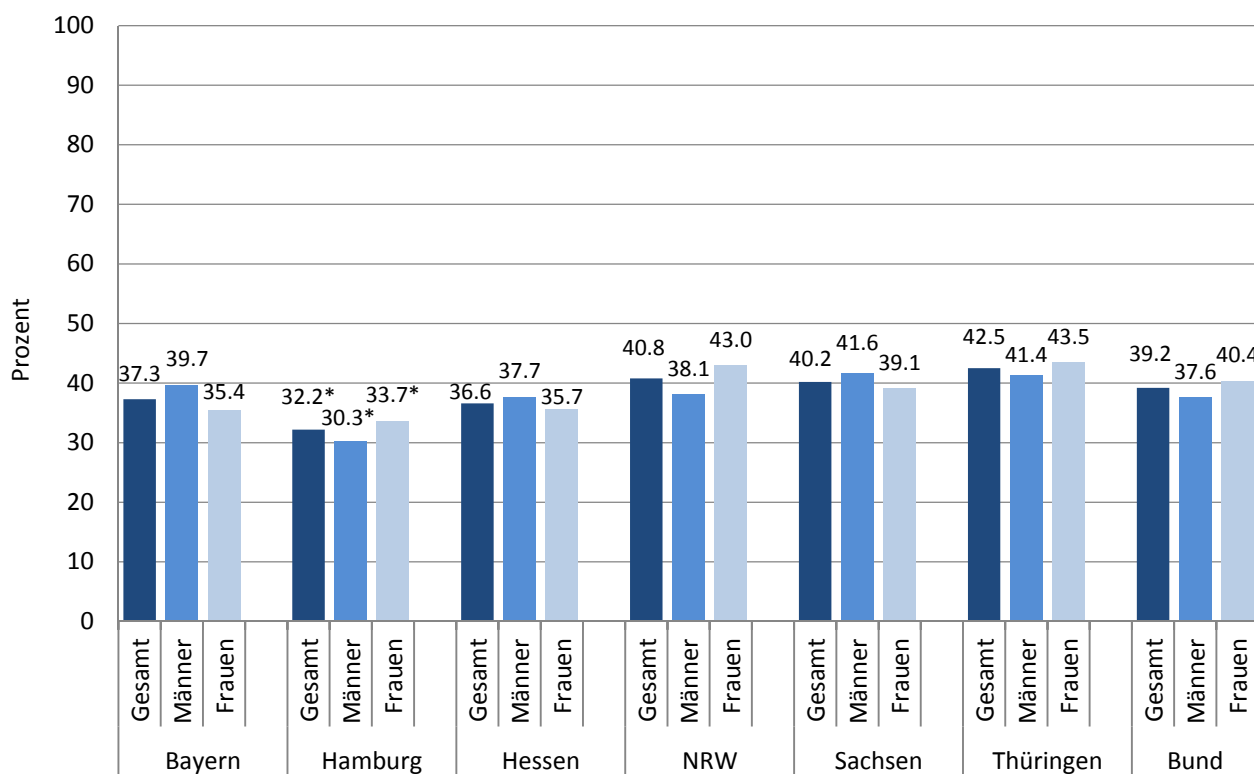


Abbildung 6-16: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Der wöchentliche Gebrauch von Medikamenten kam in den älteren Altersgruppen häufiger vor als in den jüngeren (Tabelle 6-16). Besonders ausgeprägt war dieser Alterseffekt in Bayern und Sachsen. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt wiesen 40- bis 49-Jährige in Hamburg eine niedrigere Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs auf, wohingegen die 25- bis 39-Jährigen in Thüringen erhöhte Werte aufwiesen.

Tabelle 6-16: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	23.3	-	-
18-24	32.1	23.6	26.5	28.7	30.4	25.9	28.4
25-39	24.4	33.1	33.4	32.8	34.8	39.8*	29.3
40-59	43.1	31.5*	40.1	46.3	42.7	46.7	46.0
60-64	64.4	~	44.2	56.3	56.5	~	54.5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.17 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten)

Ein Drittel (33.0 %) der Personen, die in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen hatten, gaben an, dies mindestens wöchentlich getan zu haben (Abbildung 6-17). Bei Frauen war dieser Anteil mit 34.4 % etwas höher als bei Männern mit 31.1 %. Signifikante Unterschiede zum Bundesdurchschnitt gab es in Hamburg, wo die Prävalenz bei Frauen und in der Gesamtstichprobe niedriger ausfiel.

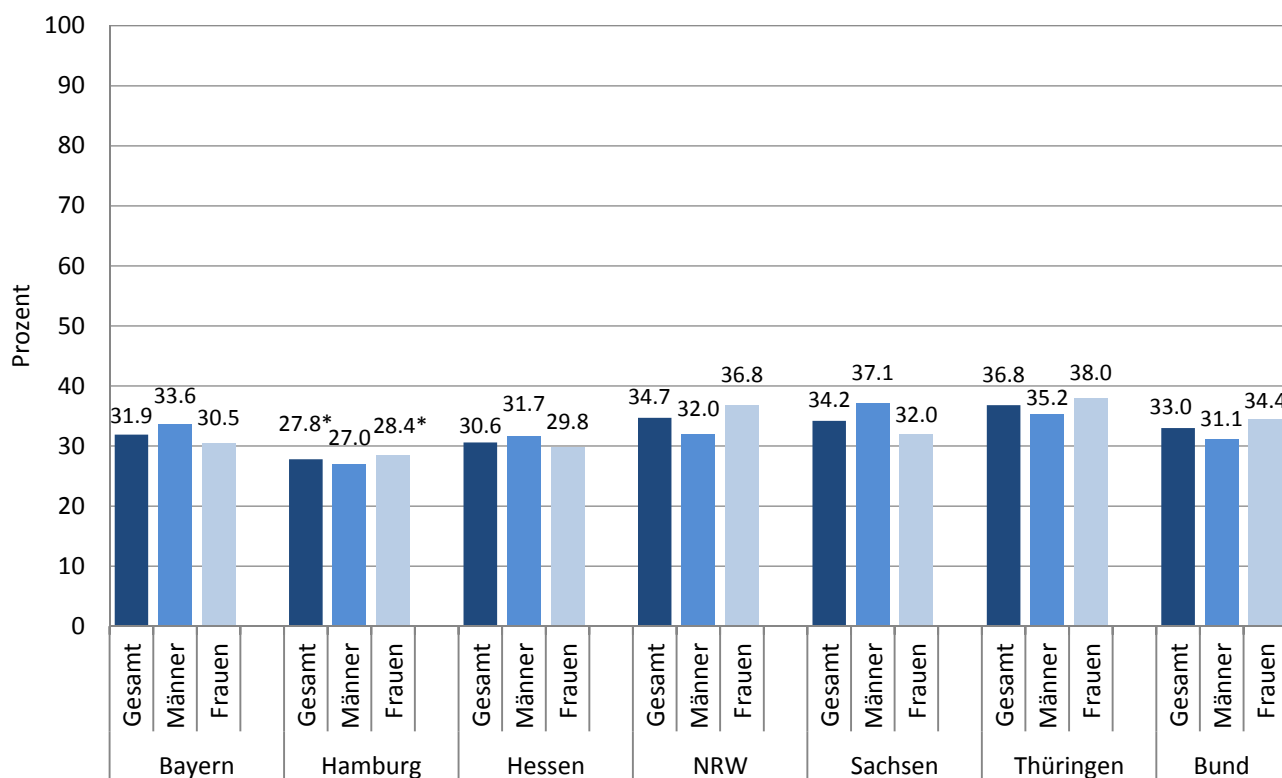


Abbildung 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Der wöchentliche Gebrauch von Schmerzmitteln war in den älteren Altersgruppen weiter verbreitet als bei jüngeren Befragten (Tabelle 6-17). Dieser Alterseffekt war in Bayern und Sachsen am deutlichsten ausgeprägt. Die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen in Thüringen wies eine signifikant höhere Prävalenz auf als die vergleichbare Altersgruppe der Bunderhebung, wohingegen die 40- bis 59-Jährigen in Hamburg eine niedrigere Prävalenz zeigten.

Tabelle 6-17: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten) nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	19.1	-	-
18-24	27.5	16.6	23.8	23.9	22.3	19.8	23.4
25-39	19.8	27.6	24.0	26.2	29.4	35.8*	24.7
40-59	38.0	28.8*	35.7	40.9	36.0	40.0	39.2
60-64	54.2	~	37.8	47.9	54.1	~	45.9

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

6.1.18 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumenten)

Von den aktuellen Konsumenten von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln haben 43.9 % der Männer und 46.5 % der Frauen diese Substanzen wöchentlich eingenommen (Abbildung 6-18). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede auf Ebene der teilnehmenden Bundesländer. Es ist jedoch zu beachten, dass die Aussagekraft aufgrund teilweise zu geringer Fallzahlen eingeschränkt ist. Eine Aufgliederung der Prävalenzen nach Altersgruppen ist aus diesem Grund nicht möglich.

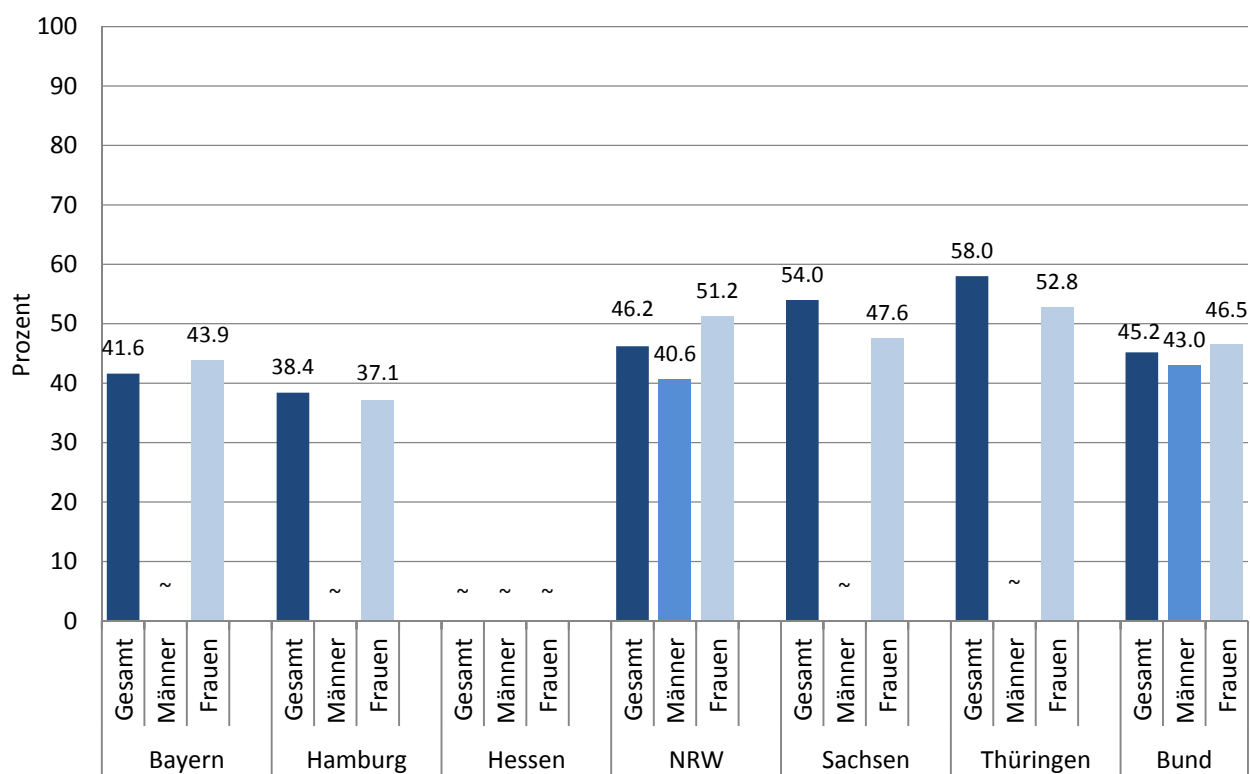


Abbildung 6-18: 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Konsumenten) nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$).

6.1.19 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM

In der Gesamtstichprobe der Bunderhebung zeigten 8.4 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten Gebrauch von Medikamenten nach den Kriterien des Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) (Abbildung 6-19). Die Prävalenz lag bei Frauen höher als bei Männern. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt wiesen Männer ebenso wie die Gesamtstichprobe in Hamburg signifikant niedrigere Prävalenzwerte auf.

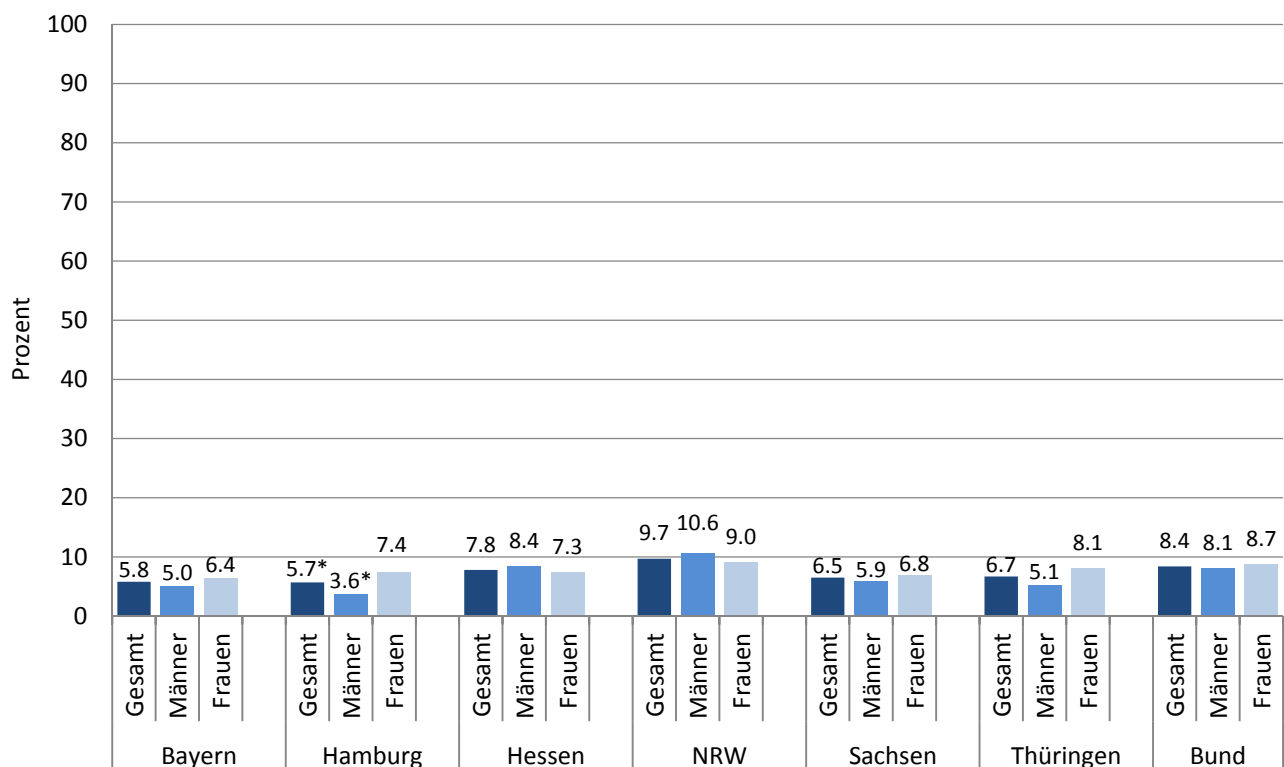


Abbildung 6-19: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Der klinisch relevante Gebrauch von Medikamenten war in den beiden ältesten Altersgruppen am weitesten verbreitet (Tabelle 6-18). In Bayern und Hessen zeigten abweichend davon die 25- bis 39-Jährigen die höchste Prävalenz. Unterschiede zur Bunderhebung gab es in keiner Altersgruppe und keinem Bundesland.

Tabelle 6-18: 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	3.0	-	-
18-24	4.0	5.7	4.2	5.4	3.3	2.7	5.5
25-39	6.6	5.9	9.2	6.8	6.0	6.3	6.7
40-59	5.9	5.1	8.0	12.7	7.5	7.2	10.3
60-64	4.7	9.6	5.8	8.5	6.0	10.9	8.9

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

6.2 Trends 1995 bis 2015

6.2.1 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln

Über den gesamten Erhebungszeitraum von 20 Jahren zeigten sich in keinem Bundesland und weder bei Männern noch bei Frauen signifikante Änderungen in der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln (Abbildung 6-20). In allen sechs Bundesländern war die Prävalenz zwischen den Jahren 1995 und 2000 deutlich zurückgegangen und zeigte seitdem wieder einen Anstieg. Mit Ausnahme der Männer in Thüringen lag die Prävalenz im Jahr 2015 signifikant höher als im Jahr 2000. In den meisten Ländern hat sich der Anteil der Nutzer von Schmerzmitteln in den letzten Jahren stabilisiert. Ausnahmen waren Männer in Hamburg und Sachsen, bei denen die Prävalenz zwischen den Jahren 2012 und 2015 von 71.4 % auf 56.0 % bzw. von 57.5 % auf 44.5 % signifikant zurückgegangen ist.

Altersgruppenspezifische Trendanalysen bestätigen weitgehend, dass es im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt, zu dem Daten vorliegen (1995), keine Veränderungen in der Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs gegeben hat (Tabelle 6-19). Allerdings zeigten sich bei den 40- bis 59-Jährigen in Sachsen und Thüringen in diesem Zeitraum signifikante Rückgänge der Prävalenz. In fast allen Altersgruppen und Bundesländern war die Prävalenz seit dem Beginn der 2000er Jahre angestiegen. In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen in Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen war der Anteil der Konsumenten seit dem Jahr 2009 signifikant zurückgegangen. Gleiches gilt für die 40- bis 59-Jährigen in Hamburg und Hessen. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2012 zeigte sich eine signifikante Abnahme der Prävalenz bei 40- bis 59-Jährigen in Hamburg und bei 25- bis 39-Jährigen in Sachsen.

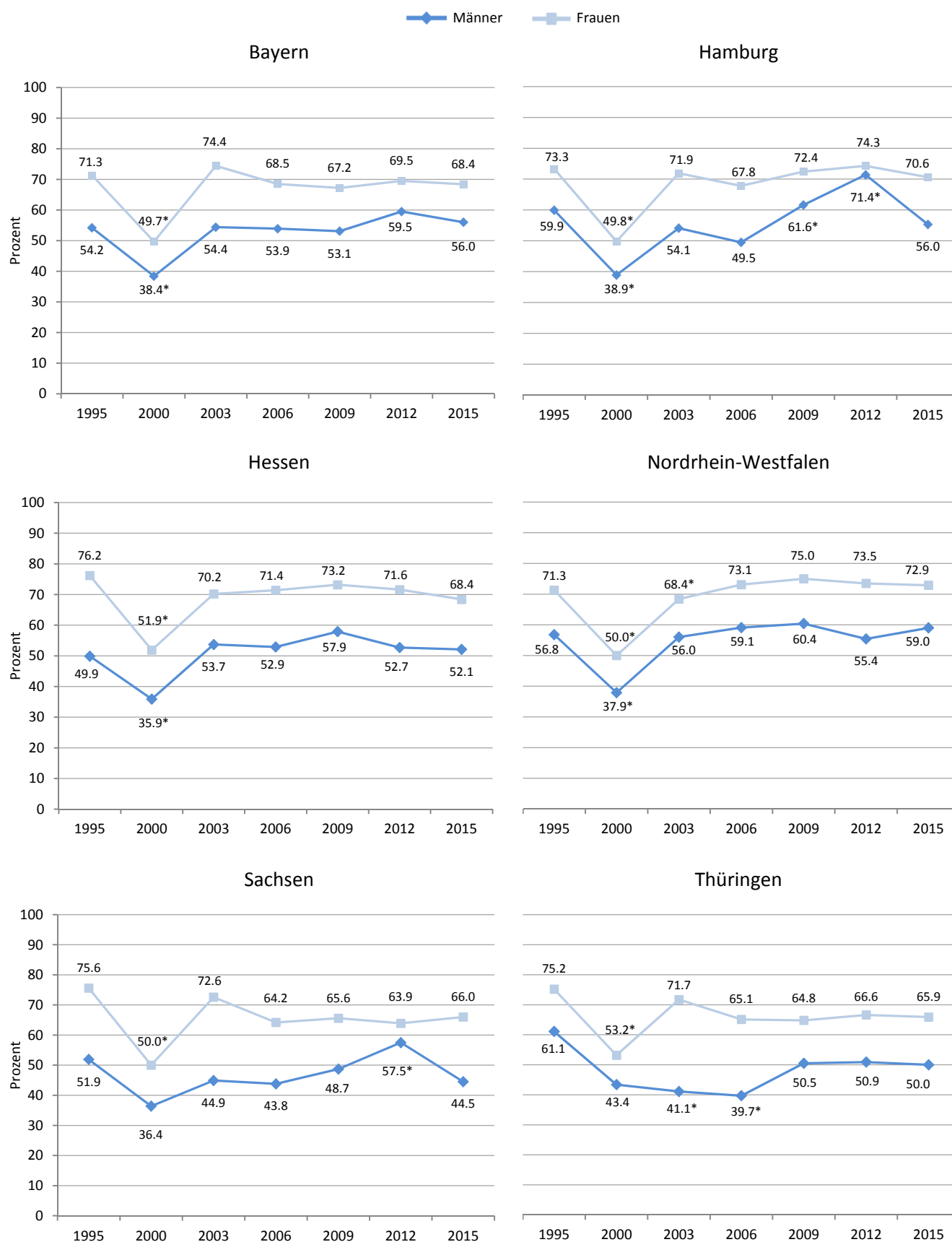


Abbildung 6-20: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 6-19: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	55.2	-	43.2*	63.1	65.0	59.8	64.2	57.4
25-39	61.5	-	42.2*	67.7	63.6	66.3	70.0	66.9
40-59	65.9	-	46.5*	61.2	58.6	56.4	61.3	60.5
60-64	-	-	-	-	48.5	45.3	42.8	47.3
Hamburg								
18-24	~	-	~	66.0*	~	65.2*	~	47.8
25-39	58.2	-	39.1*	65.8*	~	68.1	72.5	69.3
40-59	75.9	-	49.9*	59.5	42.6*	66.4*	73.5*	62.0
60-64	-	-	-	-	~	49.6	~	41.2
Hessen								
18-24	45.5	-	48.6	60.5	58.6	69.2*	59.0	56.5
25-39	63.9	-	43.7*	68.2	71.5	60.1	62.2	64.1
40-59	67.8	-	40.8*	57.2	55.8	67.6*	61.3	58.8
60-64	-	-	-	-	59.2	~	51.8	48.1
NRW								
18-24	55.0	-	40.1*	66.1	66.3	71.7*	65.2	61.4
25-39	66.9	-	45.1*	64.1	74.2	73.9	65.5	71.7
40-59	64.5	-	43.8*	59.2	61.1	63.0	62.7	63.8
60-64	-	-	-	-	48.7	45.5	51.7	47.9
Sachsen								
18-24	~	-	42.8*	56.2	70.0	59.7	67.0	56.5
25-39	60.6	-	48.6	66.9	60.9	58.9	68.9*	58.6
40-59	68.7*	-	38.7*	50.8	43.7*	54.8	54.9	52.3
60-64	-	-	-	-	56.3	37.2	36.8	45.1
Thüringen								
18-24	~	-	~	54.9	~	65.4	64.4	57.1
25-39	69.3	-	46.7*	58.5	57.6	54.4	63.9	58.6
40-59	73.1*	-	51.0	55.8	48.2	55.7	54.3	57.2
60-64	-	-	-	-	~	~	40.8	39.5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

6.2.2 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln

In allen beteiligten Bundesländern zeigte die 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln über den Beobachtungszeitraum von 20 Jahren einen signifikanten Rückgang (Abbildung 6-21). Diese Änderungen betrafen sowohl Männer als auch Frauen. In allen Fällen war der Trend vor allem auf einen Rückgang zwischen den ersten beiden Erhebungen in den Jahren 1995 und 2000 zurückzuführen. Seit dem Jahr 2000 gab es insgesamt nur wenige Veränderungen. Mit Ausnahme von Hamburg, wo die Prävalenz in den Jahren 2003 und 2009 signifikant über der Prävalenz von 2015 lag, waren die Werte bei Männern in den letzten 15 Jahren stabil. Bei Frauen zeigten sich aktuelle Rückgänge im Vergleich zu allen Vorjahren (Hessen), den frühen bis mittleren 2000er Jahren (Bayern, Hamburg, Sachsen, Thüringen) bzw. der letzten Erhebung im Jahr 2012 (Nordrhein-Westfalen).

Der insgesamt beobachtete Rückgang der Gebrauchsprävalenzen von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln war insbesondere auf Veränderungen in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen zurückzuführen (Tabelle 5-20). In Bayern, Hessen und Sachsen zeigten sich darüber hinaus Rückgänge bei den 25- bis 39-Jährigen. In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen war die Prävalenz in Hamburg seit dem Jahr 2003 und in Hessen seit den Jahren 2006/2009 rückläufig. Ein deutlicher Rückgang seit 2006 war darüber hinaus bei den 60- bis 64-Jährigen in Sachsen zu verzeichnen.

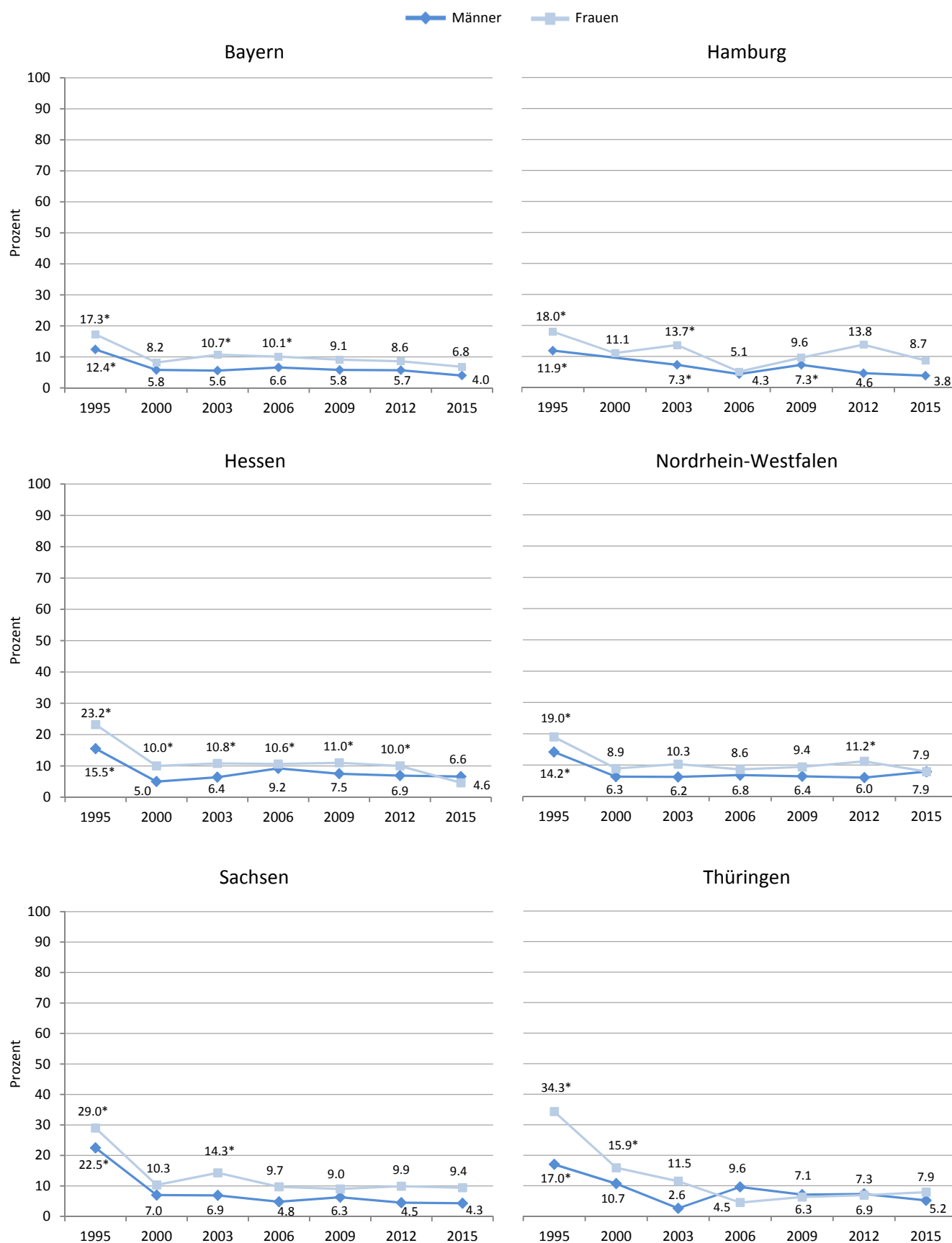


Abbildung 6-21: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 6-20: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	9.5	-	3.3	5.8	8.6	5.7	6.2	4.6
25-39	10.0*	-	5.6	5.7	6.2	6.2	6.3	5.2
40-59	20.9*	-	9.8	10.6*	9.7*	8.6	7.9	5.7
60-64	-	-	-	-	12.3	11.0	9.6	8.5
Hamburg								
18-24	~	-	~	12.7*	~	5.8	~	5.0
25-39	9.8	-	1.5*	9.5	~	6.2	11.8*	6.9
40-59	21.9*	-	13.2*	10.8*	5.8	10.8*	8.9	6.2
60-64	-	-	-	-	~	6.6	~	14.3
Hessen								
18-24	~	-	2.9	3.9	11.1*	12.4*	6.1	4.3
25-39	13.6*	-	6.0	7.3	9.0	7.0	6.1	6.6
40-59	26.0*	-	9.3	10.4	10.1	9.6	10.3*	5.3
60-64	-	-	-	-	16.7	~	8.3	7.6
NRW								
18-24	9.3	-	5.8	5.3	4.3	6.0	5.3	6.3
25-39	12.9	-	5.5*	8.7	5.1	6.1	6.6	9.2
40-59	22.0*	-	10.1	8.5	10.1	9.5	10.3	7.6
60-64	-	-	-	-	9.9	8.1	11.6	10.4
Sachsen								
18-24	~	-	6.6	3.1	3.0	5.2	5.3	5.2
25-39	15.6*	-	5.1	10.5	5.1	5.1	5.4	5.7
40-59	37.0*	-	12.3	12.5	10.2	9.7	8.6	7.7
60-64	-	-	-	-	22.6*	18.3*	10.4	6.8
Thüringen								
18-24	~	-	~	3.8	~	7.5	5.9	4.6
25-39	15.0	-	12.0	4.9	4.6	6.0	5.5	5.4
40-59	37.0*	-	14.9	10.1	9.2	6.9	8.3	7.5
60-64	-	-	-	-	~	~	13.4	5.6

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

6.2.3 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln (Konsumenten)

Unter den aktuellen Konsumenten von Schmerzmitteln hat der mindestens wöchentliche Gebrauch in den letzten Jahren in allen sechs Bundesländern zugenommen (Abbildung 6-22). In Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen lag die Prävalenz im Jahr 2015 sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwa 10 Prozentpunkte über dem Ausgangswert des Jahres 1995, in Sachsen und Thüringen waren es sogar 15 bis 20 Prozentpunkte. In Hamburg war ein Anstieg erst seit dem Jahr 2003 zu beobachten. In den letzten sechs Jahren hat sich die Prävalenz in den meisten Fällen stabilisiert. Einen weiteren Anstieg gab es im Vergleich zum Jahr 2009 bei Männern in Bayern, bei Männern und Frauen in Sachsen sowie im Vergleich zum Jahr 2012 bei Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen.

Der zum Teil sehr deutliche Anstieg des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln zeigte sich in den meisten Bundesländern in allen Altersgruppen (Tabelle 6-21). Ausnahmen stellen lediglich die 18- bis 24-Jährigen in Hamburg und Thüringen sowie die 60- bis 64-Jährigen in Nordrhein-Westfalen dar.

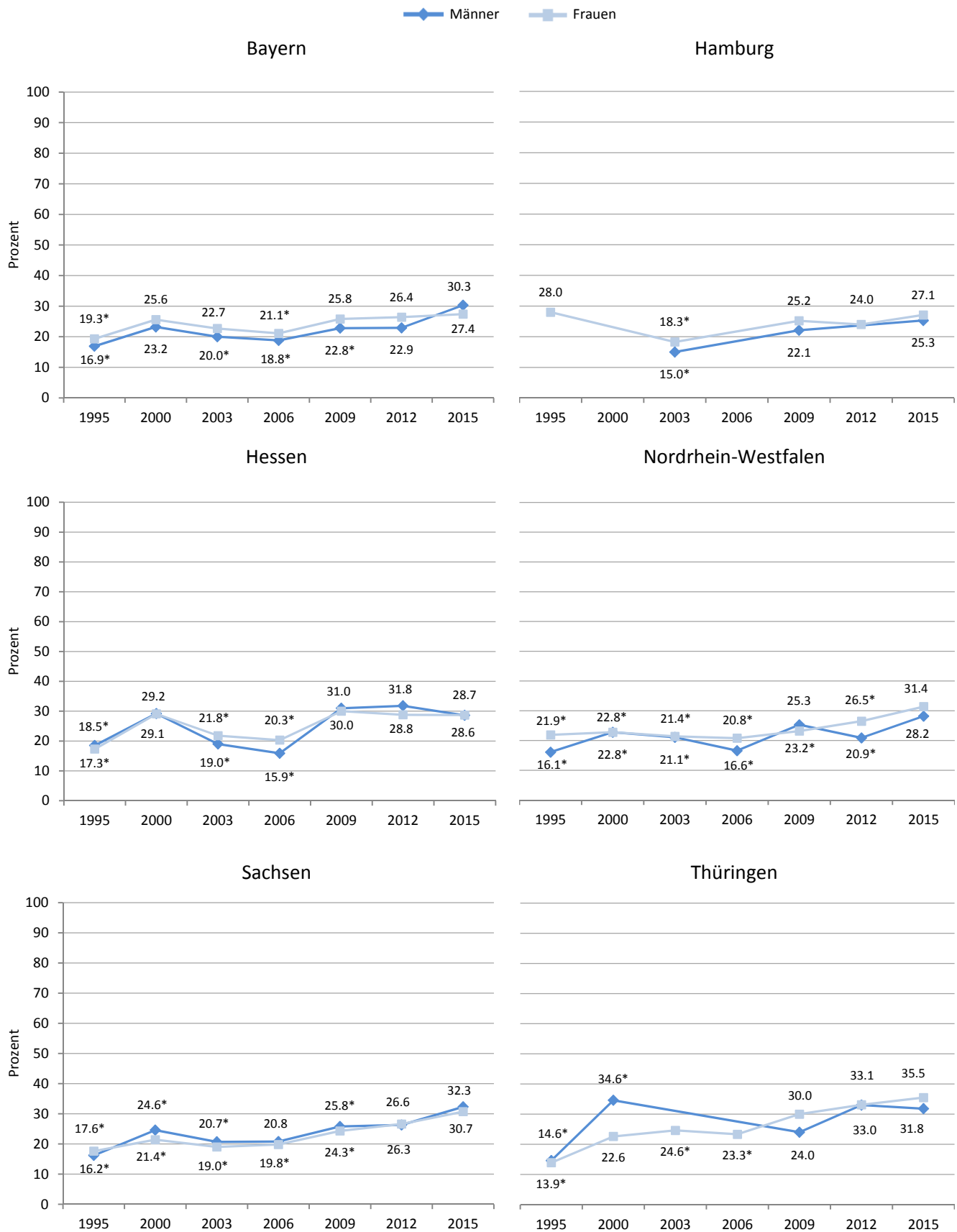


Abbildung 6-22: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten) (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$).

*) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 6-21: Trends der 30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	~	-	14.2	11.9*	10.1*	17.4*	17.6*	25.9
25-39	13.2*	-	18.5	19.6	16.0	14.7	17.4	20.2
40-59	22.6*	-	33.4	25.7*	25.7*	33.4	31.9	35.2
60-64	-	-	-	-	36.6	32.7*	32.6*	51.4
Hamburg								
18-24	~	-	~	13.0	~	18.9	~	17.2
25-39	~	-	~	12.7*	~	18.5*	~	25.8
40-59	29.9	-	~	22.2*	~	29.0	27.7	28.8
60-64	-	-	-	-	~	29.3	~	~
Hessen								
18-24	~	-	~	13.8	10.9*	19.0	20.2	21.7
25-39	16.4*	-	25.0	16.4*	15.3	31.7	30.8	24.6
40-59	20.9*	-	30.5	25.8*	22.6*	33.1	32.3	33.0
60-64	-	-	-	-	~	~	~	42.6
NRW								
18-24	6.6*	-	20.9	18.4*	13.9*	16.6	19.6	22.5
25-39	16.7*	-	17.2*	17.7*	10.8*	21.8	22.2	25.5
40-59	25.1*	-	28.8*	25.0*	26.4*	28.1*	26.1*	34.8
60-64	-	-	-	-	31.5	31.4	44.5	43.2
Sachsen								
18-24	~	-	~	9.2*	15.3	19.4	22.6	19.2
25-39	7.4*	-	22.7	18.7*	13.7*	19.3*	19.1	27.8
40-59	22.4*	-	22.0*	24.4*	29.6	30.3*	32.5	36.7
60-64	-	-	-	-	~	~	~	51.1
Thüringen								
18-24	~	-	~	~	~	~	29.7	17.9
25-39	8.6*	-	~	18.7	~	~	19.4*	28.5
40-59	20.6*	-	33.7	22.9*	~	~	42.8	39.9
60-64	-	-	-	-	~	~	~	~

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

6.2.4 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM

In Bayern, Hessen, Sachsen und Thüringen zeigten sich über die letzten 15 Jahre keine signifikanten Veränderungen im Hinblick auf Hinweise auf einen klinisch relevanten Medikamentengebrauch (Abbildung 6-23). In Hamburg nahm die Prävalenz bei Frauen im Vergleich zum Jahr 2003 signifikant ab, wohingegen sich in Nordrhein-Westfalen bei beiden Geschlechtern eine Zunahme der Prävalenz im Vergleich zum Jahr 2000 zeigte.

Die allgemeinen Trends des klinisch relevanten Gebrauchs überdecken einige altersgruppenspezifischen Entwicklungen in den Bundesländern (Tabelle 6-22). So zeigte sich in Bayern ein Rückgang der Prävalenz seit Anfang bzw. Mitte der 2000er Jahre für die 40- bis 59-Jährigen bzw. die 60- bis 64-Jährigen. In Hamburg war die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe seit 2003 und in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen seit 2009 gesunken. Ein deutlicher Rückgang war darüber hinaus in der ältesten Altersgruppe in Sachsen zu beobachten. Anstiege waren dagegen bei den 25- bis 39-Jährigen in Hessen im Vergleich zum Jahr 2003 und in Nordrhein-Westfalen bei den 25- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen seit 2000 sowie bei den 60- bis 64-Jährigen seit 2006 zu beobachten. In Sachsen und Thüringen waren die Prävalenzen in allen Altersgruppen unverändert geblieben.

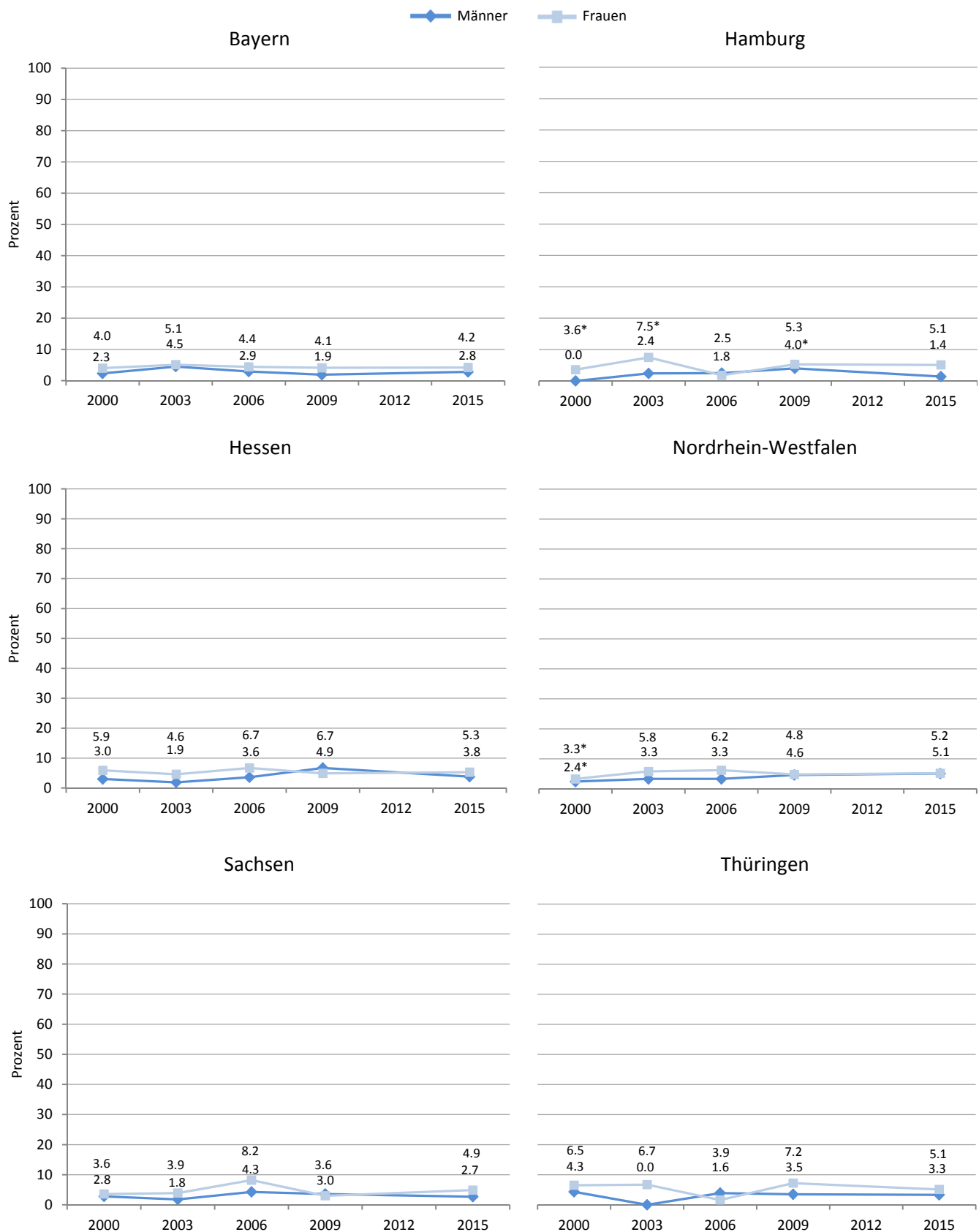


Abbildung 6-23: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: In Jahren ohne Angabe der Werte wurde der KFM nicht erhoben. Keine Berechnung der Werte in Jahren mit geringen Fallzahlen ($n < 50$). *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015

Tabelle 6-22: Trends der 12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach KFM nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	-	-	1.4	3.2	4.1	2.5	-	2.7
25-39	-	-	3.0	3.0	2.5	2.5	-	4.0
40-59	-	-	3.8	6.7*	4.3	3.4	-	3.4
60-64	-	-	-	-	7.4*	4.1	-	2.3
Hamburg								
18-24	-	-	~	4.9*	~	3.6	-	3.3
25-39	-	-	0.0 ^a	3.0	~	3.1	-	3.4
40-59	-	-	4.5	6.7	1.4	6.1*	-	3.1
60-64	-	-	-	-	~	2.0	-	3.4
Hessen								
18-24	-	-	2.9	2.0	2.1	4.2	-	1.6
25-39	-	-	3.3	1.2*	5.1	3.1	-	4.7
40-59	-	-	5.5	5.0	5.8	7.8	-	5.2
60-64	-	-	-	-	6.6	~	-	3.8
NRW								
18-24	-	-	1.2	2.9	3.1	2.3	-	2.4
25-39	-	-	2.6*	4.0	3.6	3.0	-	4.3
40-59	-	-	3.5*	5.3	5.9	6.5	-	6.4
60-64	-	-	-	-	3.6*	4.6	-	6.3
Sachsen								
18-24	-	-	4.9	0.8	3.6	2.5	-	2.1
25-39	-	-	2.5	3.0	6.7	2.9	-	3.3
40-59	-	-	3.2	3.3	6.7	3.7	-	4.4
60-64	-	-	-	-	13.2*	2.3	-	2.7
Thüringen								
18-24	-	-	~	2.8	~	5.3	-	2.1
25-39	-	-	6.5	0.6	4.0	3.4	-	4.3
40-59	-	-	5.5	6.0	2.9	6.1	-	4.4
60-64	-	-	-	-	~	~	-	4.5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

7 Diskussion

7.1 Tabak und E-Zigaretten

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ, 2015) führte im Jahr 2013 13.5 % aller Todesfälle auf den Konsum von Tabakprodukten zurück. Auch vor dem Hintergrund der erheblichen volkswirtschaftlichen Belastung durch die Folgen des Rauchens (Effertz, 2015) sind Informationen zur Verbreitung des Tabakkonsums in der Bevölkerung daher von hoher Relevanz für die Gesundheitspolitik.

In den letzten 30 Tagen vor der Befragung hatte bundesweit ca. ein Drittel der Befragten Tabakprodukte konsumiert. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer epidemiologischer Studien (Lampert et al., 2013; Robert Koch-Institut, 2014). In Bayern war der Anteil der Raucher geringer als im Bundesdurchschnitt. In Sachsen zeigten sich im Vergleich zum Bund höhere Prävalenzen für Männer und niedrigere Prävalenzen für Frauen. Im gesamteuropäischen Vergleich liegt die Raucherrate in Deutschland etwas über dem Durchschnitt, was hauptsächlich auf eine vergleichsweise hohe Konsumprävalenz bei Frauen zurückzuführen ist (World Health Organization (WHO), 2013).

Die durchschnittliche Anzahl der konsumierten Zigaretten pro Tag betrug im Bund etwa 11 Zigaretten. Frauen in Sachsen und 25- bis 39-Jährige in Hamburg rauchten im Vergleich dazu weniger. In Nordrhein-Westfalen lag die Konsummenge der 25- bis 39-Jährigen über dem bundesweiten Durchschnitt. Insbesondere der starke Tabakkonsum von mindestens 20 Zigaretten pro Tag ist als kritisch einzustufen. Bundesweit betraf dies etwa ein Fünftel der Raucher und damit etwas weniger als in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) 2012 (Lampert et al., 2013). Regionale Daten zeigten im Vergleich zum Bund niedrigere Raten starken Konsums bei den 25- bis 39-Jährigen in Hamburg.

Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum zeigte bundesweit etwa ein Zehntel der Studienteilnehmer. Wie bereits bei der Konsumprävalenz lag der Wert bei Frauen in Sachsen unterhalb des Bundesdurchschnitts.

Bundesweit zeigte sich im zeitlichen Verlauf bei Männern und bei Frauen ein Rückgang der Konsumprävalenzen um ein Viertel sowie eine Reduktion der Konsummengen um ein Drittel (Kraus, Piontek, Atzendorf & Gomes de Matos, 2016). Dieser Trend war auch in den westdeutschen Bundesländern Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen zu beobachten. Besonders auffällig war ein ausgeprägter Rückgang der 30-Tage-Prävalenz bei den 18- bis 24-Jährigen und bei den 25- bis 39-Jährigen. In Sachsen fand sich der rückläufige Trend nur teilweise: Bei stabiler Konsumprävalenz sank die Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten bei Frauen, wohingegen bei Männern keine Veränderungen der Konsummenge über die Zeit zu beobachten war. In Thüringen wurden weder bei Männern noch bei Frauen Veränderungen über die Zeit beobachtet.

Der Anteil an Konsumenten mit einem starken Konsum ging im Beobachtungszeitraum in Bayern und Nordrhein-Westfalen zurück. Geschlechtsunterschiede zeigten sich diesbezüglich in Hamburg und Hessen: Während sich die Prävalenzen bei Männern reduzierten, waren die Werte bei Frauen von starken Schwankungen geprägt. Darüber hinaus ging der Anteil an Personen, die basierend auf dem FTND Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum zeigten, in Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen sowie bei Frauen in Hessen zurück. In Sachsen und Thüringen blieben die Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum, ebenso wie die meisten Konsumindikatoren, über die Jahre hinweg weitestgehend stabil.

Der generell rückläufige Trend des Tabakkonsums bei Erwachsenen (Lampert et al., 2013) und Jugendlichen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015c; Kraus, Piontek, Seitz & Schoeppe, 2016) wurde bereits in anderen Studien aufgezeigt und kann auf verschiedene strukturelle Maßnahmen der Gesundheitspolitik, wie beispielsweise Tabaksteuererhöhungen, Einschränkung der Tabakwerbung sowie die Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes zurückgeführt werden. Sinkende Prävalenzraten werden voraussichtlich dazu beitragen, dass zukünftig die Anteile an tabakbezogenen Erkrankungen und Todesfällen weiter zurückgehen (Mons, 2011) und bewirken, dass sich die volkswirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums für Deutschland in Zukunft verringern (Neubauer et al., 2006).

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 wurden mithilfe eines Zusatzmoduls erstmals Konsumprävalenzen von E-Zigaretten erhoben. Diese Produkte waren der Mehrheit der Studienteilnehmer (> 80 %) bekannt. Frauen in Hamburg und in Sachsen waren E-Zigaretten im Vergleich zum Bund etwas weniger geläufig. Auffällig war insbesondere der hohe Bekanntheitsgrad in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen, in der mit Ausnahme von Hamburg über 90 % der Befragten angaben, schon einmal etwas von E-Zigaretten gehört zu haben. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien (Brown, Beard, Kotz, Michie & West, 2014; European Commission, 2015; Hummel et al., 2015).

Insgesamt betrachtet hatte etwas mehr als ein Zehntel der Befragten jemals im Leben E-Zigaretten probiert. Frauen in Hessen und Sachsen probierten weniger E-Zigaretten als Frauen im bundesweiten Durchschnitt. In Hamburg lag die Lebenszeit-Prävalenz insgesamt und bei den 60- bis 64-Jährigen höher als in der Bunderhebung. In den letzten 12 Monaten nutzte weniger als ein Zehntel der Befragten E-Zigaretten. Dieser Anteil war bei den 25- bis 39-Jährigen in Hamburg vergleichsweise gering. Nur ein geringer Anteil der Studienteilnehmer (ca. 3 %) konsumierte E-Zigaretten in den letzten 30 Tagen. Dieses Ergebnis ist weitgehend vergleichbar mit Daten des aktuellen Eurobarometer (European Commission, 2015), in dem die Prävalenz des aktuellen Konsums von E-Zigaretten in Gesamteuropa auf 2 % geschätzt wurde. Allerdings muss bei diesem Vergleich berücksichtigt werden, dass der aktuelle Konsum per Definition nicht mit einer 30-Tage-Prävalenz gleichzusetzen ist.

Das durchschnittliche Alter bei Beginn des E-Zigarettenkonsums lag bundesweit bei etwa 30 Jahren. Das Alter des erstmaligen Konsums stieg auf deskriptiver Ebene mit dem Alter der Studienteilnehmer an, was darauf zurückzuführen ist, dass E-Zigaretten erst seit 2006 auf dem deutschen Markt verfügbar sind und daher ein Konsum in früheren Jahren praktisch unmöglich war. Die 18- bis 24-Jährigen und die 60- bis 64-Jährigen in Hamburg berichteten im Vergleich zum Bund ein niedrigeres Einstiegsalter.

Bundesweit schätzte knapp die Hälfte der 18- bis 64-Jährigen den Konsum von E-Zigaretten als genauso schädlich ein wie den Konsum von herkömmlichen Zigaretten. Ein Drittel der Befragten hielt E-Zigaretten dagegen für weniger schädlich und ein Zehntel war der Auffassung, dass E-Zigaretten schädlicher sind als klassische Zigaretten. Im Vergleich zum Bund schätzten in Thüringen weniger und in Hamburg mehr Befragte die E-Zigarette als weniger schädlich ein. Zudem war in Hamburg ein kleinerer Anteil der Gesamtstichprobe sowie ein kleinerer Anteil der Männer der Meinung, dass E-Zigaretten schädlicher sind als herkömmliche Zigaretten. Diese Ergebnisse legen nahe, dass zukünftig ein Augenmerk auf die Aufklärung über positive und negative Aspekte von E-Zigaretten gelegt werden sollte. E-Zigaretten enthalten nachweislich weniger Schadstoffe im Dampf als der Rauch herkömmlicher Zigaretten, da der Verbrennungsprozess der Inhaltstoffe ausbleibt (Nowak, Jörres & Rüther, 2014). Des Weiteren wird das Suchtpotential von E-Zigaretten als gering angesehen (Nowak et al., 2014). Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass aktuell keine Langzeitstudien über die gesundheitlichen Wirkungen des Dampfens auf den Konsumenten

selbst oder auf Außenstehende existieren. Darüber hinaus bestehen keine Reglementierungen bezüglich des Herstellungsprozesses von E-Zigaretten. Diesbezüglich wird beispielsweise kritisiert, dass bei Testungen auch als „nikotin-frei“ verkaufte Liquids teilweise Nikotin enthielten (Kaisar, Prasad, Liles & Cucullo, 2016).

7.2 Alkohol

Alkohol stellt in Deutschland die am häufigsten konsumierte Substanz dar; so hatten 72.5 % der Studienteilnehmer in den 30 Tagen vor der Befragung Alkohol getrunken. Vergleichbare Zahlen zeigten sich auch für die einzelnen Bundesländer. Dieses Ergebnis einer weiten Verbreitung von Alkohol in der Gesellschaft wird von anderen epidemiologischen Untersuchungen gestützt (Jacobi et al., 2014; Orth & Töppich, 2015).

Es ist als besonders kritisch einzuschätzen, dass die Alkoholkonsumenten sehr häufig Trinkmuster aufweisen, die mit einem erhöhten Risiko für negative Konsequenzen einhergehen. Bundesweit berichtete etwa jede fünfte Frau und fast jeder vierte Mann von durchschnittlichen Konsummengen, die über den von Experten festgelegten Grenzwerten von 12 Gramm (Frauen) bzw. 24 Gramm (Männer) Reinalkohol pro Tag lagen (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008). Diese Mengen entsprechen etwa einem bzw. zwei großen Gläsern Bier. Die Prävalenz des riskanten Konsums lag bei Männern in Thüringen, bei Frauen in Hamburg und bei beiden Geschlechtern in Sachsen noch über den bundesweiten Werten.

Als weiteres kritisches Konsummuster ist das episodische Rauschtrinken anzusehen. Während hohe Trinkmengen mit einem gesteigerten Risiko insbesondere für chronische Krankheiten verbunden sind, ist beim Rauschkonsum vor allem die Gefahr akuter Folgen, wie z. B. Unfällen, erhöht (Rehm, Room & Taylor, 2008; Smyth et al., 2015). Von mindestens einer solchen Episode berichtete bundesweit etwa jede fünfte Frau und fast jeder zweite Mann. In Hamburg war es sogar etwa jede dritte Frau. In Sachsen und Bayern war das episodische Rauschtrinken hingegen im Vergleich mit dem Bund unter Frauen weniger verbreitet.

Eine Personengruppe, auf die besonderes Augenmerk gerichtet werden sollte, stellen Frauen in Hamburg dar. Im Vergleich mit den bundesweiten Daten zeigten sie nicht nur erhöhte Werte der beiden kritischen Konsummuster (riskanter Konsum und episodisches Rauschtrinken), sondern auch höhere Werte bezüglich des klinisch relevanten Konsums nach den Kriterien des AUDIT. Die im bundesweiten Vergleich höhere Verbreitung problematischen Alkoholkonsums in Hamburg scheint spezifisch für Erwachsene sein. So weisen regionale Daten Jugendlicher auf eine geringere Verbreitung von Rauschkonsum und Trunkenheit bei Mädchen in Hamburg im Vergleich zu grenznahen Regionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens hin (Baumgärtner & Kestler, 2014).

In Sachsen zeigten beide Geschlechter Abweichungen von den bundesweiten Zahlen, jedoch in umgekehrter Richtung. Frauen berichteten vergleichsweise seltener von Episoden des Rauschkonsums und zeigten seltener Hinweise auf klinisch relevanten Konsum. Männliche Konsumenten hingegen wiesen nicht nur höhere durchschnittliche Trinkmengen auf als in der bundesweiten Stichprobe, sondern tranken auch häufiger in riskanten Mengen. Damit stellen auch Männer in Sachsen eine Bevölkerungsgruppe dar, deren Alkoholkonsum möglicherweise gezielter Maßnahmen bedarf.

Im zeitlichen Verlauf zeichnet sich für Männer insgesamt ein günstiges Bild ab. So ging in den letzten 20 Jahren die Konsumprävalenz in allen Bundesländern zurück, d. h. immer mehr Männer tranken in den 30 Tagen vor der Befragung überhaupt keinen Alkohol. Zudem wiesen männliche Konsumenten weniger

schädliche Konsumformen auf als in der Vergangenheit. Dies wurde insbesondere in Nordrhein-Westfalen deutlich, wo alle verwendeten Konsumindikatoren sowie die Hinweise auf klinisch relevanten Konsum rückläufig waren. Analysen mit Daten aus früheren Erhebungen des ESA deuten darauf hin, dass der Durchschnittskonsum bundesweit vor allem unter Hochkonsumenten mit geringem sozio-ökonomischen Status zurückging, also einer Personengruppe mit einem besonders hohen Risiko alkoholbezogener Probleme (Gomes de Matos, Kraus, Pabst, Piontek, 2015). Die günstigen Entwicklungen des Alkoholkonsums bei Männern sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor zu den Hochkonsumländern gehört (Shield, Rehm, Patra, Sornpaisarn & Rehm, 2012).

Unter Frauen ist der zeitliche Verlauf differenzierter zu betrachten. Als positiv ist auch hier die rückläufige Konsumprävalenz einzuschätzen. Weniger günstig sind hingegen die Entwicklungen des Trinkverhaltens unter Konsumentinnen. Abgesehen von wenigen Ausnahmen zeigten sich für die meisten Konsumindikatoren weitgehend stabile Verläufe. Die Prävalenz episodischen Rauschtrinkens stieg in Bayern, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen seit dem Jahr 2000 sogar an.

Eine Altersgruppe mit einem generell erhöhten Risiko für exzessiven Alkoholkonsum stellen 18- bis 24-Jährige dar (Piontek, Gomes de Matos, Atzendorf & Kraus, 2016). Doch auch in dieser Altersgruppe war die Konsumprävalenz seit Anfang des Jahrtausends insgesamt rückläufig. Die Jahre davor waren hingegen von einem Anstieg geprägt und keines der Bundesländer fiel in der aktuellen Erhebung unter die Prävalenz des ersten Beobachtungsjahres 1995. In Bayern und Thüringen lassen sich die Verläufe mit Daten von Jugendlichen aus der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) vergleichen. Diese zeigen, dass die sinkende Konsumprävalenz ab Beginn des Jahrtausends auch unter 9.- und 10.-Klässlern festzustellen ist (Gomes de Matos, Kraus, Pabst, Piontek, 2014). Zu diesem Schluss kommen auch eine regionale Schülerstudie aus Frankfurt a. M. (Werse, Kamphausen, Egger, Sarvari & Müller, 2015) sowie eine bundesweite Jugendstudie (Orth, 2016). Trotz des Rückgangs der Prävalenz unter jungen Erwachsenen lagen in der aktuellen Erhebung des ESA die Werte fast aller Konsumindikatoren sowie die Hinweise auf klinisch relevanten Konsum bundeslandübergreifend über den Werten höherer Altersgruppen.

Übermäßiger Alkoholkonsum stellt einen der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod in der Bevölkerung dar (Anderson et al., 2016). Zum einen hat Alkohol direkte negative physiologische Auswirkungen. Zum anderen bestehen synergistische Effekte zwischen Alkohol und anderen gesundheitlichen Risikofaktoren wie dem Rauchen oder Übergewicht, die häufig gemeinsam auftreten (Marrero et al., 2005; Noble, Paul, Turon & Oldmeadow, 2015; Prabhu, Obi & Rubenstein, 2014). Es ist davon auszugehen, dass die Verringerung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke zu einem weiteren Rückgang der Konsumprävalenz sowie zur Reduktion der Verbreitung problematischer Konsummuster führen würde (Babor et al., 2010). Des Weiteren haben sich in einer Simulationsstudie Kurzinterventionen im medizinischen Rahmen sowie Werbeverbote als besonders effektiv zur Reduktion des riskanten Konsums herausgestellt (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015).

7.3 Illegale Drogen

Cannabis stellt nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland dar. Bundesweit konsumierten 7.4 % der Männer und 4.9 % der Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung diese Substanz. Eine internationale Betrachtung zeigt, dass dieser Wert in Europa etwa auf durchschnittlichem Niveau liegt (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2016). Zeitliche Trends weisen allerdings auf einen Anstieg der Cannabiskonsumprävalenz hin. Diese Entwicklung verlief über die letzten 20 Jahre nicht kontinuierlich, sondern unterlag immer wieder Schwankungen. In den meisten Bundesländern erreichte die Konsumprävalenz um die Jahrtausendwende temporäre Höchstwerte, fiel dann ab und stieg in den letzten Erhebungen wieder auf das vorherige Niveau an.

Der jüngste Anstieg des Cannabiskonsums spiegelt sich auch in bundesweiten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015b) und in regionalen Jugendstudien in Frankfurt (Werse, Kamphausen, Egger, Sarvari & Müller, 2015) und Hamburg (Baumgärtner & Kestler, 2014) wider. Ein Zusammenhang dieser Entwicklung mit der aktuellen Debatte um eine liberalere Cannabisregulierung wird von wissenschaftlicher Seite diskutiert (Kraus, Piontek, Atzendorf, Gomes de Matos, 2016; Simon, 2016), allerdings bisher als gering eingeschätzt (Werse et al., 2015).

In Hamburg war der Anteil an Cannabiskonsumenten bei Männern und Frauen höher als im bundesweiten Durchschnitt und es zeigten mehr Personen Hinweise auf einen klinisch relevanten Cannabiskonsum. Diesem Ergebnis könnte ein Urbanisierungseffekt zugrunde liegen, da die erhöhte Verfügbarkeit illegaler Drogen in Großstädten den Konsum begünstigt (Tretter & Kraus, 2004). Zu dieser Vermutung passt, dass Hamburg zudem unter Männern erhöhte Konsumprävalenzen in Bezug auf Kokain/Crack und Ecstasy aufweist, während in Bezug auf illegale Drogen in den anderen Bundesländern nur sehr geringe Abweichungen von den bundesweiten Werten bestehen.

Andere illegale Drogen als Cannabis sind weitaus weniger verbreitet. An zweiter Stelle stehen Amphetamine (inklusive Methamphetamin), welche in den letzten 12 Monaten von 1.1 % der Befragten konsumiert wurden. Abweichungen der bundeslandspezifischen von den bundesweiten Werten waren in Bezug auf andere illegale Drogen nur vereinzelt zu beobachten und lassen kein systematisches Muster erkennen. Bundesweit scheinen die meisten illegalen Drogen außer Cannabis in der Allgemeinbevölkerung keinen hohen Stellenwert zu haben, und ihr Konsum hat sich über die Zeit wenig geändert. Dies heißt jedoch nicht, dass bestimmte illegale Drogen bei Jugendlichen und in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen keine Rolle spielen und die mit dem Konsum einhergehenden gesundheitlichen Risiken zu vernachlässigen wären.

7.3.1 Methamphetamin

Betrachtet man lediglich Methamphetamin, auch bekannt als Crystal Meth, liegt die 12-Monats-Prävalenz bundesweit bei 0.2 %. Über Bundesländer und Altersgruppen hinweg ist die Verbreitung von Methamphetamin damit vergleichbar gering wie die von LSD oder Heroin, und stellt aus Public Health-Perspektive kein wesentliches Problem dar. Dennoch ist aus mindestens zwei Gründen ein besonderes Augenmerk auf diese Substanz zu richten. Zum einen wurde berichtet, dass Methamphetamin im Vergleich zu anderen Drogen ein erhöhtes Abhängigkeitspotential sowie ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Probleme aufweist (Barr et al., 2006; Castro, Barrington, Walton & Rawson, 2000). Zum anderen bestehen Hinweise auf eine regional sehr unterschiedliche Verbreitung, sodass die Prävalenz in bestimmten Gebieten möglicherweise deutlich höher liegt als in der bundesweiten Betrachtung (Been et al., 2016). Sicherstellungs- und Behandlungs-

zahlen sowie Abwasseranalysen weisen auf eine besondere Belastung der Regionen nahe der tschechischen Grenze hin (Piontek, Pfeiffer-Gerschel, Jakob, Pabst & Kraus, 2014; Bundeskriminalamt, 2016). In der Tschechischen Republik wird der Großteil des in Europa produzierten Methamphetamins hergestellt, doch auch in Deutschland wurden im Vergleich zu anderen Staaten überproportional viele Labore entdeckt (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014).

Im ESA 2015 wurden erstmals bevölkerungsrepräsentative Daten erhoben, an denen sich diese Vermutung überprüfen lässt. Dabei wurde diese zumindest in Teilen bestätigt. In allen untersuchten Bundesländern hatten Personen bereits Erfahrungen mit Methamphetamin gesammelt, jedoch war dieser Anteil in Sachsen und Thüringen im Vergleich zu den bundesweiten Werten deutlich erhöht. In Thüringen lag zudem der Anteil an 12-Monats-Konsumenten vergleichsweise höher, während bezüglich der 30-Tage-Prävalenz keine regionalen Unterschiede festgestellt wurden. Die erhöhte Verfügbarkeit durch die geografische Nähe zu Produktionsstellen ist dabei als Ursache anzunehmen. Obgleich aufgrund der geringen Zahl Betroffener in der Stichprobe die Verteilung klinisch relevanten Konsums nicht inferenzstatistisch, sondern nur auf Basis von Fallzahlen betrachtet wurde, weisen die Zahlen vor allem in Thüringen und Sachsen auf eine erhöhte Problembelastung hin. Dies stützt Berichte, nach denen Methamphetamin in Suchthilfeeinrichtungen dieser Bundesländer eine überproportionale Bedeutung spielt (Piontek et al., 2014). Zusammengefasst können die Daten dahingehend gedeutet werden, dass zumindest in Thüringen, und vermutlich auch in Sachsen, mehr Personen Methamphetamin ausprobieren als in anderen Bundesländern, und dass dadurch auch ein problematischer Konsum häufiger ist. Die Teilnahme von Personen mit einem problematischen Konsum an Bevölkerungs-Befragungen wie dem ESA ist allerdings selten, was ursächlich dafür sein könnte, dass die 30-Tage-Prävalenz nicht von den bundesweiten Daten abweicht. Der in nicht-repräsentativen Stichproben berichtete regelmäßige Konsum sozial gut integrierter Personen, beispielsweise zur Leistungssteigerung oder im sexuellen Kontext, (Milin, Lotzin, Degkwitz, Vertheim, Schäfer, 2014) muss jedoch auf Basis der Daten des ESA als selten beurteilt werden.

7.3.2 Neue psychoaktive Substanzen

Unter dem Begriff NPS werden neuere Designerdrogen (d. h. synthetische Drogen) und Naturdrogen zusammengefasst, die die Effekte etablierter illegaler Substanzen imitieren. Die wichtigsten Substanzgruppen sind synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone und Phenethylamine (Hohmann, Mikus & Czock, 2014). Neue psychoaktive Substanzen nehmen aufgrund ihres Status bezüglich der Legalität eine Sonderstellung ein. Viele NPS sind nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt und damit nicht illegal. Grund dafür ist die zeitliche Verzögerung zwischen dem Erscheinen einer neuen Substanz auf dem Markt und ihrer Unterstellung unter das Betäubungsmittelgesetz. Bisher konnte die gesetzliche Regulierung lediglich als Reaktion auf neue Entwicklungen erfolgen, nicht aber proaktiv. Anzahl und Volumen der verfügbaren NPS sind in den letzten Jahren stark gestiegen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2016). Europaweit werden deshalb zurzeit Bemühungen unternommen, die Verbreitung von NPS auf Basis bestehender oder neuer Gesetze einzudämmen. In Deutschland wurde im Jahr 2016 ein Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Verbreitung von NPS beschlossen („Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz“), der es erlaubt, ganze Substanzgruppen (z. B. synthetische Cannabinoide) zu regulieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Die schwerpunktmäßige Untersuchung dieser Substanzen im ESA ist gerade zum aktuellen Zeitpunkt günstig, um zeitliche Entwicklungen des NPS-Konsums vor dem Hintergrund der geänderten Gesetzeslage beobachten zu können.

Aktuell wurden NPS von 0.9 % der Personen in den 12 Monaten vor der Befragung konsumiert und 2.8 % der Personen hatten irgendwann in ihrem Leben bereits Erfahrung mit solchen Substanzen. Damit ist der Konsum dieser Substanzen weiter verbreitet als der von etablierten Substanzen wie Ecstasy oder Kokain. Ihre Untersuchung in epidemiologischen Studien ist deshalb für eine vollständige Erfassung des Substanzkonsums in Deutschland mittlerweile unabdingbar.

Die bundeslandspezifischen Auswertungen deuten nicht darauf hin, dass einzelne Bundesländer überproportional von NPS-Konsum betroffen sind. Das Ergebnis einer vergleichsweise starken Verbreitung in Bayern in einer Befragung unter jugendlichen Konsumenten (Werse & Morgenstern, 2015) konnte damit in dieser repräsentativen Erwachsenenbefragung nicht repliziert werden. Auch bezüglich der Konsumfrequenz unter Konsumenten ergaben sich keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Bundesländern. Ebenso wenig waren Unterschiede im Einstiegsalter in den Konsum von NPS statistisch bedeutsam.

Hinweise auf regionale Unterschiede bestehen hingegen bezüglich der Form, in welcher NPS konsumiert wurden. Während beispielsweise in Bayern die Verwendung sogenannter Kräutermischungen mit Abstand die häufigste Konsumform darstellte, wurden in Nordrhein-Westfalen Kristalle oder Tabletten am häufigsten eingenommen. In Sachsen nutzten NPS-Konsumenten alle Formen gleich häufig. Möglicherweise sind die Konsummotive regional unterschiedlich. Beispielsweise wurde diskutiert, dass aufgrund der restriktiveren Cannabispolitik in Bayern Jugendliche dort auf NPS ausweichen könnten, wenn diese temporär leichter verfügbarer sind (Werse, 2013). Die Handhabung von Kräutermischungen erfolgt analog zu Cannabis. Dabei ist zu beachten, dass die Daten zu verwendeten Konsumformen in der vorliegenden Analyse deskriptiv berichtet wurden. Für die Ableitung regional spezifischer Handlungsbedarfe könnte weitere Forschung zu Konsummotiven sinnvoll sein.

7.4 Medikamente

Der Gebrauch von Medikamenten unterscheidet sich grundlegend vom Konsum legaler und illegaler Drogen. Hauptsächliche Motivation der Einnahme ist in diesem Fall die Behandlung von Erkrankungen oder das Lindern von Beschwerden, wohingegen der Gebrauch zu Genuss- oder Rauschzwecken eine untergeordnete Rolle spielt. Informationen zur Verbreitung des Medikamentengebrauchs in der Bevölkerung sind von hoher gesundheitspolitischer Relevanz, auch im Hinblick auf ökonomische Aspekte. Beispielsweise wurden im Jahr 2014 insgesamt 45.3 Mrd. Euro für Arzneimittel ausgegeben und etwa 17 % aller Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfielen auf medikamentöse Therapien (Schwabe & Paffrath, 2015).

Die Erhebung von epidemiologischen Daten in Bevölkerungsbefragungen hat gegenüber den Verordnungsdaten der Krankenkassen den Vorteil, dass neben ärztlichen Verschreibungen auch der Gebrauch nicht verschriebener Medikamente erfasst werden kann, der schätzungsweise etwa die Hälfte aller verkauften Arzneimittelpackungen ausmacht (Glaeske, 2015). Auf Basis der aktuellen Erhebung des ESA wird deutlich, dass in den letzten 30 Tagen vor der Befragung etwa jeder zweite Deutsche (50.4 %) mindestens ein Medikament eingenommen hat. In den beteiligten Bundesländern schwankten diese Raten zwischen 45.1 % in Sachsen und 53.8 % in Nordrhein-Westfalen.

Von den erfassten Arzneimittelgruppen wurden Schmerzmittel mit deutlichem Abstand am häufigsten genutzt: zwischen 41.7 % der Befragten in Sachsen und 50.2 % der Befragten in Nordrhein-Westfalen hatten solche Präparate im letzten Monat eingenommen. An zweiter und dritter Stelle folgten Schlaf- und

Beruhigungsmittel mit einer Prävalenz zwischen 3.5 % in Hessen und 6.1 % in Nordrhein-Westfalen sowie Antidepressiva, die von 3.8 % der Stichprobe in Bayern bis zu 5.9 % der Stichprobe in Nordrhein-Westfalen eingenommen wurden. Weniger als 1 % gab dagegen den Gebrauch von Anregungsmitteln, Appetitzüglern und Anabolika an. Die dominierende Rolle von Schmerzmitteln ist ein bekanntes Muster, das auch in früheren Erhebungen des ESA gefunden wurde (Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013). Ein Grund hierfür liegt in der hohen Anzahl an Präparaten, die nicht verschreibungspflichtig sind. Im Unterschied zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Antidepressiva ist eine Vielzahl an Schmerzmitteln rezeptfrei erhältlich. Analysen der Verkaufszahlen belegen, dass im Jahr 2013 etwa 77 % aller verkauften Schmerzmittelpackungen ohne Rezept abgegeben wurden (Glaeske, 2015). Die Behandlung von Schmerzen scheint somit zum großen Teil im Rahmen der Selbstmedikation stattzufinden. Dies konnte auch durch die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) bestätigt werden (Knopf & Grams, 2013).

Etwa 40 % der Erwachsenen, die Medikamente eingenommen hatten, berichteten einen häufigen, d. h. mindestens einmal wöchentlichen Gebrauch. Dieser Anteil war in Hamburg mit 32.2 % am niedrigsten und in Thüringen mit 42.5 % am höchsten. Interessant ist die Beobachtung, dass der Anteil häufiger Nutzer in Bezug auf Schlaf- und Beruhigungsmittel (41.6 % bis 58.0 %) größer ist als in Bezug auf Schmerzmittel (27.8 % bis 36.8 %), auch wenn die Gesamtprävalenz gegenteilige Muster zeigt. Dies deutet darauf hin, dass Schmerzmittel weniger regelmäßig eingenommen werden und ist in Einklang mit der Tatsache, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel ein sehr hohes Abhängigkeitspotential aufweisen (Glaeske, 2015). Bereits nach einer Dauereinnahme von 2 bis 3 Monaten kann sich bei diesen Präparaten eine Abhängigkeit entwickeln. Vor diesem Hintergrund ist die vergleichsweise weite Verbreitung des häufigen Gebrauchs als besorgniserregend zu bezeichnen.

In der aktuellen Erhebung des ESA zeigten bundesweit 8.4 % der Befragten Hinweise auf einen klinisch relevanten bzw. problematischen Medikamentengebrauch. In den sechs beteiligten Bundesländern lagen diese Werte zwischen 5.7 % in Hamburg und 9.7 % in Nordrhein-Westfalen. Obgleich das verwendete Instrument nicht zwischen verschiedenen Arzneimittelgruppen differenziert, zeigen bisherige Studien, dass Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten am häufigsten in Bezug auf Schmerzmittel besteht, deren Gebrauch am weitesten verbreitet ist (Pabst et al., 2013; Knopf & Grams, 2013). Des Weiteren sind Schlaf- und Beruhigungsmittel als wichtige Arzneimittelgruppe in Bezug auf medikamentenbezogene Störungen anzunehmen, da sie wie beschrieben ein besonderes Abhängigkeitspotential aufweisen.

Zu den besonders auffälligen Trendentwicklungen zählt eine in den letzten zehn Jahren weitgehend stabile Prävalenz des Schmerzmittelgebrauchs bei einem gleichzeitigen Anstieg der wöchentlichen Einnahme unter aktuellen Konsumenten sowie ein allgemeiner Rückgang der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Letzteres deckt sich mit den Entwicklungen der Verordnungszahlen, die für diese Arzneimittelgruppe im gleichen Zeitraum ebenfalls zurückgegangen sind (Schwabe & Paffrath, 2015). Kritisch diskutiert wird in diesem Zusammenhang allerdings ein deutlicher Anstieg der Privatverordnungen auch für gesetzlich Versicherte, die einen kritischen Gebrauch verschleiern, weil sie an keiner Stelle systematisch erfasst werden (Glaeske, 2015). Der Anstieg des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs könnte im Zusammenhang mit einem Anstieg von Toleranz und Selbstverständlichkeit im Umgang mit diesen Präparaten stehen und damit auf eine zunehmende Selbstmedikation zurückzuführen sein. Letzteres spricht für die Notwendigkeit einer Sensibilisierung von behandelnden Ärzten und Patienten.

Wichtige Einflussfaktoren auf den Gebrauch von Medikamenten sind das Geschlecht und das Alter der Befragten. Medikamente stellen die einzige im ESA erfasste Substanzgruppe dar, für die Frauen im Allge-

meinen ein höheres Konsumrisiko aufweisen als Männer. Allerdings heben sich diese Unterschiede bei Betrachtung der wöchentlichen Einnahme unter Konsumenten sowie des klinisch relevanten Gebrauchs auf. Ein Grund für die vermehrte Einnahme von Medikamenten bei Frauen könnte sein, dass sie insgesamt häufiger an bestimmten Erkrankungen wie Depression, Angst, Schlafstörungen und Schmerzerkrankungen leiden (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013; Ihle, Laucht, Schmidt & Esser, 2007; Schlack, Hapke, Maske, Busch & Cohrs, 2013). Darüber hinaus zeigen sie ein anderes Gesundheits- und Vorsorgeverhalten wie das häufigere Aufsuchen medizinischer Versorgung (Kolip & Koppelin, 2002; Rattay et al., 2013), das die Einnahme von Medikamenten begünstigt. Die altersspezifische Betrachtung des Gebrauchs macht zudem deutlich, dass insbesondere die häufige und problematische Einnahme von Medikamenten vorrangig ein Phänomen des mittleren bis höheren Erwachsenenalters ist. Vor allem bei älteren Menschen steigt durch häufige Parallelmedikation und lange Verordnungszeiten die Gefahr gesundheitlicher Schäden (Knopf & Grams, 2013). In Deutschland und international werden verstärkt Bemühungen unternommen, das Medikationsmanagement multimorbider Personen zu verbessern (Köberlein-Neu et al., 2016). So haben beispielsweise seit Kurzem gesetzlich Versicherte mit drei oder mehr verschriebenen Medikamenten Anrecht auf einen Medikationsplan.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es im Vergleich zur Bunderhebung nur wenige bundeslandspezifische Unterschiede in der Einnahme von Medikamenten gibt. Bezogen auf die letzten 30 Tage fällt lediglich eine niedrigere Gebrauchsprävalenz in Sachsen und eine niedrigere Prävalenz des wöchentlichen und klinisch relevanten Gebrauchs in Hamburg auf. Auch die Trendentwicklungen sind in den sechs beteiligten Ländern weitgehend vergleichbar. Auffällig ist hier insbesondere ein in den letzten drei Jahren zu beobachtender Rückgang der Schmerzmitteleinnahme bei Männern in Hamburg und Sachsen, der in den anderen Ländern sowie bei Frauen nicht zu finden ist.

7.5 Methodische Diskussion

Durch die Aufstockung der ESA-Stichprobe in den sechs beteiligten Bundesländern Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen war es möglich, die Verbreitung einer Vielzahl von Substanzen in Stichproben zu erfassen, deren Größe auch bei geringen Prävalenzen verlässliche Schätzungen erlauben. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde durch das komplexe Untersuchungsdesign und die Verwendung von Gewichtungen sichergestellt. Aufgrund verschiedener Strategien wie z. B. dem Einsatz unterschiedlicher Befragungsmodi konnte die Antwortrate bei über 50 % stabilisiert werden. Im nationalen und internationalen Vergleich ist diese Beteiligung als sehr positiv zu bewerten (Aust & Schröder, 2009; Kamtsiuris et al., 2013). Insbesondere in Bayern und Sachsen lag die Antwortrate mit 57.1 % bzw. 60.2 % deutlich über dem Durchschnitt.

Auch bei einer insgesamt sehr zufriedenstellenden Antwortrate besteht das Risiko von Verzerrungen durch eine systematische Nichtteilnahme bestimmter Konsumentengruppen. Beispielsweise konnte mit der im Rahmen der Bunderhebung durchgeführten Nonresponse-Befragung gezeigt werden, dass Nichtteilnehmer seltener Alkohol trinken, aber die Konsumenten unter ihnen höhere Konsummengen aufweisen (Piontek, Kraus, Gomes de Matos & Atzendorf, 2016). Dies legt die Vermutung nahe, dass Konsumprävalenzen mit den vorliegenden Daten leicht überschätzt werden, während die Prävalenz problematischer Konsummuster eher unterschätzt wird. Ein weiteres Risiko besteht in Verzerrungen durch die Nutzung von Selbstangaben zum Konsum. Dies können sowohl Erinnerungsfehler als auch Antworttendenzen im Sinne der sozialen

Erwünschtheit sein (Groves et al., 2009). Problematisch ist hier insbesondere, dass die Wahrscheinlichkeit für solche Verzerrungen zwischen den Erhebungsmodi variiert (Gorber, Schofield-Hurwitz, Hardt, Levasseur & Tremblay, 2009; Stockwell, Zhao, Greenfield, Li, Livingston & Meng, 2016). Schließlich muss berücksichtigt werden, dass es bestimmte zum Teil marginalisierte Bevölkerungsgruppen gibt, die nicht in die Grundgesamtheit der Studie fallen und somit nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören Wohnungslose und Gefängnisinsassen, von denen bekannt ist, dass sie ein problematischeres Substanzkonsumverhalten zeigen (Fazel, Khosla, Doll & Geddes, 2008). Darüber hinaus wurden nur 18- bis 64-Jährige (in Sachsen 15- bis 64-Jährige) berücksichtigt. Während der Substanzkonsum Jugendlicher in Deutschland auf bundesweiter Ebene in verschiedenen Studien erfasst wird, fehlen Informationen zum Substanzkonsum älterer Personen weitgehend. Gerade im Hinblick auf den Gebrauch von Medikamenten ist dies als Einschränkung zu bewerten.

7.6 Schlussfolgerungen

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 zeigen, dass insbesondere die legalen Substanzen Tabak und Alkohol nach wie vor sehr weit in der Bevölkerung verbreitet sind. Gerade durch deren hohe Verfügbarkeit und die mit dem Konsum einhergehenden gesundheitlichen und gesellschaftlichen monetären Kosten belegen diese Zahlen einen großen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Als effektive Strategie zur Reduktion des Konsums und damit verbundener Probleme wird international vor allem eine Kombination verschiedener Maßnahmen diskutiert, in deren Mitte ein verhältnispräventiver Ansatz stehen sollte (Babor et al., 2010; Levy, Blackman, Currie & Mons, 2013; Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2015). Darüber hinaus liegen auch für Deutschland effektive verhaltenspräventive Maßnahmen und Frühinterventionen vor, die schon im Kindes- und Jugendalter ansetzen (Bühler & Thrul, 2013). Die Umsetzung solcher Maßnahmen ist jedoch insgesamt noch zu lückenhaft.

8 Förderhinweis

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2015 wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit BMG gefördert (AZ: IIA5-2514DSM200).

Die Zusatzstichproben und die Landesauswertungen wurden durch die Länderministerien gefördert:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit.

Mit der Förderung sind keine Auflagen verbunden.

9 Literatur

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57-62). Stuttgart: Thieme.
- Anderson, P., Braddick, F., Conrod, P., Gual, A., Hellman, M., Matrai, S. et al. (2016). *The new governance of addictive substances and behaviours*. Oxford: Oxford University Press.
- Andlin-Sobocki, P. & Rehm, J. (2005). Costs of addiction in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(Suppl. 1), 28-33.
- Aust, F. & Schröder, H. (2009). Sinkende Stichprobenausschöpfung in der Umfrageforschung - ein Bericht aus der Praxis. In M. Weichbold, J. Bacher & C. Wolf (Hrsg.), *Umfrageforschung - Herausforderungen und Grenzen* (S. 195-212). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organisation.
- Barr, A. M., Panenka W. J., MacEwan, G. W., Thornton, A. E., Lang, D. J., Honer, W. G., Lecomte, T. (2006). The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(5), 301-313.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2014). *Suchtmittelgebrauch, Computerspielverhalten, Internetnutzung und Glücksspielerfahrungen von Jugendlichen in Hamburg und drei kommunalen Modellregionen in Deutschland. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-regional-Studie 2012* (HLS/BfS Berichte. SB 14-B1). Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V.
- Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J.-D., Botero-Coy, A. M., Castiglioni, S. et al. (2016). Assessing geographical differences in illicit drug consumption – A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 189–199.
- Biemer, P. P. & Wiesen, C. (2002). Measurement error evaluation of self-reported drug use: a latent class analysis of the US National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of the Royal Statistical Society*, 165 (1), 97-119.
- Brown, J., Beard, E., Kotz, D., Michie, S., West, R. (2014). Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction*, 109, 1531–1540.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2318>
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 128). Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (2016). *Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebericht 2015*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

- Bundesministerium für Gesundheit. (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe. Verfügbar unter https://legal-high-inhaltsstoffe.de/sites/default/files/uploads/2015-10-15_refentwurf_npsg-1.pdf.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015a). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015b). *Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2015c). *Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39 (1), 111–127.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739.
- Castro, F. G., Barrington, E. H., Walton, M. A. & Rawson, R. A. (2000). Cocaine and methamphetamine: Differential addiction rates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (4), 390–396.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Effertz, T. (2015). *Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas*. Peter Lang: Frankfurt am Main.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2016). *Europäischer Drogenbericht 2016: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- European Commission (eds.). (2015). Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf (last accessed on 10 November 2016).
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 5 (12), 1670–1681.
- García-Altés, A., Ollé, J. M., Antónanzas, F. & Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97, 1145–1153.
- Gelman, A. & Carlin, J. (2002). Poststratification and weighting adjustments. In R. M. Groves, J. L. Eltinge & R. J. A. Little (Eds.), *Survey nonresponse* (pp. 289–203). New York: John Wiley and Sons.
- Glaeske, G. (2015). Medikamente 2013 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 102–126). Lengerich: Pabst.

- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2014). Trends im Substanzkonsum Jugendlicher: Gibt es regionale Unterschiede? *Sucht*, 60 (3), 163-172.
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. (2015). Does a change over all equal a change in all? Testing for polarized alcohol use within and across socio-economic Groups in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 50 (6), 700-707.
- Gorber, S. C., Schofield-Hurwitz, S., Hardt, J., Levasseur, G. & Tremblay, M. (2009). The accuracy of self-reported smoking: A systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine and Tobacco Research*, 11 (1), 12-24.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5), 607-614.
- Groves, R. M., Fowler, F.-J. Jr., Couper, M. P., Lepkowski, J., Singer, E. & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2nd). New York: John Wiley and Sons.
- Hansen, R. N., Oster, G., Edelsberg, J., Woody, G. E. & Sullivan, S. D. (2011). Economic costs of nonmedical use of prescription opioids. *Clinical Journal of Pain*, 27, 194-202.
- 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.
- Hohmann, N., Mikus, G. & Czock, D. (2014): Effects and risks associated with novel psychoactive substances: mislabeling and sale as bath salts, spice, and research chemicals. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111 (9), 139-47.
- Hummel, K., Hoving, C., Nagelhout, G.E.; de Vries, H., van den Putte, B., Candel, M. J. et al. (2015). Prevalence and reasons for use of electronic cigarettes among smokers: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *International Journal of Drug Policy*, 26, 601-608.
- Ihle, W., Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht* (S. 211-222). Heidelberg: Springer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85 (1), 77-87.
- Kaisar, M. A., Prasad, S., Liles, T. & Cucullo, L. (2016): A Decade of e-Cigarettes. Limited Research & Unresolved Safety Concerns. *Toxicology* <http://dx.doi.org/10.1016/j.tox.2016.07.020>
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R., Schaffrath Rosario, A., Dahm, S., Kuhnert, R. & Kurth, B. M. (2013). Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 620-630.
- Keller, S. (1998): *Zur Validität des Transtheoretischen Modells – Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens* (Dissertation). Universität Marburg. Verfügbar unter <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/html/frame.htm>.

- Khuder, S. A. (2001). Effect of cigarette smoking on major histological types of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer*, 31 (2-3), 139-148.
- Knopf, H. & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 868-877.
- Köberlein-Neu, J., Mennemann, H., Hamacher, S., Waltering, I., Jaehde, U., Schaffer, C. & Rose, O. (2016). Interprofessionelles Medikationsmanagement bei multimorbiden Patienten. Eine Cluster-randomisierte Studie (WestGem-Studie). *Ärzteblatt*, 113, 741-748.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (S. 491-504). Bern: Huber.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 181). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K. D., Frick, H. & Rehm, J. (2015). Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. *European Addiction Research*, 21 (5), 262-272.
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J., & Gomes de Matos, E. (2016). Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Ein Rückblick auf zwei Dekaden. *Sucht*, 62 (5), 283-294.
- Kraus, L., Piontek, D., Seitz, N.-N. & Schoeppe, M. (2016). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern* (IFT-Berichte Bd. 188). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Lampert, T., von der Lippe, E. & Müters, S. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 802-808.
- Levy, D. T., Blackman, K., Currie, L. M. & Mons, U. (2013). Germany SimSmoke: The Effect of Tobacco Control Policies on Future Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in Germany. *Nicotine and Tobacco Research*, 15(2), 465-473.
- Manning, W. G., Basu, A. & Mullahy, J. (2005). Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. *Journal of Health Economics*, 24 (3), 465-488.
- Manning, W. G. & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20 (4), 461-494.
- Mark, T. L., Woody, G. E., Juday, T. & Kleber, H. D. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 195-206.
- Marrero, J. A., Fontana, R. J., Fu, S., Conjeevaram, H. S., Su, G. L., & Lok, A. S. (2005). Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, 42(2), 218-224.

- Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U., Schäfer, I. (2014). *Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.
- Mons, U. (2011). Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern-Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Das Gesundheitswesen*, 73, 238–246.
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 72 (12), 886–894. DOI: 10.1055/s-0029-1243212.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., Koenig, H. H., Buesch, K. & Leidl, R. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: Update and a 10-year comparison. *Tobacco Control*, 15, 464–471.
- Noble, N., Paul, C., Turon, H. & Oldmeadow, C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Preventive Medicine*, 81, 16–41.
- Nowak, D., Jörres, R. A. & Rüther, T. (2014). E-cigarettes—prevention, pulmonary health, and addiction. *Deutsches Ärzteblatt international*, 111, 349–355.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. (2015). *Tackling harmful alcohol use: Economics and public health policy*. Doi: 10.1787/9789264181069-en.
- Orth, B. & Töppich, J. (2015). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59, 321–331.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2015). *Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland, Workbook Drogen* München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Atzendorf, J. (2016). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Studiendesign und Methodik. *Sucht*, 62 (5), 259–269.
- Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Pabst, A. & Kraus, L. (2014). *Sekundäranalysen im Rahmen des BMG-Projekts „Missbrauch von Amphetaminen in Deutschland: Studie zur Motivation und zu den Konsumgewohnheiten von missbräuchlich Amphetaminkonsumierenden“*, München: IFT Institut für Therapieforschung.

- Prabhu, A., Obi, K. O. & Rubenstein, J. H. (2014). The synergistic effects of alcohol and tobacco consumption on the risk of esophageal squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, 109 (6), 822.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E. et al. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 832-844.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T. et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105, 817-843.
- Rehm, J., Room, R. & Taylor, B. (2008). Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 141-151.
- Richter, M., Pförtner, T. K., Lampert, T. & HBSC-Team Deutschland (2012). Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 74 (Suppl 1), 42-48.
- Robert Koch-Institut. (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Institut
- Schlack, R., Hapke, U., Maske, U. E., Busch, M. A. & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 740-748.
- Schwabe, U., & Paffrath, D. (2015). *Arzneiverordnungs-Report 2015*. Berlin: Heidelberg.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205-208). Geesthacht: Neuland.
- Shield, K. D., Rehm, M., Patra, J., Sornpaisarn, B. & Rehm, J. (2012). Global and country specific adult per capita consumption of alcohol, 2008. *Sucht*, 57, 99-117.
- Simon, R. (2016). Prohibition, Legalisierung, Dekriminalisierung: Diskussion einer Neugestaltung des Cannabisrechts. *Sucht*, 62, 43-50.
- Smyth, A., Teo, K. K., Rangarajan, S., O'Donnell, M., Zhang, X., Rana, P. et al. (2015). Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: A prospective cohort study. *Lancet*, 386, 1945-1954.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Demographische Standards Ausgabe 2010* (Statistik und Wissenschaft, Band 17). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stockwell, T., Zhao, J., Greenfield, T., Li, J., Livingston, M. & Meng, Y. (2016). Estimating under- and over-reporting of drinking in national surveys of alcohol consumption: Identification of consistent biases across four English-speaking countries. *Addiction*, 111 (7), 1203-1213.
- Tretter, F. & Kraus, L. (2004). Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen. *Sucht*, 50, 5-7.

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *2014 Global Synthetic Drugs Assessment*. United Nations publication, Sales No. E.14.XI.6.
- 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.
- Werse, B. (2013, Februar). „Legal Highs“/ Neue psychoaktive Substanzen (NPS) – Verbreitung, Konsummotive, politischer Diskurs. Fachtagung des Deutschen Ordens - Machtlose Helfer? – „Legal Highs“ und ihre Folgen für die stationäre Suchthilfe.
- Werse, B., Kamphausen, G., Egger, D., Sarvari, L. & Müller, D. (2015). *MoSyD Jahresbericht 2014. Drogen-trends in Frankfurt am Main*. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research.
- Werse, B. & Morgenstern, C. (2015). Der Trend geht zur Reinsubstanz - Entwicklungen im Konsum von "Legal Highs"/neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) auf Basis zweier Online-Befragungen. *Suchttherapie*, 16 (1), 36-41.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A. et al. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Health Organization (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: World Health Organization.

Anhang: Inhaltsverzeichnis

Anhang 1	Tabak.....	187
1.1	Prävalenz des täglichen Rauchens in den letzten 30 Tagen (Konsumenten).....	187
1.2	Prävalenzen und Hochrechnungen	188
Anhang 2	Alkohol	189
2.1	Prävalenzen und Hochrechnungen	189
Anhang 3	Illegale Drogen	191
3.1	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen.....	191
3.2	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Pilzen.....	192
3.3	Prävalenzen und Hochrechnungen	193
Anhang 4	Medikamente.....	195
4.1	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments	195
4.2	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln	197
4.3	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern	199
4.4	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva	201
4.5	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika	203
4.6	Prävalenzen und Hochrechnungen	205
Anhang 5	Fragebogen	207

Anhang: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1:	30-Tage-Prävalenz des täglichen Rauchens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)	187
Tabelle 1-2:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]	188
Tabelle 2-1:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall].....	189
Tabelle 3-1:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen nach Alter und Bundesland.....	191
Tabelle 3-2:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Pilzen nach Alter und Bundesland.....	192
Tabelle 3-3:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall].....	193
Tabelle 4-5:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland.....	196
Tabelle 4-1:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland.....	198
Tabelle 4-2:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland.....	200
Tabelle 4-3:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland.....	202
Tabelle 4-4:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland.....	204
Tabelle 4-6:	Prävalenzen und Hochrechnungen des Schmerzmittelgebrauchs und des klinisch relevanten Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]	205

Anhang: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1:	30-Tage-Prävalenz des täglichen Rauchens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)	187
Abbildung 3-1:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen nach Geschlecht und Bundesland.....	191
Abbildung 3-2:	12-Monats-Prävalenz des Konsums von Pilzen nach Geschlecht und Bundesland.....	192
Abbildung 4-1:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	195
Abbildung 4-2:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)	197
Abbildung 4-3:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	199
Abbildung 4-4:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	201
Abbildung 4-5:	Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige).....	203

Anhang 1 Tabak

1.1 Prävalenz des täglichen Rauchens in den letzten 30 Tagen (Konsumenten)

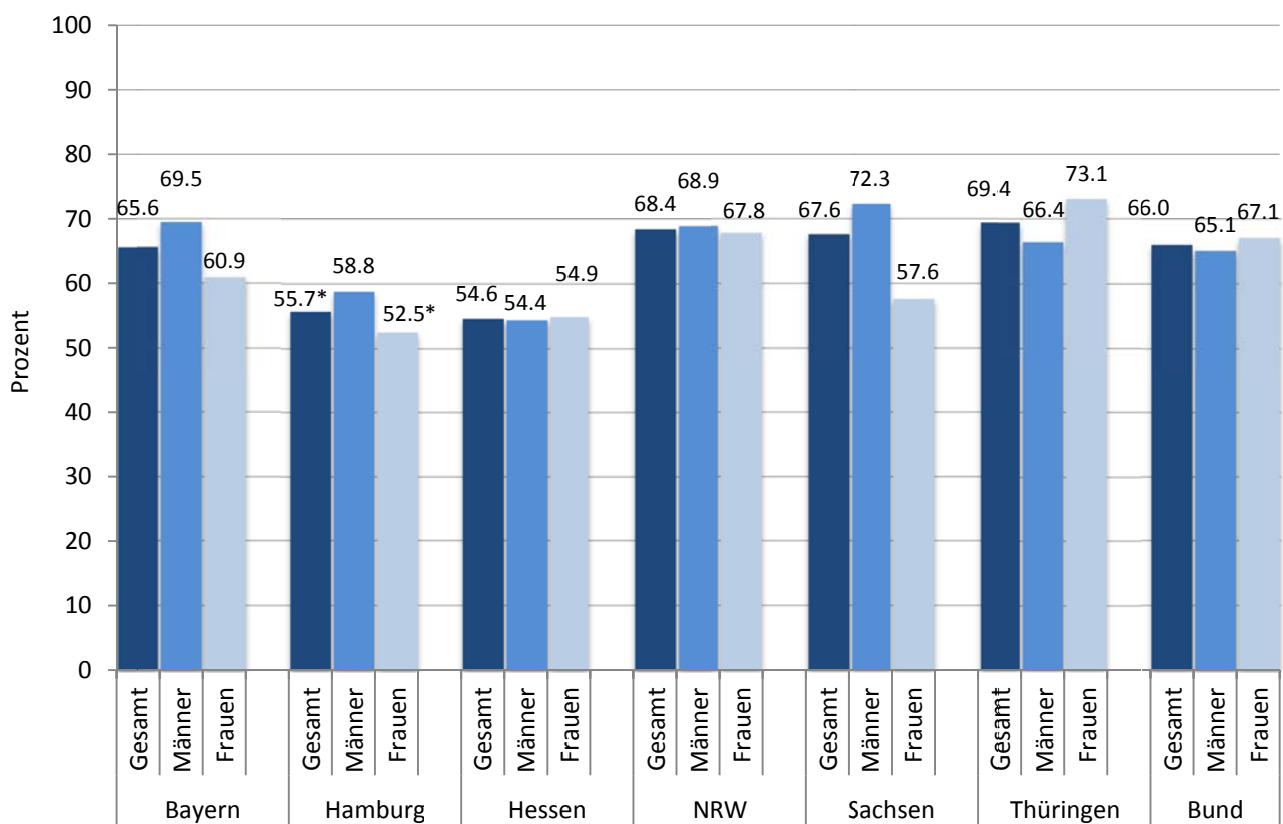


Abbildung 1-1: 30-Tage-Prävalenz des täglichen Rauchens nach Geschlecht und Bundesland (Konsumenten)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

Tabelle 1-1: 30-Tage-Prävalenz des täglichen Rauchens nach Alter und Bundesland (Konsumenten)

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	~	-	-
18-24	52.9	~	59.1	51.7	63.2	57.2	55.9
25-39	56.7	43.1*	46.4	68.6	57.2	66.1	61.0
40-59	73.1	69.6	57.8	70.9	72.9	72.9	70.4
60-64	~	~	~	~	~	~	75.5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen ($n < 50$). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

1.2 Prävalenzen und Hochrechnungen

Tabelle 1-2: Prävalenzen und Hochrechnungen des Tabakkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
30-Tage-Prävalenz des starken Konsums						
Bayern	4.5 [3.1; 6.6]	363,000 [250,000; 532,000]	6.7 [4.5; 9.8]	273,000 [183,000; 399,000]	2.4 [1.2; 4.6]	96,000 [48,000; 184,000]
Hamburg	4.5 [3.3; 6.1]	52,000 [38,000; 70,000]	5.3 [3.4; 8.1]	30,000 [19,000; 46,000]	3.7 [2.7; 5.2]	21,000 [16,000; 30,000]
Hessen	4.8 [3.1; 7.3]	185,000 [119,000; 281,000]	6.8 [4.2; 11.0]	131,000 [81,000; 212,000]	2.7 [1.2; 6.4]	52,000 [23,000; 123,000]
Nordrhein-Westfalen	6.5 [4.8; 8.7]	720,000 [531,000; 963,000]	7.8 [5.3; 11.4]	432,000 [294,000; 632,000]	5.1 [3.6; 7.4]	282,000 [199,000; 409,000]
Sachsen	7.0 [4.9; 9.9]	178,000 [124,000; 251,000]	11.7 [8.0; 17.0]	153,000 [105,000; 222,000]	1.9 [1.2; 2.9]	23,000 [15,000; 36,000]
Thüringen	5.5 [3.9; 7.7]	73,000 [52,000; 103,000]	7.2 [4.9; 10.5]	49,000 [34,000; 72,000]	3.7 [1.4; 9.1]	24,000 [9,000; 59,000]
12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum nach FTND						
Bayern	7.1 [5.5; 9.2]	573,000 [444,000; 742,000]	8.1 [5.9; 11.0]	330,000 [240,000; 448,000]	6.2 [4.2; 8.9]	248,000 [168,000; 356,000]
Hamburg	8.6 [7.2; 10.2]	99,000 [83,000; 117,000]	7.5 [4.7; 11.7]	43,000 [27,000; 67,00]	9.6 [7.7; 11.9]	55,000 [44,000; 69,000]
Hessen	8.1 [5.9; 11.2]	312,000 [227,000; 431,000]	11.0 [7.3; 16.1]	212,000 [141,000; 311,000]	5.4 [3.1; 9.2]	104,000 [59,000; 176,000]
Nordrhein-Westfalen	11.5 [9.4; 14.1]	1,273,000 [1,041,000; 1,561,000]	13.7 [10.4; 17.8]	759,000 [577,000; 987,000]	9.4 [7.1; 12.5]	520,000 [393,000; 691,000]
Sachsen	9.3 [7.1; 12.2]	236,000 [180,000; 310,000]	14.2 [10.4; 19.1]	185,000 [136,000; 249,000]	4.2 [2.6; 6.6]	52,000 [32,000; 81,000]
Thüringen	8.9 [6.4; 12.3]	119,000 [85,000; 164,000]	10.8 [7.4; 15.6]	74,000 [51,000; 107,000]	6.9 [3.9; 11.9]	45,000 [25,000; 77,000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes vom 31.12.2014. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Sachsen). FTND: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit.

Anhang 2 Alkohol

2.1 Prävalenzen und Hochrechnungen

Tabelle 2-1: Prävalenzen und Hochrechnungen des Alkoholkonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
30-Tage-Prävalenz des riskanten Konsums						
Bayern	16.6 [14.0; 19.6]	1,339,000 [1,129,000; 1,581,000]	19.2 [15.5; 23.5]	781,000 [631,000; 956,000]	13.9 [11.2; 17.2]	555,000 [447,000; 687,000]
Hamburg	16.1 [14.6; 17.7]	185,000 [168,000; 203,000]	13.8 [11.1; 16.9]	79,000 [63,000; 96,000]	18.4 [14.5; 23.0]	106,000 [84,000; 133,000]
Hessen	16.5 [13.1; 20.5]	635,000 [504,000; 789,000]	19.8 [13.9; 27.5]	382,000 [268,000; 531,000]	13.3 [9.8; 17.7]	255,000 [188,000; 340,000]
Nordrhein-Westfalen	13.0 [11.2; 15.1]	1,439,000 [1,240,000; 1,672,000]	13.6 [10.7; 17.3]	754,000 [593,000; 959,000]	12.4 [10.2; 15.0]	686,000 [564,000; 829,000]
Sachsen	20.8 [18.8; 22.9]	528,000 [477,000; 581,000]	27.2 [23.8; 30.8]	355,000 [311,000; 402,000]	14.0 [11.8; 16.6]	173,000 [145,000; 205,000]
Thüringen	19.1 [16.9; 21.5]	255,000 [225,000; 287,000]	23.4 [19.8; 27.4]	161,000 [136,000; 188,000]	14.5 [11.8; 17.7]	94,000 [76,000; 114,000]
12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum nach AUDIT						
Bayern	17.4 [15.1; 20.0]	1,403,000 [1,218,000; 1,613,000]	25.5 [22.4; 28.9]	1,038,000 [912,000; 1,176,000]	9.2 [7.2; 11.8]	368,000 [288,000; 471,000]
Hamburg	21.4 [19.2; 23.7]	246,000 [221,000; 272,000]	27.9 [22.3; 34.2]	159,000 [127,000; 195,000]	14.9 [12.2; 18.1]	86,000 [70,000; 105,000]
Hessen	20.0 [16.6; 23.8]	770,000 [639,000; 916,000]	32.6 [26.5; 39.3]	630,000 [512,000; 759,000]	7.3 [5.6; 9.5]	140,000 [107,000; 182,000]
Nordrhein-Westfalen	19.5 [17.3; 21.7]	2,159,000 [1,915,000; 2,403,000]	28.3 [24.5; 32.4]	1,569,000 [1,358,000; 1,796,000]	10.6 [8.5; 13.0]	586,000 [470,000; 719,000]
Sachsen	19.4 [17.3; 21.6]	493,000 [439,000; 548,000]	31.6 [27.9; 35.5]	413,000 [364,000; 464,000]	6.6 [5.4; 7.9]	81,000 [67,000; 97,000]
Thüringen	19.6 [16.9; 22.6]	261,000 [225,000; 301,000]	29.5 [25.6; 33.7]	203,000 [176,000; 232,000]	9.0 [5.9; 13.3]	58,000 [38,000; 86,000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes vom 31.12.2014. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Sachsen). AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

Anhang 3 Illegale Drogen

3.1 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen

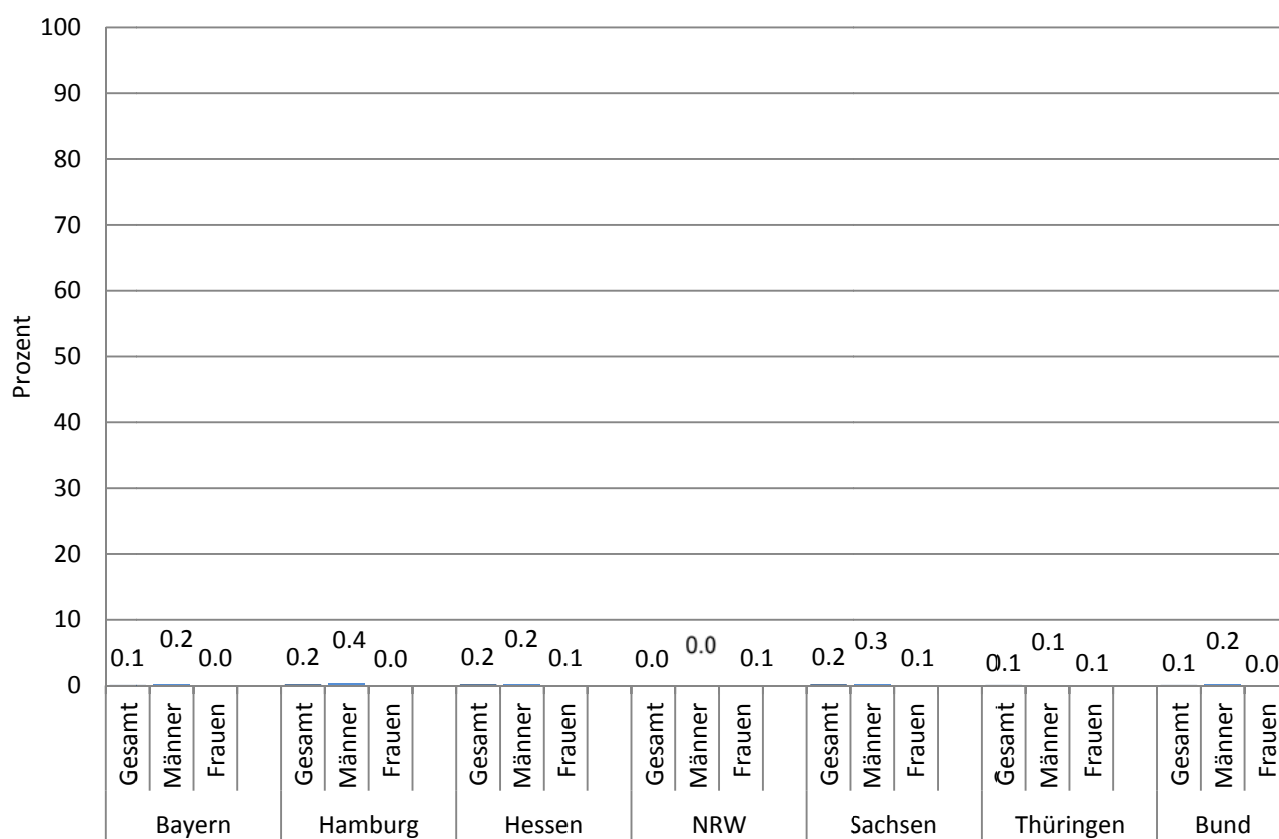


Abbildung 3-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen nach Geschlecht und Bundesland

Tabelle 3-1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Inhalanzen nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.0	-	-
18-24	0.5	0.0	0.0	0.3	1.8	0.3	0.2
25-39	0.1	0.2	0.3	0.0	0.0	0.3	0.0
40-59	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben.

3.2 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Pilzen

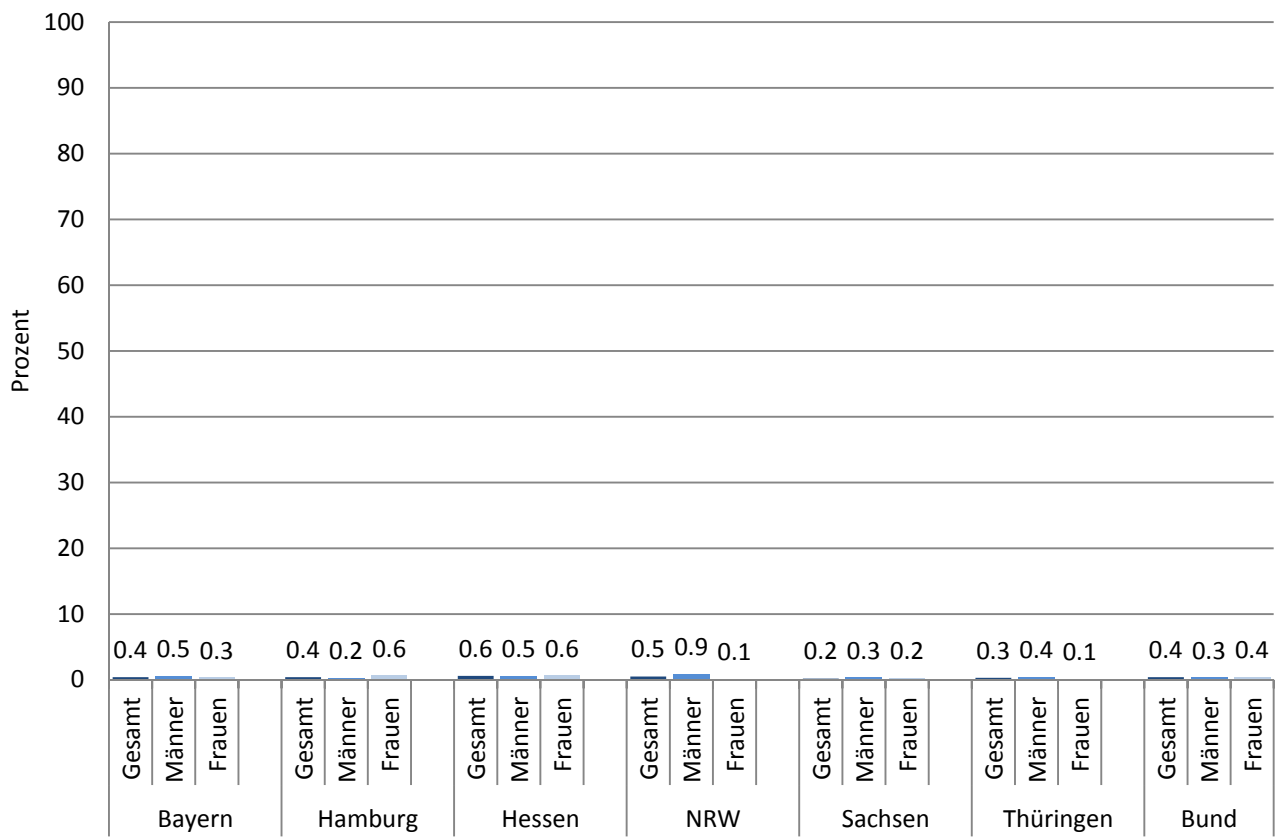


Abbildung 3-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Pilzen nach Geschlecht und Bundesland

Tabelle 3-2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Pilzen nach Alter und Bundesland

	Bayern	Hamburg	Hessen	NRW	Sachsen	Thüringen	Bund
15-17	-	-	-	-	0.2	-	-
18-24	2.4	0.3*	1.4	1.2	1.5	1.9	1.5
25-39	0.1	0.3*	0.2	0.3	0.2	0.4	0.0
40-59	0.1	0.6	0.7	0.5	0.0	0.0	0.3
60-64	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen: -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit Bund-Werten.

3.3 Prävalenzen und Hochrechnungen

Tabelle 3-3: Prävalenzen und Hochrechnungen des Cannabiskonsums nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
12-Monats-Prävalenz des Konsums						
Bayern	5.9	476,000	7.2	293,000	4.7	188,000
	[4.8; 7.3]	[387,000; 589,000]	[5.4; 9.6]	[220,000; 391,000]	[3.5; 6.2]	[140,000; 248,000]
Hamburg	11.4	131,000	13.9	79,000	8.8	51,000
	[9.4; 13.7]	[108,000; 157, 000]	[10.1; 18.9]	[58,000; 108,000]	[7.2; 10.9]	[42,000; 63,000]
Hessen	5.4	208,000	6.8	131,000	3.9	75,000
	[4.2; 6.9]	[162,000; 266,000]	[5.1; 9.1]	[98,000; 176,000]	[2.6; 5.9]	[50,000; 113,000]
Nordrhein-Westfalen	5.9	653,000	7.6	421,000	4.2	232,000
	[4.7; 7.4]	[520,000; 819,000]	[5.6; 10.2]	[310,000; 565,000]	[3.2; 5.6]	[177,000; 310,000]
Sachsen	5.7	145,000	8.1	106,000	3.2	39,000
	[4.2; 7.7]	[107,000; 196,000]	[5.9; 11.1]	[77,000; 145,000]	[2.1; 4.8]	[26,000; 59,000]
Thüringen	4.1	55,000	5.5	38,000	2.7	17,000
	[3.0; 5.7]	[40,000; 76,000]	[3.9; 7.9]	[27,000; 54,000]	[1.9; 3.8]	[12,000; 25,000]
12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Konsum nach SDS						
Bayern	1.2	97,000	1.5	61,000	0.8	32,000
	[0.8; 1.7]	[65,000; 137,000]	[1.0; 2.5]	[41,000; 102,000]	[0.4; 1.5]	[16,000; 60,000]
Hamburg	2.4	28,000	2.3	13,000	2.5	14,000
	[1.6; 3.5]	[18,000; 40,000]	[1.7; 3.1]	[10,000; 18,000]	[0.9; 6.5]	[5,000; 38,000]
Hessen	1.0	38,000	1.1	21,000	0.8	15,000
	[0.5; 2.0]	[19,000; 77,000]	[0.5; 2.6]	[10,000; 50,000]	[0.2; 2.7]	[4,000; 52,000]
Nordrhein-Westfalen	1.0	111,000	1.3	72,000	0.6	33,000
	[0.6; 1.6]	[66,000; 177,000]	[0.7; 2.4]	[39,000; 133,000]	[0.3; 1.3]	[17,000; 72,000]
Sachsen	1.4	36,000	2.5	33,000	0.3	4,000
	[0.8; 2.5]	[20,000; 63,000]	[1.3; 4.6]	[17,000; 60,000]	[0.1; 0.8]	[1,000; 10,000]
Thüringen	0.5	7,000	0.6	4,000	0.5	3,000
	[0.3; 0.9]	[4,000; 12,000]	[0.3; 1.2]	[2,000; 8,000]	[0.3; 0.9]	[2,000; 6,000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes vom 31.12.2014. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Sachsen). SDS: Severity of Dependence Scale.

Anhang 4 Medikamente

4.1 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments

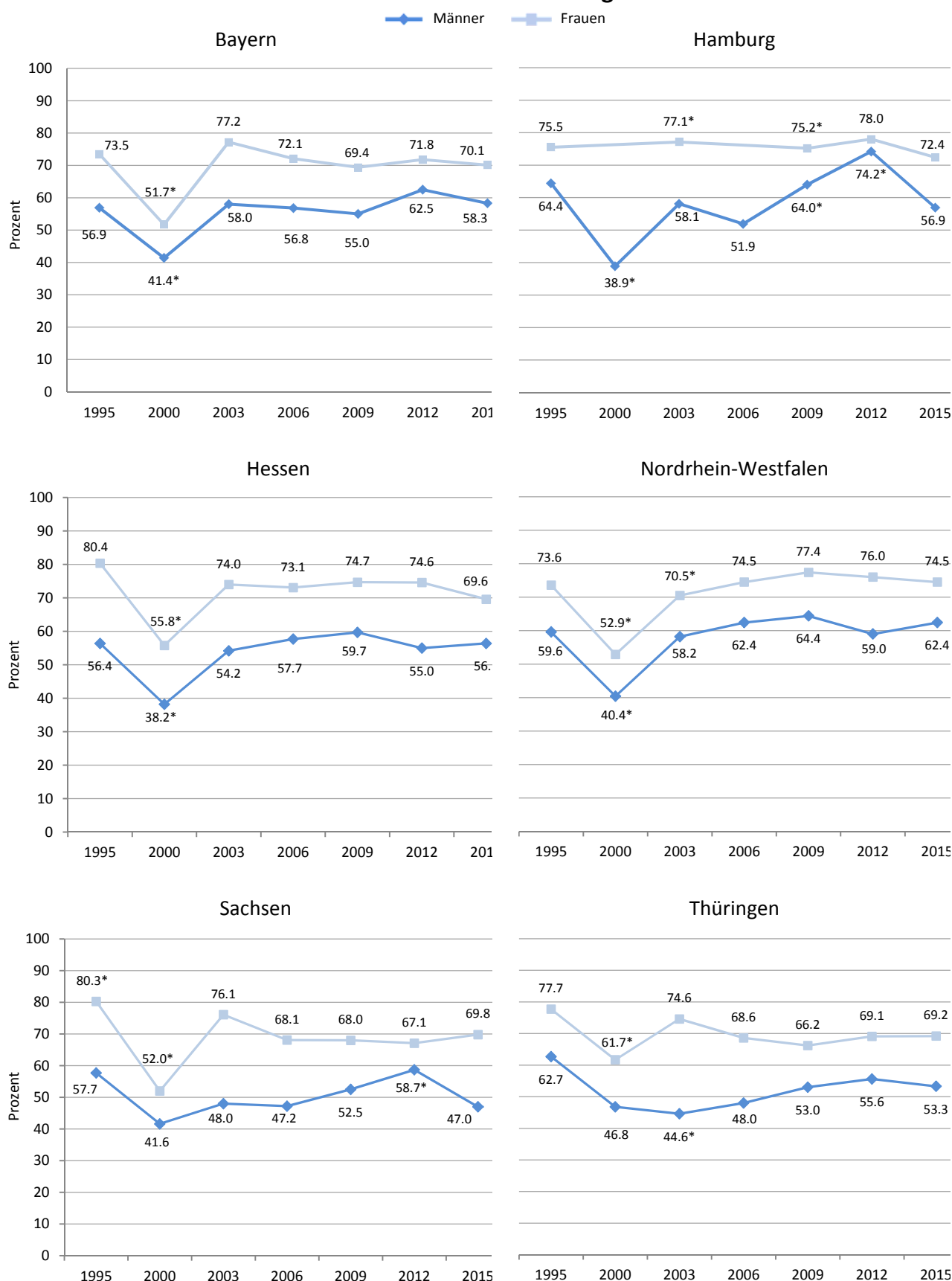


Abbildung 4-1: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs irgendeines Medikaments nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-1: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs mindestens eines Medikaments nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	55.2	-	44.2*	65.7	66.8	60.8	66.0	59.5
25-39	63.7	-	43.3*	69.3	66.3	67.9	72.0	68.4
40-59	69.3	-	50.8*	65.9	62.6	58.9	64.6	62.8
60-64	-	-	-	-	56.7	50.9	47.5	52.2
Hamburg								
18-24	~	-	~	69.9*	~	66.5*	~	51.0
25-39	59.8*	-	40.0*	70.5	~	70.8	74.4	70.9
40-59	80.7	-	54.3*	64.2	44.9*	69.2*	77.6*	63.3
60-64	-	-	-	-	~	54.9	~	49.5
Hessen								
18-24	56.6	-	48.6	61.9	60.9	71.3*	61.9	58.7
25-39	67.1	-	46.3*	68.5	76.3	60.6	64.1	67.2
40-59	73.2*	-	45.0*	60.8	58.5	69.6*	64.3	61.4
60-64	-	-	-	-	64.7	~	59.3	51.8
NRW								
18-24	57.3	-	42.5*	67.4	67.8	72.5*	66.3	63.9
25-39	68.6	-	46.2*	65.1*	76.4	75.9	67.6	73.0
40-59	67.9	-	47.9*	62.5	63.7	67.5	66.8	67.0
60-64	-	-	-	-	51.9	50.0	54.0	54.3
Sachsen								
18-24	~	-	43.9*	57.5	71.2	62.4	68.1	58.9
25-39	63.3	-	48.7*	68.9	63.1	61.6	68.9	61.3
40-59	76.2*	-	46.1*	55.8	49.2	58.2	58.5	55.7
60-64	-	-	-	-	61.0	47.4	41.8	47.4
Thüringen								
18-24	~	-	~	60.6	~	67.3	65.9	59.7
25-39	69.3	-	52.8*	61.2	59.7	58.2	66.9*	60.1
40-59	77.4*	-	57.5	58.6	57.7	56.8	58.6	61.7
60-64	-	-	-	-	~	~	47.0	42.6

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.2 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln

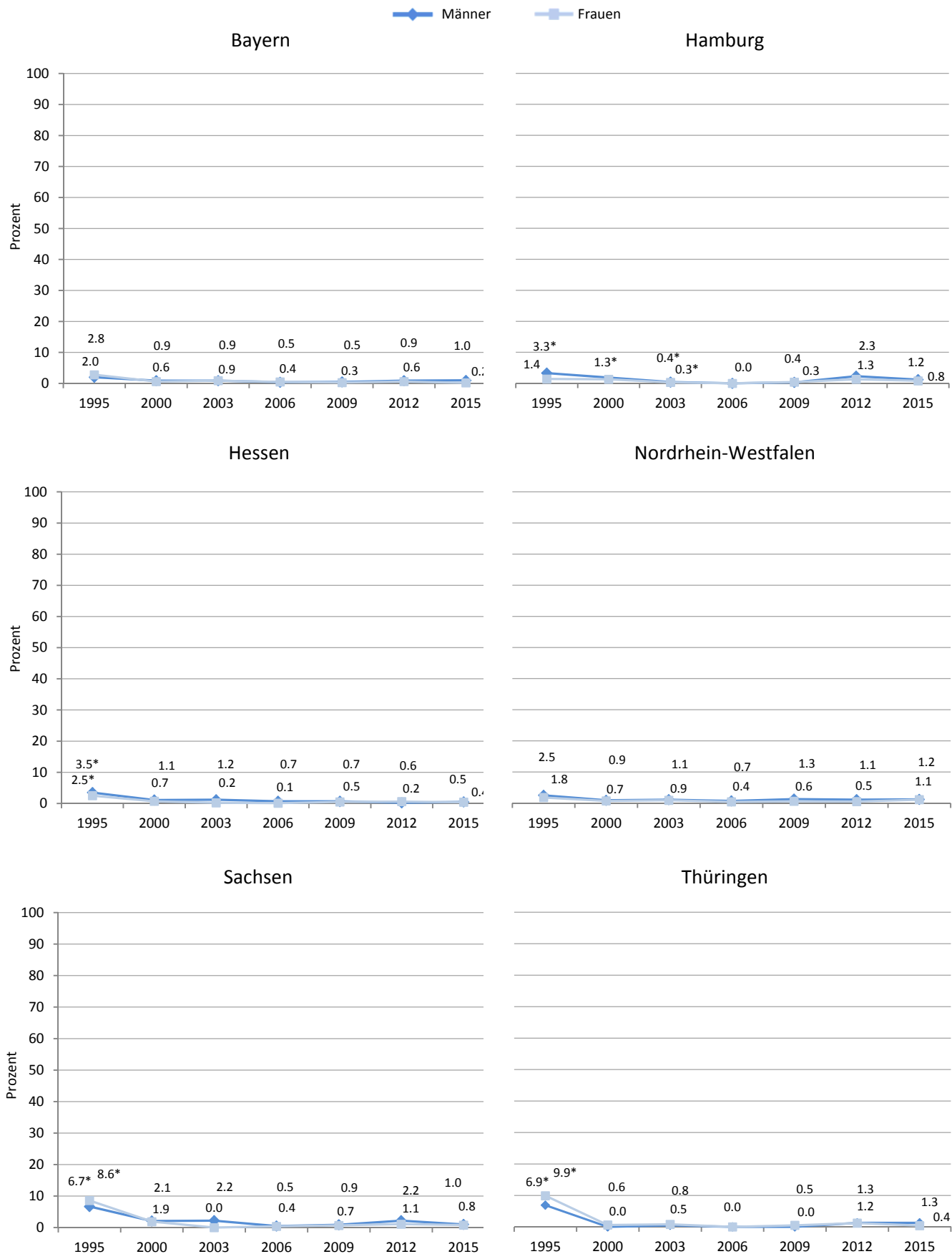


Abbildung 4-2: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-2: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Anregungsmitteln nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	2.7	-	1.0	1.7	0.9	0.2	1.6	1.8
25-39	2.1*	-	1.0*	0.4	0.5	0.5	0.6	0.3
40-59	2.5	-	0.4	1.1	0.3	0.4	0.6	0.5
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamburg								
18-24	~	-	~	0.3	~	1.0	~	0.4
25-39	3.2	-	0.0	0.7*	~	0.4	4.1	1.4
40-59	1.5	-	1.5	0.0	0.0	0.1	0.0	0.8
60-64	-	-	-	-	~	0.0	~	1.6
Hessen								
18-24	2.1	-	2.0	0.0	0.4*	1.5	1.9	2.5
25-39	3.2	-	0.6	0.8	0.0	0.0	0.4	0.4
40-59	3.1	-	1.0	0.8	0.7	0.6	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	1.5	~	0.0	0.9
NRW								
18-24	2.0	-	1.0	1.7	1.5	0.9	2.0	1.9
25-39	1.8	-	0.6	0.5	0.5	0.6	1.3	1.2
40-59	2.5	-	1.0	1.2	0.4	1.2	0.2*	0.9
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.5	0.0
Sachsen								
18-24	~	-	1.1	0.0	2.8	0.5	2.7	1.0
25-39	6.7*	-	0.5	1.6	0.0	1.3	4.3*	1.1
40-59	8.8*	-	3.5	1.2	0.0	0.5	0.0	0.8
60-64	-	-	-	-	0.0	0.7	0.0	0.0
Thüringen								
18-24	~	-	~	1.9	~	1.4	2.0	2.0
25-39	4.9*	-	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.0
40-59	13.6*	-	0.6	0.9	0.0	0.0	1.1	0.5
60-64	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.3 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern

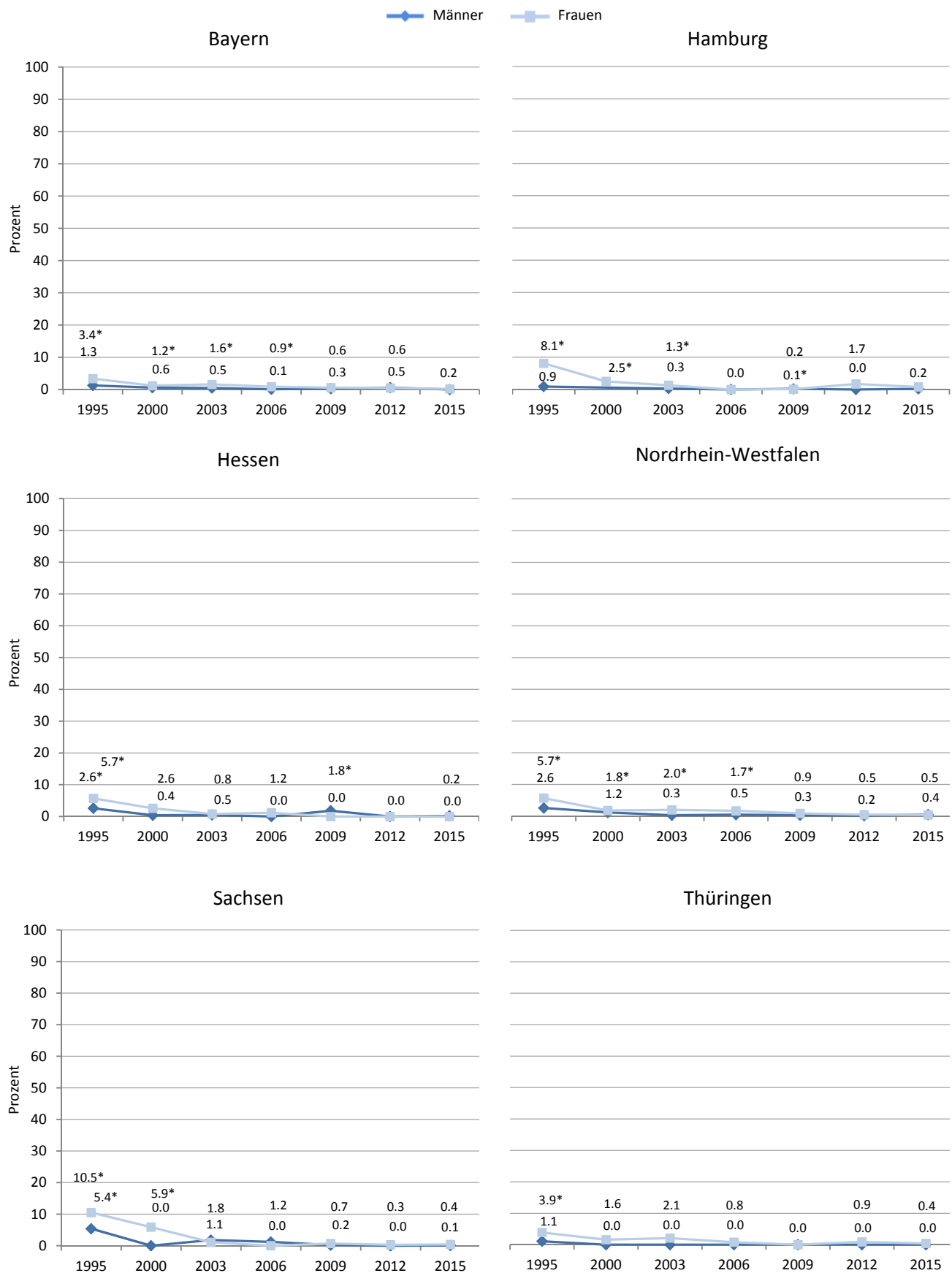


Abbildung 4-3: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: Im Jahr 1997 wurde der Gebrauch nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-3: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Appetitzüglern nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	1.5	-	1.4	0.8	0.0	0.6	0.9	0.2
25-39	1.8*	-	0.9	1.4	0.7	0.4	0.7	0.1
40-59	3.1*	-	0.8*	0.8*	0.5*	0.5	0.4	0.1
60-64	-	-	-	-	0.6	0.0	0.0	0.0
Hamburg								
18-24	~	-	~	1.7*	~	0.3	~	0.4
25-39	4.5*	-	0.0	0.6	~	0.3	2.6*	0.4
40-59	3.7*	-	3.0*	0.7*	0.0	0.0	0.0	0.6
60-64	-	-	-	-	~	0.0	~	0.0
Hessen								
18-24	4.2	-	0.0	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0
25-39	4.6*	-	1.8*	0.9	0.7	0.8	0.0	0.4
40-59	3.7	-	1.4	0.5	0.3	1.2	0.0	0.0
60-64	-	-	-	-	1.5	~	0.0	0.8
NRW								
18-24	2.0	-	2.1	0.8	2.5*	0.5	0.3	0.5
25-39	4.3*	-	1.0	0.9	0.5	1.0	0.3	0.4
40-59	4.6*	-	1.8	1.4	1.1	0.4	0.4	0.4
60-64	-	-	-	-	0.4	0.7	0.5	0.0
Sachsen								
18-24	~	-	2.2	0.0	1.6	1.2	1.1	0.3
25-39	8.1*	-	4.3*	2.2*	0.0	0.5	0.0	0.2
40-59	8.0*	-	1.9	1.3	0.7	0.2	0.0	0.2
60-64	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
Thüringen								
18-24	~	-	~	1.3	~	0.0	0.8	0.0
25-39	3.5*	-	0.9	1.0	0.0	0.0	0.6	0.3
40-59	2.5	-	0.8	1.0	0.0	0.0	0.2	0.1
60-64	-	-	-	-	~	~	0.0	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.4 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva

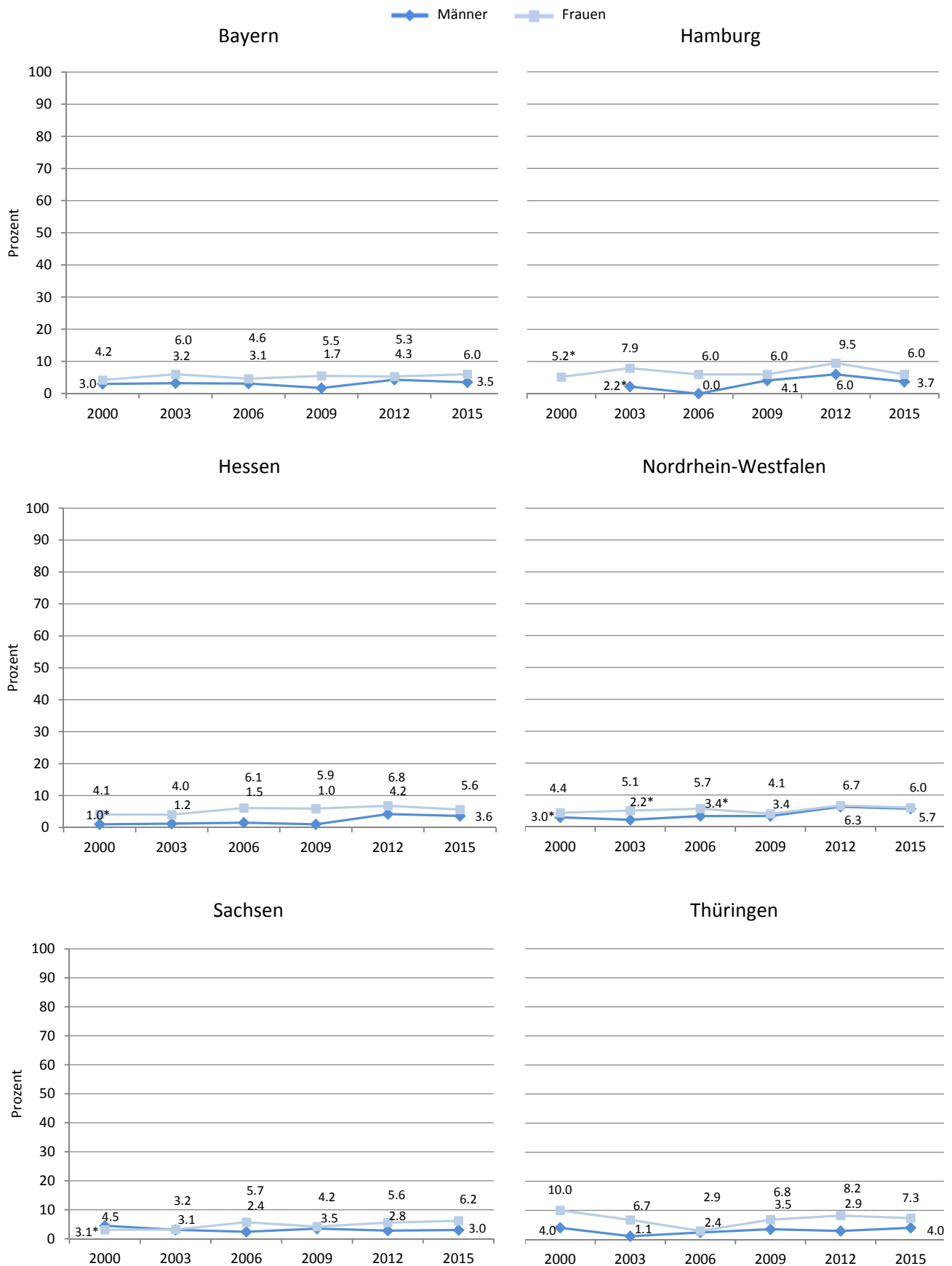


Abbildung 4-4: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-4: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Antidepressiva nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	-	-	1.7	1.1	3.0	1.2	1.4	2.1
25-39	-	-	2.7	2.7	2.4	3.6	3.9	4.0
40-59	-	-	5.2	7.0	5.0	4.2	6.2	5.9
60-64	-	-	-	-	8.9	5.0	6.4	7.1
Hamburg								
18-24	-	-	~	3.5*	~	1.6	~	2.0
25-39	-	-	0.0	6.1	~	3.7	3.4	4.5
40-59	-	-	5.9	4.4*	4.4	6.8	11.3	5.9
60-64	-	-	-	-	~	6.4	~	6.0
Hessen								
18-24	-	-	0.0	2.4	3.4	1.6	0.8	0.9
25-39	-	-	1.4*	0.3*	2.5	3.1	5.0	4.8
40-59	-	-	3.8	4.3	4.5	4.1	6.8	5.5
60-64	-	-	-	-	9.3	~	8.7	4.5
NRW								
18-24	-	-	2.3	1.9	1.9	1.2	3.5	2.6
25-39	-	-	3.6	2.1*	3.9	2.5	4.8	5.2
40-59	-	-	4.1*	5.2*	5.6	5.1	8.2	7.1
60-64	-	-	-	-	3.2	6.4	8.2	8.0
Sachsen								
18-24	-	-	0.0	1.3	1.6	1.4	5.0	2.5
25-39	-	-	1.9	3.1	2.2	3.3	2.1	3.4
40-59	-	-	6.6	3.7	6.3	4.8	5.1	5.7
60-64	-	-	-	-	12.9*	7.2	3.6	5.1
Thüringen								
18-24	-	-	~	2.7	~	2.8	0.8	1.4
25-39	-	-	6.0	2.6	2.1	2.1	3.3	3.8
40-59	-	-	9.2	5.5	3.6	7.1	7.5	7.3
60-64	-	-	-	-	~	~	11.0*	3.5

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.5 Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika

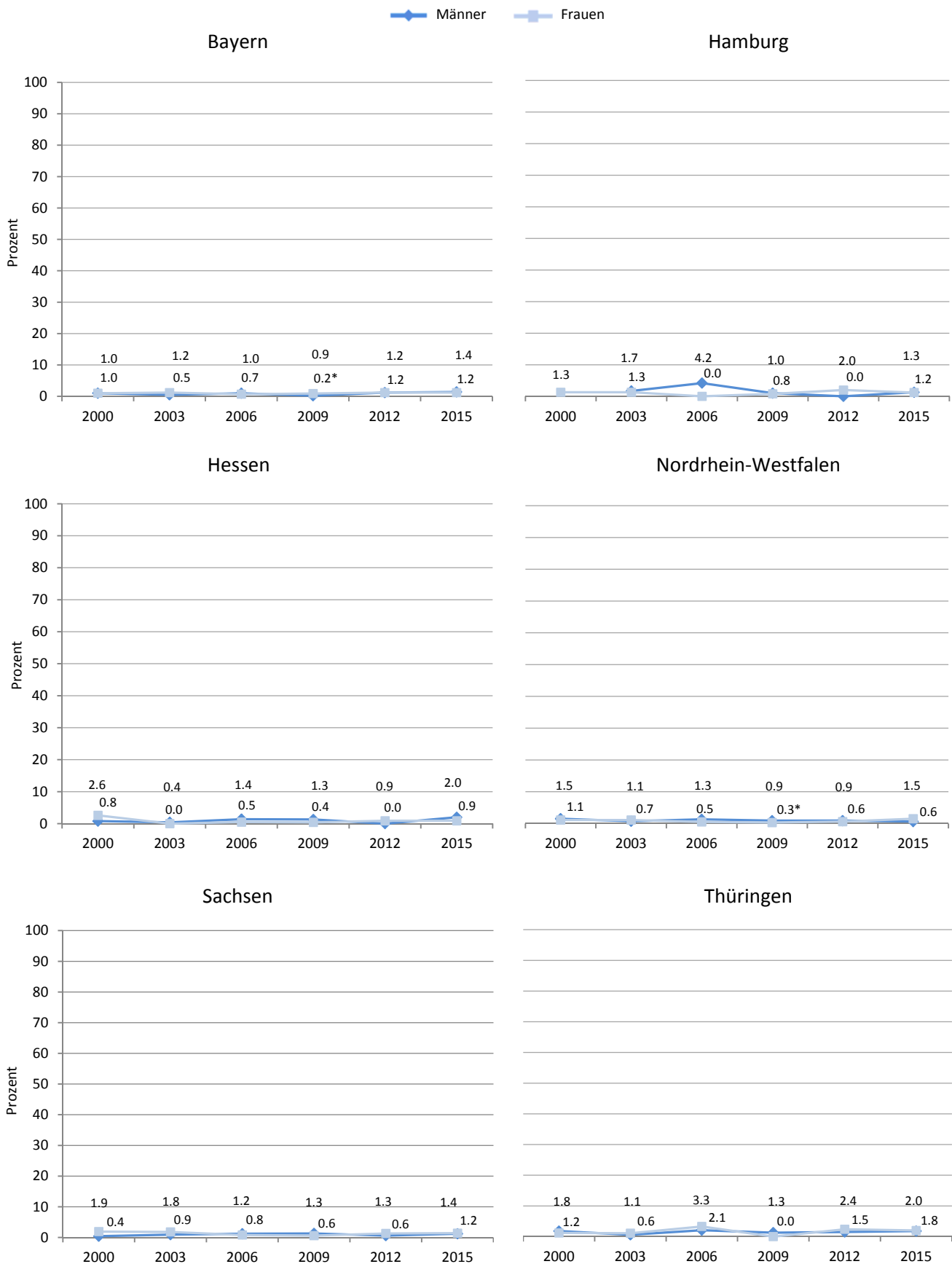


Abbildung 4-5: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Geschlecht und Bundesland (18-59-Jährige)

Anmerkungen: *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

Tabelle 4-5: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Gebrauchs von Neuroleptika nach Alter und Bundesland

	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Bayern								
18-24	-	-	1.9	0.8	0.6	0.0	0.3	0.9
25-39	-	-	0.5	0.8	0.9	0.2	1.1	0.7
40-59	-	-	1.2	0.9*	0.9*	0.8	1.5	1.8
60-64	-	-	-	-	0.0	0.6	1.3	0.0
Hamburg								
18-24	-	-	~	1.1	~	0.3	~	1.4
25-39	-	-	0.0	1.7*	~	0.8	1.5	0.8
40-59	-	-	1.5*	1.5*	1.6	1.1	1.0	1.5
60-64	-	-	-	-	~	1.9	~	0.0
Hessen								
18-24	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8
25-39	-	-	1.8	0.0	2.2	0.6	0.5	1.4
40-59	-	-	1.8	0.4	0.5	1.2	0.3	1.7
60-64	-	-	-	-	0.0	~	1.3	0.8
NRW								
18-24	-	-	0.4	0.7	0.7	0.5	0.6	0.6
25-39	-	-	0.9	0.6	0.7	0.4	0.8	0.9
40-59	-	-	1.9	1.2	1.1	0.7	0.8	1.3
60-64	-	-	-	-	0.8	0.7	2.8	1.6
Sachsen								
18-24	-	-	0.0	0.0	1.6	0.7	0.0	1.4
25-39	-	-	0.5	0.8	0.0	0.9	0.6	0.7
40-59	-	-	2.1	2.1	1.6	1.2	1.3	1.6
60-64	-	-	-	-	2.3	2.9	0.0	1.5
Thüringen								
18-24	-	-	~	1.4	~	0.0	1.6	0.0
25-39	-	-	1.4	0.7	1.9	0.0	1.0	1.3
40-59	-	-	2.0	0.8	3.7	1.3	2.5	2.6
60-64	-	-	-	-	~	~	3.7	0.0

Anmerkungen: ~) Keine Berechnung der Werte aufgrund geringer Fallzahlen (n < 50). -) Wurde nicht erhoben. *) $p < 0.05$ für Vergleich mit dem Jahr 2015.

4.6 Prävalenzen und Hochrechnungen

Tabelle 4-6: Prävalenzen und Hochrechnungen des Schmerzmittelgebrauchs und des klinisch relevanten Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Bundesland, Prozent bzw. Anzahl [95 %-Konfidenzintervall]

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung	Prävalenz	Hochrechnung
30-Tage-Prävalenz des wöchentlichen Schmerzmittelgebrauchs						
Bayern	19.0 [16.2; 22.2]	1,532,000 [1,306,000; 1,790,000]	17.6 [14.3; 21.6]	716,000 [582,000; 879,000]	20.4 [17.0; 24.3]	815,000 [679,000; 971,000]
Hamburg	16.6 [14.8; 18.6]	191,000 [170,000; 214,000]	14.1 [11.7; 16.8]	80,000 [67,000; 96,000]	19.2 [16.4; 22.3]	111,000 [95,000; 129,000]
Hessen	17.8 [14.5; 21.7]	685,000 [558,000; 835,000]	15.7 [11.3; 21.5]	303,000 [218,000; 415,000]	20.0 [15.6; 25.1]	384,000 [299,000; 482,000]
Nordrhein-Westfalen	21.5 [19.0; 24.3]	2,380,000 [2,104,000; 2,690,000]	17.8 [14.6; 21.4]	987,000 [809,000; 1,186,000]	25.3 [21.6; 29.4]	1,399,000 [1,194,000; 1,625,000]
Sachsen	17.5 [15.7; 19.5]	444,000 [399,000; 495,000]	15.8 [12.8; 19.4]	206,000 [167,000; 253,000]	19.4 [16.7; 22.3]	239,000 [206,000; 275,000]
Thüringen	20.0 [17.7; 22.6]	267,000 [236,000; 301,000]	16.6 [13.5; 20.2]	114,000 [93,000; 139,000]	23.7 [20.9; 26.8]	153,000 [135,000; 173,000]
12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevanten Gebrauch nach KFM						
Bayern	2.2 [1.3; 3.5]	177,000 [105,000; 282,000]	1.3 [0.5; 3.1]	53,000 [20,000; 126,000]	3.0 [1.9; 4.8]	120,000 [76,000; 192,000]
Hamburg	2.5 [2.2; 2.9]	29,000 [25,000; 33,000]	1.7 [1.2; 2.4]	10,000 [7,000; 14,000]	3.4 [2.7; 4.3]	20,000 [16,000; 25,000]
Hessen	2.2 [1.2; 3.9]	85,000 [46,000; 150,000]	3.2 [1.6; 6.5]	62,000 [31,000; 126,000]	1.2 [0.5; 2.6]	23,000 [10,000; 50,000]
Nordrhein-Westfalen	4.0 [2.8; 5.7]	443,000 [310,000; 631,000]	3.4 [1.9; 5.9]	188,000 [105,000; 327,000]	4.6 [3.1; 6.8]	254,000 [171,000; 376,000]
Sachsen	3.3 [2.3; 4.6]	84,000 [58,000; 117,000]	2.5 [1.4; 4.4]	33,000 [18,000; 57,000]	4.1 [2.9; 5.9]	51,000 [36,000; 73,000]
Thüringen	3.5 [2.5; 4.9]	47,000 [33,000; 65,000]	3.1 [1.6; 5.9]	21,000 [11,000; 41,000]	3.9 [2.6; 5.7]	25,000 [17,000; 37,000]

Anmerkungen: Die Hochrechnung basiert auf Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes vom 31.12.2014. Die Stichprobe umfasst die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bzw. der 15- bis 64-Jährigen (Sachsen). KFM: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch.

Anhang 5 Fragebogen

Leben und Gesundheit 2015

Eine bundesweite Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit

Schriftlicher Fragebogen

Die Studie „Leben und Gesundheit 2015“ ist eine bundesweite, repräsentative Bevölkerungsbefragung, die seit 1980 regelmäßig durchgeführt wird. Sie untersucht Veränderungen der gesundheitlichen Situation und der Lebensgewohnheiten von Erwachsenen in Deutschland. Neben Gesundheits- und Freizeitverhalten ist der Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln ein Schwerpunkt der Studie.

Sie wurden zufällig als eine von 8.000 Personen deutschlandweit ausgewählt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, verlässliche und allgemeingültige Aussagen über Lebensgewohnheiten und Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland zu erhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Studie beim IFT Institut für Therapieforschung in München in Auftrag gegeben. Die Befragung erfolgt in Kooperation mit der Technischen Universität Dresden und wird von infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.

Ihre Angaben werden nur in anonymisierter Form, das heißt ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Alle Regeln des Datenschutzes werden vollständig eingehalten.

Worum bitten wir Sie?

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigelegten Rückumschlag zurückzuschicken an:

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Aneta Malina
Tel.: 0800/73 84 500
Fax: 0228/38 22 894,
E-Mail: LebenundGesundheit2015@infas.de

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die durchführenden Institute tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt.

Das bedeutet: Alle erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form, das heißt ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet.

Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat.

Mit anderen Worten:

Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:

- ➡ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.
Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen.

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann?.....☒ ₁
...eine Frau?☐ ₂

- ➡ Wenn mehrere Antworten auf eine Frage angekreuzt werden können, wird ausdrücklich darauf hingewiesen:

Beispiel:  Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!

- ➡ Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen:

Beispiel: **In welchem Jahr sind Sie geboren?** 19

- ➡ Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, Ihre Antwort weiter auszuführen.
Bitte schreiben Sie in die weißen Balken den Antworttext:

Beispiel: In einem anderen Land☒ ➡ Welches?

Frankreich

- ➡ Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen.
Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise darauf hingewiesen wird:

Beispiel: ☒ ➡ **Bitte weiter mit Frage 19**

Die Frage-Nummer, mit der Sie dann in der Beantwortung des Fragebogens fortfahren sollen, ist jeweils hinter dem Pfeil notiert.

- ➡ Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann?.....☒ ₁
...eine Frau?☒ ₂

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der nächsten Seite!

Fragen zu Ihrer Person

1. Sind Sie...

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

...ein Mann? ☐ ₁

...eine Frau? ☐ ₂

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr: **19**

3. In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland ☐ ₁

In einem anderen Land ☐ ₂ ➔ Welches?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



**Wenn Sie in einem anderen Land geboren sind:
Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?**

Seit dem Jahr

4. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

Deutsche ☐ ₁

Andere ☐ ₁ ➔ Bitte angeben:

5. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter:

In Deutschland ☐ ₁

In einem anderen Land ☐ ₂ ➔ Welches?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



**Wenn Ihre Mutter in einem anderen Land geboren ist:
Seit wann lebt/lebte sie hauptsächlich in Deutschland?**

Seit dem Jahr

Sie lebt/lebte nicht in Deutschland ☐ ₁

Vater:

In Deutschland ☐ ₁

In einem anderen Land ☐ ₂ ➔ Welches?

Name des Landes zum Zeitpunkt der Geburt



**Wenn Ihr Vater in einem anderen Land geboren ist:
Seit wann lebt/lebte er hauptsächlich in Deutschland?**

Seit dem Jahr

Er lebt/lebte nicht in Deutschland ☐ ₁

6. Welche Staatsbürgerschaft haben/hatten Ihre Eltern?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

Mutter:

Deutsche..... 1 ☐

Andere..... 1 ☐ ➔ Bitte angeben:

Vater:

Deutsche..... 1 ☐

Andere..... 1 ☐ ➔ Bitte angeben:

7. Wie groß sind Sie?

cm

Wie viel wiegen Sie?

kg

8. Welchen Familienstand haben Sie?

Ich bin...

verheiratet (bzw. in eingetragener Lebenspartnerschaft)
und lebe mit meinem (Ehe-)Partner zusammen

1 ☐

Bitte weiter mit Frage 10

verheiratet (bzw. in eingetragener Lebenspartnerschaft)
und lebe von diesem (Ehe-)Partner getrennt

2 ☐

ledig.....

3 ☐

geschieden.....

4 ☐

verwitwet

5 ☐

Bitte weiter mit Frage 9

9. Leben Sie mit einem Partner zusammen?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐

10. Wie viele Kinder haben Sie?

Kind/er

Ich habe keine Kinder..... 0 ☐

Wie viele Kinder leben zurzeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kind/er

Keine Kinder im Haushalt 0 ☐

11. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Lebe allein..... 1 ☐

Bitte weiter mit Frage 12

Insgesamt Personen

Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 14 Jahre alt?

Person/en unter 14 Jahren

Keine Person/en unter 14 Jahren..... 0 ☐

Fragen zu Ihrer Gesundheit

12. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Sehr gut 1	Gut 2	Durch- schnittlich 3	Schlecht 4	Sehr schlecht 5
Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie schätzen Sie zurzeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?	☐	☐	☐	☐	☐

13. Haben Sie eine oder mehrere chronische Krankheiten?

 Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen (mehr als 4 Wochen), die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z.B. Diabetes, Herzerkrankungen, Bandscheibenvorfall, Krebs, Rheuma oder Lungen-erkrankungen.

Ja ☐ 1 Nein..... ☐ 2 Weiß nicht ☐ 8

14. Hat Ihnen Ihr Arzt schon einmal mitgeteilt, eine neurologische Erkrankung zu haben (z.B. Parkinson, Epilepsie, Alzheimer Demenz, Multiple Sklerose)?

Ja ☐ 1 Nein..... ☐ 2

15. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

Bitte geben Sie für jede Frage an, ob diese auf Sie zutrifft.

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

In den letzten
12 Monaten

Ja Nein
1 2

Litten Sie mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden oder Schmerzen, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte? ☐ ☐

Hatten Sie einen Angstanfall – manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke – bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden? ☐ ☐

Gab es eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig Sorgen gemacht haben und sich ängstlich, angespannt oder voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben? ☐ ☐

Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit Anderen zu reden, etwas in Gegenwart Anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit Anderer zu stehen? ☐ ☐

Litten Sie unter unbegründet starken Ängsten vor öffentlichen Plätzen, Verkehrsmittel zu benutzen oder in Geschäfte zu gehen?..... ☐ ☐

Litten Sie unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen, wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge zu benutzen oder vor Höhen oder Unwettern?..... ☐ ☐

Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit? ☐ ☐

Litten Sie über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?..... ☐ ☐

Waren Sie über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten? ☐ ☐

Gab es in Ihrem Leben extrem belastende schreckliche Ereignisse oder Katastrophen, die Sie in den letzten 12 Monaten noch beschäftigten? ☐ ☐

Waren Sie in psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder hat Ihnen ein Arzt oder Therapeut mitgeteilt, eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu haben? ☐ ☐

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre körperliche Aktivität und Ernährung.
Bitte denken Sie bei diesen Fragen nur an die letzten 3 Monate.

16. In den letzten 3 Monaten, an wie vielen Tagen in der Woche waren Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem gerieten z.B. durch Sport oder Arbeit?

 Es geht um eine durchschnittliche Woche.

An Tagen pro Woche An keinem Tag  **Bitte weiter mit Frage 17**

Und wie lange waren Sie an diesen Tagen, an denen Sie durch Ihre körperliche Aktivität ins Schwitzen oder außer Atem gerieten, durchschnittlich körperlich aktiv?

- Weniger als 10 Minuten..... ☐ 1
 10 bis unter 30 Minuten..... ☐ 2
 30 bis unter 60 Minuten..... ☐ 3
 60 Minuten oder mehr ☐ 4

17. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten Sport getrieben?

- Keine sportliche Betätigung ☐ 1
 Weniger als 1 Stunde in der Woche..... ☐ 2
 Regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche ☐ 3
 Regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche ☐ 4
 Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche..... ☐ 5

18. Insgesamt gesehen, wie stark haben Sie in den letzten 3 Monaten auf ausreichend körperliche Bewegung geachtet?

- Sehr stark..... ☐ 1
 Stark..... ☐ 2
 Teils/teils..... ☐ 3
 Wenig ☐ 4
 Gar nicht..... ☐ 5

19. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie in den letzten 3 Monaten die folgenden Lebensmittel gegessen bzw. getrunken haben.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Seltener oder nie 1	1-3 mal pro Woche 2	4-6 mal pro Woche 3	1 mal am Tag 4	Mehrmals am Tag 5
Fettarme Milchprodukte (z.B. Buttermilch, Naturjoghurt, fettarmer Käse)	☐	☐	☐	☐	☐
Rohkost, frische Salate	☐	☐	☐	☐	☐
Kräuter, frisch oder gefroren	☐	☐	☐	☐	☐
Frisches Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Getreide, Getreideprodukte, Müsli, Vollkornreis, -nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kräutertee, Früchtetee	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Zu Ihrer Information:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Gebrauch bestimmter Medikamente. Damit Sie sich vergewissern können, in welche Kategorie ein bestimmtes Medikament fällt, finden Sie nachfolgend eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Medikamente.

Beispiele der gebräuchlichsten Medikamente:

Schmerzmittel	Aktren, Allegro, Almogran, Aspirin, ASS, Azur, Ben-u-ron, Berlosin, Buscopan, Capros, Codein, Codicaps, Copyrcal, Diclofenac, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Durogesic, Fentanyl, Gelonida, Ibu 1A Pharma, Ibubeta, Ibuthexal, Ibuprofen, Ibu-ratiopharm, Katadolon, L-Polamidon, Meptid, Merck, Metamizol, Migraeflux, Morphin, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma, Nedolon, Neuranidal, Novalgin, Novaminsulfon, Nubain, Nurofen, Palladon, Paracetamol, Relpax, Remedacen, Sevredol, Spalt, Temgesic, Thomapyrin, Tilidin, Togat, Tramadol, Tramadol, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Transtec, Tussoret, Valoron N, Vivimed, Voltaren oder andere.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Betadorm D, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Eatan N, Ergocalm, Fluninoc, Flunitrazepam, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Lormetazepam, Luvased, Mogadan, Moradorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Oxa-CT, Oxazepam, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Schlafsterne, Schlaftabs, Staurodorm, Stilnox, Vivinox Schlafdragees, Ximovan, Zolpidem, ZOP, Zopiclodura, Zopiclon oder andere.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Alprazolam, Atosil, Bikalm, Bromazanil, Bromazepam, Demetrin, Diazepam, Distraneurin, Dolestan, Durazanyl, Faustan, Flunitrazepam, Gityl, Lexostad, Lexotanil, Librium, Lorazepam, Nitrazepam, Normoc, Oxazepam, Praxiten, Radebur, Rudotel, Sedariston, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium, Valiquid oder andere.
Anregungsmittel	AN1, Coffeinum, Concerta, Ephedrin, Equasym, HalloWach, Medikinet, Methylphenidat, Methylpheni TAD, Percoffedrinol, Ritalin, Strattera, Viagra, Vigil oder andere.
Appetitzügler	Alvalin, Amfepramon, Cathin, Norephedrin, Recatol, Regenon retard oder andere.
Antidepressiva	Amitriptylin, Amineurin, Amioxid, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralex, Citalopram, Cymbalta, Clomipramin, Doneurin, Doxepin, Elontril, Equilibrin, Fevarin, Fluctin, Fluoxetin, Herphonal, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprotilin, Mareen, Mianserin, Mirtazampin, Noveril, Opipram, Opipramol, Paroxetin, Saroten, Sertralin, Seroxat, Stangyl, Syneudon, Tianeurax, Tofranil, Trazodon, Trevilor, Trimineurin, Trimipramin, Venlafaxin oder andere.
Neuroleptika	Abilify, Amisulprid, Benperidol, Carbamazepin, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Clozapin, Decentan, Dogmatil, Fluanxol, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspi, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyrica, Melleril, Melperon, Meresa, Neogama, Neurocil, Olanzapin, Orap, Pipamperon, Promethazin, Quetiapin, Risperdal, Risperidon, Seroquel, Sulpirid, Taxilan, Tiapridex, Truxal, Zeldox oder andere.
Anabolika (Anabole Steroide)	Andriol, Deca Durabolin, Genotropin, Humatrope, Methyltestosteron, Norditropin, Nutropinaq, Saizen oder andere.

20. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen?

 Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft!

	Trifft zu	
	1	
Schmerzmittel	☐	Keines dieser Medikamente ☐  Bitte weiter mit Frage 32
Schlafmittel	☐	
Beruhigungsmittel	☐	 Bitte weiter mit Frage 21
Anregungsmittel	☐	
Appetitzügler	☐	
Antidepressiva	☐	
Neuroleptika	☐	
Anabolika	☐	

21. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen (4 Wochen) die folgenden Medikamente genommen? Hat Ihnen diese Medikamente ein Arzt verordnet?

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Habe ich in den letzten 30 Tagen genommen					Vom Arzt verordnet	
	Nicht genommen	Seltener als ein- mal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehr- mals pro Woche	Täglich	Ja	Nein
	1	2	3	4	5	1	2
Schmerzmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafmittel.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anregungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Appetitzügler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antidepressiva.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neuroleptika	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Anabolika zur Unterstützung Ihrer Fitness bzw. Ihrer sportlichen Aktivitäten eingenommen?

Nicht genommen	Seltener als einmal pro Woche	Einmal pro Woche	Mehr- mals pro Woche	Täglich
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

23. Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können.

Die folgenden Aussagen beziehen sich nur auf Medikamente, die man einnimmt,

- um besser schlafen zu können
- um leistungsfähiger zu werden
- um weniger Schmerzen zu haben
- um ruhiger zu werden
- um sich wohler zu fühlen
- um körperliche Vorgänge zu regulieren.

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Nein, trifft nicht zu	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	2	3
Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen	☐	☐	☐
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Tabletten angelegt	☐	☐	☐
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen	☐	☐	☐
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht	☐	☐	☐
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe	☐	☐	☐
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang	☐	☐	☐
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente	☐	☐	☐
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen	☐	☐	☐
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl	☐	☐	☐
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe	☐	☐	☐
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger	☐	☐	☐

Die folgenden Fragen beschäftigen sich ausführlicher mit der Einnahme unterschiedlicher Arten von Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

Opioidehaltige Schmerzmittel sind stark wirksame Schmerzmittel, die Wirkstoffe wie z.B. Morphin oder Codein enthalten.

Nicht-opioidehaltige Schmerzmittel sind alle anderen Schmerzmittel, die Wirkstoffe wie z.B. Paracetamol, Ibuprofen oder Acetylsalicylsäure enthalten.

24. Haben Sie in den letzten 12 Monaten opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen?

Dazu gehören zum Beispiel:

- | | | | | |
|-------------------|----------------|-------------------|---------------------------------|---------------|
| – Capros | – Codein | – Codicaps | – Dolantin | – Dolomo |
| – Dolviran | – Durogesic | – Fentanyl | – Gelonida | – L-Polamidon |
| – Meptid | – Morphin | – MSI Mundipharma | – MSR Mundipharma Suppositorien | |
| – MST Mundipharma | | – Nedolon | – Nubain | – Palladon |
| – Remedacen | – Sevredol | – Temgesic | – Tilidin | – Tramadol |
| – Tramadol | – Trama-Dorsch | – Tramadura | – Tramagit | – Tramal |
| – Tramundin | – Transtec | – Tussoret | – Valoron N | |

Ja ☐ 1

Nein..... ☐ 2

Bitte weiter mit Frage 28

25. Wurden Ihnen diese Schmerzmittel von einem Arzt verschrieben?

Ja, ausschließlich ☐ 1

Teilweise ☐ 2

Nein ☐ 3

26. Im Folgenden geht es um die Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
1	2	3

Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt? ☐ ☐ ☐

Standen Sie unter dem Einfluss von opioidehaltigen Schmerzmitteln, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten? ☐ ☐ ☐

Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie opioidehaltige Schmerzmittel eingenommen hatten? ☐ ☐ ☐

Hatten Sie im Zusammenhang mit opioidehaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss? ☐ ☐ ☐

Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht? ☐ ☐ ☐

Ging wegen Ihrer Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander? ☐ ☐ ☐

Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von opioidehaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten? ☐ ☐ ☐

Haben Sie unter Einfluss von opioidehaltigen Schmerzmitteln jemanden körperlich angegriffen oder verletzt? ☐ ☐ ☐

**27. Im Folgenden geht es weiterhin um die Einnahme von
opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.**

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

**In den letzten
12 Monaten**

Ja **Nein**
1 2

Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen? ☐ ☐

Haben Sie beim Absetzen von opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt? ☐ ☐

Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden? ☐ ☐

Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt? ☐ ☐

Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen? ☐ ☐

Haben Sie viel Zeit benötigt, um opioidhaltige Schmerzmittel zu erhalten (z.B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen? ☐ ☐

Haben Sie wegen der Einnahme opioidhaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z.B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben? ☐ ☐

Haben Sie opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet? ☐ ☐

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten? ☐ ☐

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten? ☐ ☐

28. Haben Sie in den letzten 12 Monaten nicht-opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen?

Dazu gehören zum Beispiel:

- | | | | | |
|--------------|------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| – Aktren | – Allegro | – Almogran | – Aspirin | – ASS |
| – Azur | – Ben-u-ron | – Berlosin | – Buscopan plus | – Copyrcal |
| – Diclofenac | – Dolormin | – Ibu 1A Pharma | – Ibubeta | – Ibuhexal |
| – Ibuprofen | – Ibu-ratiopharm | – Katadolon | – Metamizol | – Migraeflux |
| – Neuronal | – Novalgin | – Novaminsulfon | – Nurofen | – Paracetamol |
| – Relpax | – Spalt | – Thomapyrin | – Tegal | – Vivimed |
| – Voltaren | | | | |

Ja ☐ ₁Nein..... ☐ ₂**Bitte weiter mit Frage 32****29. Wurden Ihnen diese Schmerzmittel von einem Arzt verschrieben?**Ja, ausschließlich ☐ ₁Teilweise ☐ ₂Nein ☐ ₃**30. Im Folgenden geht es um die Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.** Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz!**In den letzten 12 Monaten**

Nein

1

Ja,
einmal

2

Ja, mehr
als einmal

3

Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?

☐ ☐ ☐

Standen Sie unter dem Einfluss von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten?

☐ ☐ ☐

Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie nicht-opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen hatten?

☐ ☐ ☐

Hatten Sie im Zusammenhang mit nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Medikamenten, Diebstahl oder Fahren unter Medikamenteneinfluss?

☐ ☐ ☐

Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Ihrer Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln Vorwürfe gemacht?

☐ ☐ ☐

Ging wegen Ihrer Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund, auseinander?

☐ ☐ ☐

Sind Sie wegen Ihrer Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in finanzielle Schwierigkeiten geraten?

☐ ☐ ☐

Haben Sie unter Einfluss von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?

☐ ☐ ☐

31. Im Folgenden geht es weiterhin um die Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln in den letzten 12 Monaten.

**In den letzten
12 Monaten**

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile ein Kreuz!**

Ja **Nein**
1 2

Haben Sie nicht-opioidhaltige Schmerzmittel in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als verschrieben oder ursprünglich beabsichtigt genommen? ☐ ☐

Haben Sie beim Absetzen von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln oder bei Verminderung der Dosis irgendwelche Beschwerden oder ein Unwohlgefühl gehabt? ☐ ☐

Haben Sie das gleiche oder ein vergleichbares nicht-opioidhaltiges Schmerzmittel weiter eingenommen, um Beschwerden oder ein Unwohlgefühl beim Absetzen eines bestimmten Medikamentes oder bei Verminderung der Dosis zu vermeiden? ... ☐ ☐

Haben Sie festgestellt, dass Sie höhere Dosen nicht-opioidhaltiger Schmerzmittel brauchten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen oder hat sich bei längerer Einnahme der gleichen Menge die Medikamentenwirkung deutlich abgeschwächt? ☐ ☐

Haben Sie mehrmals vergeblich versucht, die Einnahme von nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln zu reduzieren oder einzustellen? ☐ ☐

Haben Sie viel Zeit benötigt, um nicht-opioidhaltige Schmerzmittel zu erhalten (z.B. mehrere Ärzte aufgesucht) oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen? ☐ ☐

Haben Sie wegen der Einnahme nicht-opioidhaltiger Schmerzmittel wichtige Aktivitäten, z.B. Ihre Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten, eingeschränkt oder aufgegeben? ☐ ☐

Haben Sie nicht-opioidhaltige Schmerzmittel eingenommen, obwohl Sie wussten, dass die Einnahme Ihnen schadet? ☐ ☐

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen oder Drang nach nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie dem nicht widerstehen konnten? ☐ ☐

Hatten Sie ein solch starkes Verlangen nach nicht-opioidhaltigen Schmerzmitteln, dass Sie an nichts anderes mehr denken konnten? ☐ ☐

Fragen zum Rauchen

32. Rauchen Sie zurzeit?

Ja, regelmäßig ☐ ₁Ja, gelegentlich ☐ ₂Nein ☐ ₃

33. Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten/ Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja ☐ ₁Nein ☐ ₂
Bitte weiter mit Frage 49
Was rauchen Sie, oder falls Sie nicht mehr rauchen, was haben Sie früher geraucht?
 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!
Zigaretten ☐ ₁Zigarren ☐Zigarillos ☐Pfeife ☐

34. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak in einer Shisha (Wasserpfeife) geraucht?

Ja ☐ ₁Nein ☐ ₂

35. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre alt

36. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben, täglich zu rauchen? Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre altHabe nie täglich geraucht ☐ ₁
Bitte weiter mit Frage 38

37. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht bzw. seit wie vielen Jahren rauchen Sie täglich?

Etwa JahreWeniger als 1 Jahr ☐ ₉₅

38. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

 Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!
In den letzten 30 Tagen ☐ ₁
Bitte weiter mit Frage 39
Vor 1 bis 12 Monaten ☐ ₂
Bitte weiter mit Frage 41
Vor mehr als 1 Jahr ☐ ₃
Bitte weiter mit Frage 49

**39. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?**

An etwa Tagen An keinem Tag..... ☐ 0

**An so einem Tag, an dem Sie rauchen,
wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?**

Etwa Zigaretten

**40. Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?**

An etwa Tagen An keinem Tag..... ☐ 0

**An so einem Tag, an dem Sie rauchen,
wie viele Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen rauchen Sie dann im Durchschnitt?**

Etwa Zigarren/Zigarillos/Pfeifen
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 12 Monate. Wenn Sie in dieser Zeit aufgehört haben zu rauchen, beziehen Sie die Fragen bitte auf Ihre Zeit als Raucher.

41. Haben Sie in den letzten 12 Monaten täglich im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten geraucht (oder 10 oder mehr Zigarillos, oder 7 oder mehr Pfeifen, oder 5 oder mehr Zigarren)?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

42. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife?

Innerhalb von 5 Minuten..... ☐ 1

Innerhalb von 6 bis 30 Minuten ☐ 2

Innerhalb von 31 bis 60 Minuten ☐ 3

Später als nach 60 Minuten ☐ 4

43. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.)?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

44. Bei welcher Zigarette/Zigarre/Zigarillo/Pfeife im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?

Die erste am Morgen..... ☐ 1

Andere..... ☐ 2

45. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja ☐ 1

Nein ☐ 2

46. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?Ja ☐ ₁Nein ☐ ₂**47. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben?**Ja ☐ ₁Nein ☐ ₂**48. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören ☐ ₁Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören ☐ ₂Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören ☐ ₃Ich rauche nicht mehr ☐ ₄

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit elektrischen Zigaretten (E-Zigaretten) bzw. E-Zigarren oder E-Shishas.

E-Zigaretten sind Produkte, die das Rauchen mit technischen Mitteln simulieren, ohne dabei Tabak zu verbrennen. Bei der Nutzung wird eine aromatisierte Flüssigkeit (Liquid) verdampft und inhaliert.

49. Haben Sie schon einmal von elektrischen Zigaretten oder E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas gehört?Ja ☐ ₁Nein ☐ ₂**Bitte weiter mit Frage 60****50. Haben Sie jemals eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha genutzt?**Ja ☐ ₁Nein ☐ ₂**Bitte weiter mit Frage 59****51. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha genutzt haben (auch wenn Sie sie heute nicht mehr nutzen)?**

Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre alt**52. Wann haben Sie zuletzt eine E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha genutzt?**In den letzten 30 Tagen ☐ ₁Vor 1 bis 12 Monaten ☐ ₂Vor mehr als 1 Jahr ☐ ₃**Bitte weiter mit Frage 57****53. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):****An wie vielen dieser Tage haben Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas genutzt?**An etwa TagenAn keinem Tag ☐ ₀

54. Wann nach dem Aufstehen nutzen bzw. nutzten Sie Ihre erste E-Zigarette/E-Zigarre/E-Shisha?

- Nach 5 Minuten ☐ 1
- Nach 6 - 30 Minuten ☐ 2
- Nach 31 - 60 Minuten ☐ 3
- Nach mehr als 60 Minuten ☐ 4

55. Nutzen bzw. nutzten Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas mit oder ohne Nikotin?

- Ausschließlich ohne Nikotin ☐ 1
- Hauptsächlich ohne Nikotin ☐ 2
- Hauptsächlich mit Nikotin ☐ 3
- Ausschließlich mit Nikotin ☐ 4
- Sowohl als auch ☐ 5

56. Wo kaufen bzw. kauften Sie Ihre E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- Im Internet ☐ 1
- In Spezialgeschäften ☐
- Am Kiosk, im Tabakladen, an der Tankstelle ☐
- Im Ausland ☐
- Anderswo ☐
- Nicht gekauft ☐

57. Warum nutzen Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas bzw. warum haben Sie sie früher genutzt?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- Um mit dem Rauchen aufzuhören ☐ 1
- Um den Zigarettenkonsum zu reduzieren ☐
- Weil sie weniger gesundheitsschädlich sind als Zigaretten ☐
- Weil sie billiger sind als Zigaretten ☐
- Weil man sie überall nutzen kann (auch da, wo Rauchen verboten ist) ☐
- Um andere Leute nicht durch Passivrauch zu stören ☐
- Aus Neugierde ☐
- Weil sie gut schmecken und riechen ☐
- Weil es Spaß macht ☐

58. Nutzen Sie E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas, um mit dem Rauchen konventioneller Zigaretten aufzuhören, bzw. haben Sie sie früher dazu genutzt?

Ja

☐ 1
↓

Nein.....

☐ 2
→**Bitte weiter mit Frage 59**

Konnten Sie mit dem Rauchen konventioneller Zigaretten aufhören?

Ja, ich rauche mittlerweile weder Zigaretten
noch nutze ich E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas ☐ 1

Ja, ich nutze nur noch E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas ☐ 2

Nein, ich rauche weiterhin Zigaretten und
nutze zusätzlich E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas ☐ 3

Nein, aber ich rauche weniger Zigaretten und
nutze zusätzlich E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas ☐ 4

Nein, ich rauche weiterhin Zigaretten und
nutze keine E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas mehr ☐ 5

59. Wie schätzen Sie die Gesundheitsgefahren durch E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas im Vergleich zu konventionellen Tabakprodukten ein?

E-Zigaretten/E-Zigarren/E-Shishas sind...

Viel schädlicher ☐ 1

Etwas schädlicher ☐ 2

Genauso schädlich ☐ 3

Etwas weniger schädlich ☐ 4

Viel weniger schädlich ☐ 5

Weiß nicht ☐ 8

Fragen zu Alkohol

- 60. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal mindestens 1 Glas Alkohol getrunken haben?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

War etwa Jahre alt Habe noch nie
mindestens 1 Glas
Alkohol getrunken..... 0

- 61. Trinken Sie mindestens einmal im Monat Alkohol oder haben Sie früher
mindestens einmal im Monat Alkohol getrunken?**

Ja☐ 1
↓

Nein.....☐ 2 →

Bitte weiter mit Frage 62

**Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

War etwa Jahre alt

- 62. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?**

Ja☐ 1
↓

Nein.....☐ 2 →

Bitte weiter mit Frage 63

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?

Etwa mal Überhaupt nicht..... 0

**Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

War etwa Jahre alt

- 63. Wie lange ist es her, dass Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt, Spirituosen
(z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) oder alkoholhaltige Mixgetränke (z.B. Alkopops, Cocktails)
getrunken haben?**

Nicht länger als 30 Tage.....☐ 1 → **Bitte weiter mit Frage 64**

Zwischen 1 und 12 Monate☐ 2 → **Bitte weiter mit Frage 70**

Länger her als 1 Jahr☐ 3 → **Bitte weiter mit Frage 78**

Habe noch nie Alkohol getrunken☐ 4

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

64. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

65. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

66. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag..... ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter).....

67. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter).....

68. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z.B. Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa Tagen An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter).....

69. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

An keinem Tag..... ☐ 00

Bitte weiter mit Frage 76

Sie haben nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken.

70. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

71. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Bier getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

72. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

73. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa Tagen An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter)

74. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z.B. Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa Tagen An keinem Tag ☐ 0

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen (0,3 bis 0,4 Liter)

75. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa

Tagen

An keinem Tag..... 0

76. Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

	Nie 1	Seltener als 1mal im Monat 2	Jeden Monat 3	Jede Woche 4	Jeden Tag oder fast jeden Tag 5
... Sie nicht mehr aufhören konnten zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?	☐	☐	☐	☐	☐
... Sie Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkom- men konnten, weil Sie zu viel getrunken hatten? ...	☐	☐	☐	☐	☐
... Sie morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht haben, um in die Gänge zu kommen?	☐	☐	☐	☐	☐
... Sie Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen hatten, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐	☐	☐
... Sie nicht in der Lage waren, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐	☐	☐

77. Ist es schon einmal vorgekommen, dass ...

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Nein 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 2	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 3
... sich ein Verwandter, Freund oder Arzt Sorgen gemacht hat, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten hat, weniger zu trinken?	☐	☐	☐
... Sie sich verletzt haben, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐
... jemand anderes verletzt wurde, weil Sie zu viel getrunken hatten?	☐	☐	☐

Fragen zu Drogen

78. Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- | | |
|---|----------------------------|
| Cannabis (Haschisch, Marihuana) | 1 ☐ |
| Aufputzmittel, Amphetamine | ☐ |
| Ecstasy | ☐ |
| LSD | ☐ |
| Heroin | ☐ |
| Andere Opiate (z.B. Codein, Methadon, Opium, Morphin) | ☐ |
| Kokain | ☐ |
| Crack | ☐ |
| Ich habe bisher <u>keine</u> dieser Drogen probiert | ☐ |

79. Haben Sie schon einmal Schnüffelfstoffe als Rauschmittel probiert?

Nein ☐ 2

Ja ☒ 1  Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| Klebstoffe | 1 ☐ |
| Lösungsmittel | ☐ |
| Treibgase | ☐ |

80. Haben Sie schon einmal Pilze als Rauschmittel probiert?

Nein ☐ 2

Ja ☒ 1  Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Fliegenpilze | 1 ☐ |
| Magic Mushrooms (Psilocybin) | ☐ |

Heutzutage können hin und wieder neue Substanzen erhältlich sein, die die Wirkung illegaler Drogen, wie z.B. Cannabis, Ecstasy, Kokain etc., imitieren. Diese werden manchmal auch „Legal Highs“, „Research Chemicals“, „Badesalze“, „Kräutermischungen“ oder „neue psychoaktive Substanzen (NPS)“ genannt und können in unterschiedlicher Form erhältlich sein, z.B. als Kräutermischung, Pulver, Kristalle oder Tabletten.

81. Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐

Weiß nicht 8 ☐

Bitte weiter mit Frage 83

82. Haben Sie solche Substanzen in den letzten 12 Monaten konsumiert?

Ja 1 ☐

Nein 2 ☐

Weiß nicht 8 ☐

Bitte weiter mit Frage 83

Welche Form hatten die Substanzen, die Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert haben?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

Kräutermischungen zum Rauchen 1 ☐

Pulver, Kristalle oder Tabletten ☐

Flüssigkeiten ☐

83. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen:

...schon irgendwann mal probiert 1 ☐

Bitte weiter mit Frage 84

...noch nie probiert 2 ☐

Bitte weiter mit Frage 96

**84. Wie alt waren Sie, als Sie die folgenden Drogen das erste Mal genommen haben?
Bitte beantworten Sie diese Frage für jede der folgenden Drogen.**

Das erste Mal genommen		
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	im Alter von Jahren	noch nie 0 ☐
Aufputschmittel, Amphetamine	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Ecstasy	im Alter von Jahren	noch nie ☐
LSD	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Heroin	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Andere Opiate	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Kokain	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Crack	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Schnüffelfstoffe	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Pilze	im Alter von Jahren	noch nie ☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.	im Alter von Jahren	noch nie ☐

85. Vom ersten Mal bis heute, wie oft haben Sie folgende Drogen genommen?

 Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

Habe ich vom ersten Mal bis heute insgesamt genommen									
	1 mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200 mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cannabis (Haschisch, Marihuana).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufputschmittel, Amphetamine.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heroin.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Opiate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crack.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

86. Wann haben Sie die folgenden Drogen zuletzt genommen?

 Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das zutreffende Kästchen an bzw. tragen Sie die Zahl der Jahre ein.

	Zuletzt genommen			Habe ich noch nie genommen
	In den letzten 30 Tagen	In den letzten 12 Monaten	Länger her, zuletzt vor:	
	1	1	1	
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	☐	☐	Jahren	☐
Aufputschmittel, Amphetamine	☐	☐	Jahren	☐
Ecstasy	☐	☐	Jahren	☐
LSD	☐	☐	Jahren	☐
Heroin	☐	☐	Jahren	☐
Andere Opiate	☐	☐	Jahren	☐
Kokain	☐	☐	Jahren	☐
Crack	☐	☐	Jahren	☐
Schnüffelfstoffe	☐	☐	Jahren	☐
Pilze	☐	☐	Jahren	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä	☐	☐	Jahren	☐

87. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der in Frage 86 genannten Drogen genommen?Ja ☐ 1Nein..... ☐ 2

Bitte weiter mit Frage 96

88. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten folgende Drogen genommen?☞ Bitte machen Sie
in jeder Zeile ein Kreuz!

Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen

	1 mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200 mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cannabis (Haschisch, Marihuana).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aufputschmittel, Amphetamine.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heroin.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Opiate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crack.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

89. Wenn Sie jetzt an die letzten 30 Tage denken:

An wie vielen Tagen haben Sie da die folgenden Drogen genommen?

	In den letzten 30 Tagen	
	Habe ich genommen	Habe ich <u>nicht</u> genommen ¹
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	an Tagen	☐
Aufputschmittel, Amphetamine	an Tagen	☐
Ecstasy	an Tagen	☐
LSD	an Tagen	☐
Heroin	an Tagen	☐
Andere Opiate	an Tagen	☐
Kokain	an Tagen	☐
Crack	an Tagen	☐
Schnüffelfstoffe	an Tagen	☐
Pilze	an Tagen	☐
Legal Highs, Research Chemicals, Badesalze, Kräutermischungen, NPS o. ä.	an Tagen	☐

90. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch/Marihuana) konsumiert?Ja ☐ 1Nein..... ☐ 2

Bitte weiter mit Frage 93

91. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Nie oder beinahe nie	Manchmal	Oft	Immer oder fast immer
1	2	3	4

Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren? ☐ ☐ ☐ ☐Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen? ☐ ☐ ☐ ☐Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören? ☐ ☐ ☐ ☐92. Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Cannabis zu verzichten oder ganz aufzuhören?Überhaupt
nicht
schwierigEin
bisschen
schwierigZiemlich
schwierigSehr
schwierig

1

2

3

4

☐☐☐☐

93. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert?Ja ☐ 1Nein..... ☐ 2

Bitte weiter mit Frage 96

94. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:☞ Bitte machen Sie **in jeder Zeile** ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

Nie oder beinahe nie	Manchmal	Oft	Immer oder fast immer
1	2	3	4

Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Kokain nicht mehr unter Kontrolle hatten? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Kokain zu konsumieren? ☐ ☐ ☐ ☐Machten Sie sich wegen des Konsums von Kokain Sorgen? ☐ ☐ ☐ ☐Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören? ☐ ☐ ☐ ☐95. Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Kokain zu verzichten oder ganz aufzuhören?Überhaupt
nicht
schwierigEin
bisschen
schwierigZiemlich
schwierigSehr
schwierig

1

2

3

4

☐☐☐☐

Die folgenden Fragen beschäftigen sich genauer mit dem Konsum von Amphetamin bzw. Methamphetamin. **Amphetamin** ist z.B. unter den Namen „Speed“, „Pep“ oder „Paste“ bekannt. **Methamphetamin** ist z.B. unter den Namen „Crystal“, „Crystal-Speed“, „Crystal-Meth“, „Meth“ oder „Crank“ bekannt.

96. Haben Sie schon einmal Amphetamin bzw. Methamphetamin probiert?

	Ja 1	Nein 2
Amphetamin	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐

↓

Wenn beide Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, bitte weiter mit Frage S 1

97. Wie oft, wenn überhaupt, haben Sie in den letzten 12 Monaten Amphetamin bzw. Methamphetamin genommen?

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Habe ich in den letzten 12 Monaten insgesamt genommen

	1 mal	2-5 mal	6-9 mal	10-19 mal	20-59 mal	60-99 mal	100-199 mal	200 mal oder öfter	Nicht genommen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Amphetamin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

98. Wenn Sie jetzt an die letzten 30 Tage denken:

An wie vielen Tagen haben Sie da Amphetamin bzw. Methamphetamin genommen?

	In den letzten 30 Tagen	
	Habe ich genommen	Habe ich <u>nicht</u> genommen 1
Amphetamin	an Tagen	☐
Methamphetamin	an Tagen	☐

99. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken:

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nie oder beinahe nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer oder fast immer 4
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Amphetamin/Methamphetamin nicht mehr unter Kontrolle hatten?	☐	☐	☐	☐
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Amphetamin/Methamphetamin zu konsumieren?	☐	☐	☐	☐
Machten Sie sich wegen des Konsums von Amphetamin/Methamphetamin Sorgen?	☐	☐	☐	☐
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Amphetamin/Methamphetamin aufzuhören?	☐	☐	☐	☐

100. Wie schwierig fanden Sie es in den letzten 12 Monaten, auf Amphetamin/Methamphetamin zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig 1	Ein bisschen schwierig 2	Ziemlich schwierig 3	Sehr schwierig 4
☐	☐	☐	☐

**Zum Schluss noch einige statistische Fragen, die für
die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind.**

S 1 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- | | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule..... | 1 | ☐ |  Bitte weiter
mit Frage S 2 |
| Von der Schule abgegangen ohne
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... | 2 | ☐ | |
| Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... | 3 | ☐ |  Bitte weiter
mit Frage S 3 |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) | 4 | ☐ | |
| Polytechnische Oberschule der DDR
mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse | 5 | ☐ | |
| Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse..... | 6 | ☐ | |
| Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule..... | 7 | ☐ | |
| Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) | 8 | ☐ | |
| Einen anderen Schulabschluss | 9 | ☐ | |

S 2 Welchen allgemein bildenden Schulabschluss streben Sie an?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- | | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| Hauptschulabschluss | 1 | ☐ |  Bitte weiter
mit Frage S 4 |
| Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife | 2 | ☐ | |
| Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule | 3 | ☐ | |
| Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife | 4 | ☐ | |
| einen anderen Schulabschluss | 5 | ☐ | |

S 3 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Noch in beruflicher Ausbildung, d.h. Auszubildende/r | ☐ | 1 |
| Noch in beruflicher Ausbildung, d.h. Student/in | ☐ | 2 |
| Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbauschule, Fachschule o.Ä. | ☐ | 3 |
| Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung..... | ☐ | 4 |
| Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen | ☐ | 5 |
| Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen | ☐ | 6 |
| Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule,
Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen | ☐ | 7 |
| Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Bachelor, Master) | ☐ | 8 |
| Universitätsabschluss (z.B. Diplom, Magister, Bachelor, Master, Staatsexamen) | ☐ | 9 |
| Einen anderen beruflichen Abschluss | ☐ | 10 |

S 4 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Voll erwerbstätig	1 ☐	➔ Bitte weiter mit Frage S 7
Teilzeitbeschäftigt	2 ☐	
Altersteilzeit (unabhängig davon, in welcher Phase befindlich)	3 ☐	➔ Bitte weiter mit Frage S 6
Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Mini-Job	4 ☐	
„Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2)	5 ☐	
Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt	6 ☐	
Berufliche Ausbildung/Lehre	7 ☐	
Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst/Militärdienst	8 ☐	
Freiwilliges Soziales Jahr	9 ☐	
Umschulung	10 ☐	
Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung (Altersteilzeit unter 3 angeben)	11 ☐	
Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst)	12 ☐	➔ Bitte weiter mit Frage S 5

S 5 Geben Sie bitte an, zu welcher der nachfolgenden Gruppen Sie gehören.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

Schüler/in an einer allgemein bildenden Schule	1 ☐	➔ Bitte weiter mit Frage S 8
Student/in	2 ☐	➔ Bitte weiter mit Frage S 6
Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand	3 ☐	
Arbeitslos	4 ☐	
Dauerhaft erwerbsunfähig	5 ☐	
Hausfrau/Hausmann	6 ☐	
Sonstiges	7 ☐	

S 6 Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

Ja

☐ 1

Nein.....

☐ 2
Bitte weiter mit Frage S 8
S 7 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?

Wenn Sie nicht mehr oder derzeit nicht berufstätig sind, geben Sie bitte die berufliche Stellung an, die Sie zuletzt innehatten.

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- A** Ungelernte/r Arbeiter/in ☐ 1
- B** Angelernte/r Arbeiter/in ☐ 2
- C** Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in ☐ 3
- D** Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in ☐ 4
- E** Meister/in, Polier/in, Brigadier/in ☐ 5
- F** Angestellte/r mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im einfachen Dienst
(z.B. Verkäufer/in, Datentypist/in, Sekretariatsassistent/in, Pflegehelfer/in, Beamter/in bis einschl. Oberamtsmeister/in) ☐ 6
- G** Angestellte/r mit einer qualifizierten Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung oder Beamter/in im mittleren Dienst
(z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in, Beamter/in von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in) ☐ 7
- H** Angestellte/r mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal oder Beamter/in im gehobenen Dienst
(z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis, Beamter/in von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin) ☐ 8
- K** Angestellte/r mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen oder Beamter/in im höheren Dienst
(z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes, Richter/in, Beamter/in von Rat/Rätin aufwärts) ☐ 9
- L** Akademiker/in in freiem Beruf (z.B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in) ☐ 10
- M** Selbständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin ☐ 11
- N** Selbständige/r im Handel, im Gastgewerbe, im Handwerk, in der Industrie, in der Dienstleistung, auch Ich-AG oder PGH-Mitglied mit...
 ...keinen Beschäftigten außer mir selbst ☐ 12
 ...1 bis 4 Beschäftigten ☐ 13
 ...5 bis 50 Beschäftigten ☐ 14
 ...mehr als 50 Beschäftigten ☐ 15
- O** Mithelfende/r Familienangehörige/r ☐ 16
- P** Berufliche Ausbildung/Lehre ☐ 17
- Q** Sonstige (z.B. Praktikant/in) ☐ 18

S 8 Sind Sie der/die Hauptverdiener/in in Ihrem Haushalt, d.h. tragen Sie mit Ihrem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?

Ja ☐ 1

Es gibt keine/n Hauptverdiener/in ☐ 2

Nein ☐ 3

Bitte weiter mit Frage S 10

Bitte weiter mit Frage S 9

S 9 In welcher beruflichen Stellung ist bzw. war der/die Hauptverdiener/in Ihres Haushalts zuletzt beschäftigt? Verwenden Sie dazu bitte die Vorgaben aus der Frage S 7 und tragen Sie den zutreffenden Kennbuchstaben ein!

Buchstabe

S 10 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

bis unter 500 Euro ☐ 1

500 bis unter 750 Euro ☐ 2

750 bis unter 1.000 Euro ☐ 3

1.000 bis unter 1.250 Euro ☐ 4

1.250 bis unter 1.500 Euro ☐ 5

1.500 bis unter 1.750 Euro ☐ 6

1.750 bis unter 2.000 Euro ☐ 7

2.000 bis unter 2.250 Euro ☐ 8

2.250 bis unter 2.500 Euro ☐ 9

2.500 bis unter 3.000 Euro ☐ 10

3.000 bis unter 4.000 Euro ☐ 11

4.000 bis unter 5.000 Euro ☐ 12

5.000 Euro und mehr ☐ 13

S 11 Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?

Ja, alleine ausgefüllt ☐ 1

Nein, nicht alleine ausgefüllt ☐ 2

S 12 Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier abschließend noch das Datum ein:

2015

Tag

Monat

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Zum Abschluss noch eine Bitte: Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Falls Sie Fragen vergessen haben, versuchen Sie bitte, diese noch zu vervollständigen.

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte im beiliegenden portofreien Rückumschlag an:

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

Postfach 24 01 01

53154 Bonn