

Themenschwerpunkt

Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012

Alexander Pabst¹, Ludwig Kraus^{1,2}, Elena Gomes de Matos¹ und Daniela Piontek¹

¹IFT Institut für Therapieforschung, München

²Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, Stockholm

Zusammenfassung: *Ziel:* Untersucht wurden Umfang, Konsummuster und Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. *Methodik:* Die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 wurde zufällig aus den Einwohnermelderegistern gezogen und umfasste 9084 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Die Befragung erfolgte schriftlich, telefonisch bzw. über das Internet; die Antwortrate lag bei 53,6 %. *Ergebnisse:* Bezogen auf die letzten 30 Tage zeigten 57,3 % der Befragten einen risikoarmen und 14,2 % einen riskanten Alkoholkonsum. Insgesamt 30,2 % gaben an, in diesem Zeitraum geraucht zu haben. In den letzten 12 Monaten haben 4,5 % der Befragten Cannabis, 0,8 % Kokain und 0,7 % Amphetamine konsumiert. Schmerzmittel waren die am häufigsten eingenommenen Medikamente (12-Monats-Prävalenz: 61,9 %). Schätzungen zur Substanzabhängigkeit nach DSM-IV ergaben Prävalenzwerte von 3,4 % für Alkohol, 10,8 % für Tabak, 0,5 % für Cannabis, 0,2 % für Kokain, 0,1 % für Amphetamine und 3,4 % für Schmerzmittel. *Schlussfolgerungen:* Die hohe Verbreitung psychischer Störungen durch Alkohol und Tabak macht die Dringlichkeit der Umsetzung effizienter Präventionsmaßnahmen deutlich. Störungen im Zusammenhang mit Medikamenten sollten stärker beachtet werden.

Schlüsselwörter: Bevölkerungsbefragung, Substanzkonsum, substanzbezogene Störungen, DSM-IV

Substance Use and Substance Use Disorders in Germany in 2012

Abstract: *Aims:* To examine prevalences, patterns and disorders associated with the use of alcohol, tobacco, illegal drugs and prescription drugs. *Methods:* The sample of the 2012 Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) was randomly drawn from population registers and consisted of 9 084 individuals aged 18 to 64 years. A mixed-mode design including questionnaires, telephone and Internet interviews was applied. The response rate was 53.6 %. *Results:* Based on the past 30 days 57.3 % of respondents reported low-risk alcohol consumption whereas 14.2 % reported risky consumption. Overall, 30.2 % reported having smoked within this period. The 12-months prevalence of illegal substance use was 4.5 % for cannabis, 0.8 % for cocaine and 0.7 % for amphetamines. Analgesics were the most prevalent prescription drugs used within the past 12 months (61.9 %). Rates of DSM-IV substance dependence were estimated at 3.4 % for alcohol, 10.8 % for tobacco, 0.5 % for cannabis, 0.2 % for cocaine, 0.1 % for amphetamines and 3.4 % for analgesics. *Conclusions:* The high prevalence of substance use disorders associated with alcohol and tobacco emphasize the urgency of implementing effective prevention measures. Disorders associated with prescription drugs should be given more attention.

Keywords: General population survey, substance use, substance use disorders, DSM-IV

Einführung

Das Monitoring des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen ist von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Es schafft die Basis für die Beurteilung des Ausmaßes gesundheitlicher Schäden durch Substanzkonsum in der Bevölkerung und ist somit Entscheidungsgrundlage für die Implementierung und Evaluierung von Maßnahmen zur Minimierung substanzbezogener Probleme. Insbesondere der Konsum der legalen Substanzen Tabak und

Alkohol stellt nach wie vor ein besonders hohes gesundheitliches Risiko dar. Schätzungen der „Global Burden of Disease“ Studie aus dem Jahr 2010 zeigen, dass Tabak- und Alkoholkonsum neben Bluthochdruck zu den drei führenden Risikofaktoren für die Entwicklung von Krankheiten weltweit gehören (Lim et al., 2012). Auch der Konsum illegaler Drogen bedeutet ein erhebliches Risiko für physische, psychische und soziale Schäden für den Konsumenten und dessen Angehörige (Nutt, King & Phillips, 2010). Darüber hinaus stellt der problematische

Gebrauch psychoaktiver Medikamente insbesondere bei älteren Erwachsenen ein oft unterschätztes Problem dar (Glaeske & Schick Tanz, 2011).

Aktuelle Daten zu Tabak- und Alkoholkonsum und zum Medikamentengebrauch in der Allgemeinbevölkerung liefert die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), die vom Robert Koch-Institut zwischen 2008 und 2011 durchgeführt wurde. Demnach raucht fast jeder dritte Erwachsene (29.7 %) zwischen 18 und 79 Jahren zumindest gelegentlich (Lampert, v. der Lippe & Müters, 2013). Ein Viertel (25.6 %) der befragten Frauen und 41.6 % der Männer gelten nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Tests-Consumption (AUDIT-C; Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998) als riskante Alkoholkonsumenten (Hapke, v. der Lippe & Gaertner, 2013). Darüber hinaus haben drei Viertel (74.7 %) der Probanden in den letzten 7 Tagen vor der Befragung mindestens ein Arzneimittel oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen (Knopf & Grams, 2013).

Die Ergebnisse der im Rahmen der ersten Erhebungswelle des DEGS durchgeführten Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ zeigen, dass substanzbezogene Störungen nach Angst- und depressiven Störungen die am weitesten verbreiteten psychischen Störungen unter Erwachsenen in Deutschland sind (Kurth, 2012). Berücksichtigt man die gesamte Lebensspanne, so zeigen die Ergebnisse der norddeutschen „SHIP-LEGENDE“ Studie, dass 31.2 % der männlichen und 15.2 % der weiblichen Teilnehmer im Laufe ihres Lebens eine Substanzabhängigkeit entwickeln (Schmidt et al., 2013). Der größte Anteil davon entfällt auf Tabakabhängigkeit.

Der Vorteil des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) gegenüber anderen Bevölkerungsstudien liegt in der differenzierten und detaillierten Erfassung des Konsumverhaltens. Neben der Häufigkeit und Menge des Konsums von verschiedenen alkoholischen Getränken und Tabak werden Informationen zum Konsum illegaler Drogen und dem Gebrauch von Medikamenten erfragt. Darüber hinaus wurde in der aktuellen Erhebung des ESA aus dem Jahr 2012 die Verbreitung substanzbezogener Störungen nach den Kriterien des DSM-IV für die am häufigsten konsumierten legalen und illegalen Substanzen erfasst.

In diesem Beitrag werden Prävalenz-Schätzungen zu Substanzkonsum und substanzbezogenen Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten dargestellt. Die Schätzungen werden für Männer und Frauen sowie getrennt nach Altersgruppen vorgenommen. Weitere Ergebnisse des ESA 2012 sind auf der Webseite des IFT Institut für Therapieforschung (www.ift.de) abrufbar.

Methodik

Design und Stichprobe

Die Stichprobe der Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren wurde in einem zweistufigen Algorithmus zufällig ausgewählt. Auf der ersten Stufe wurde eine zufällige Auswahl an Primäreinheiten aus der Gesamtheit deutscher Städte und Gemeinden gezogen. Auf der zweiten Stufe wurden Personenadressen in den ausgewählten 220 Städten und Gemeinden mittels systematischer Zufallsauswahl aus den Einwohnermelderegistern gezogen. Die Auswahl der Personenadressen erfolgte disproportional nach Jahrgangsguppe, um den geringeren Anteil junger Erwachsener an der Gesamtbevölkerung auszugleichen. Die Datenerhebung wurde als Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Internet-Befragung realisiert. Die bereinigte Stichprobe umfasst 9084 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Die Nettoausschöpfung beträgt 53.6 %. Das Design und die Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 sind detailliert an anderer Stelle (Kraus, Piontek, Pabst & Gomes de Matos, 2013) in diesem Heft beschrieben.

Instrumente

Der Fragebogen des ESA 2012 ist modular aufgebaut und umfasst unter anderem die Abfrage von Konsumverhaltensweisen und Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und psychoaktiven Medikamenten.

Alkohol

Häufigkeit und Menge des Konsums von Alkohol wurden mittels eines Menge-Frequenz-Index für Bier, Wein/Sekt, Spirituosen und alkoholhaltige Mixgetränke (z.B. Alkopops, Longdrinks, Cocktails oder Bowle) erfasst. Je nach Zeitpunkt des letzten Alkoholkonsums wurden diese Angaben für den Zeitraum der letzten 30 Tage oder der letzten 12 Monate vor der Befragung erhoben. Dabei wurden die Anzahl der Tage, an denen jedes Getränk konsumiert wurde, sowie die an einem typischen Konsumtag durchschnittlich getrunkenen Einheiten jedes Getränks erfragt. Aus diesen Informationen lässt sich die Gesamtmenge konsumierten Reinalkohols (in Gramm) bestimmen und eine durchschnittliche Tagesmenge berechnen. Hierfür wurden getränkesspezifische Alkoholgehalte für Bier (4.8 Vol %), Wein/Sekt (11.0 Vol %) und Spirituosen (33.0 Vol %) verwendet, wie sie Bühringer und Kollegen (2000) vorgeschlagen haben. Als Schätzwert für den durchschnittlichen Alkoholgehalt eines Glases (0.3 bis 0.4 Liter) alkoholhaltiger Mixgetränke wurden 0.04 Liter Spirituosen angenommen. Auf Basis empfohlener Tagesgrenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008) wurde das in-

dividuelle Trinkverhalten in fünf Kategorien eingeteilt: (1) lebenslang abstinent, (2) nur in den letzten 12 Monaten abstinent, (3) nur in den letzten 30 Tagen abstinent, (4) risikoarmer Konsum ($> 0\text{--}12/24$ Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer), und (5) riskanter Konsum ($> 12/24$ Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer).

Zusätzlich wurde die Häufigkeit des als Rauschtrinken bezeichneten Konsums von fünf oder mehr Gläsern Alkohol an einem Tag in den letzten 30 Tagen erfragt und kategorisiert in (1) kein Rauschtrinken, (2) ein bis drei Tage mit Rauschtrinken, und (3) vier oder mehr Tage mit Rauschtrinken.

Tabak

Tabakkonsum wurde für den Zeitraum der letzten 30 Tage vor der Erhebung ausgewertet. Es wird zwischen Nichtrauchern (im Leben nicht mehr als 100 Zigaretten, Zigarillos oder Pfeifen geraucht), Ex-Rauchern (im Leben mehr als 100 Zigaretten, Zigarillos oder Pfeifen geraucht, aber nicht in den letzten 30 Tagen geraucht) und Rauchern (in den letzten 30 Tagen geraucht) unterschieden (World Health Organisation, 1998). Mit einem Menge-Frequenz-Index wurde die Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten erfasst. Hierfür wurde die Anzahl der Rauchtage mit der durchschnittlich an einem typischen Rauchtage konsumierten Zigarettenzahl multipliziert und das Produkt durch 30 dividiert. Die Konsumfrequenz der Zigarettenraucher der letzten 30 Tage wurde eingeteilt in (1) nicht täglich geraucht (Konsum an weniger als 30 Tagen), (2) täglich bis zu 10 Zigaretten geraucht (Konsum an 30 Tagen und im Durchschnitt zwischen einer und 10 Zigaretten), (3) täglich zwischen 11 und 19 Zigaretten geraucht, und (4) täglich 20 oder mehr Zigaretten geraucht.

Illegale Drogen

Selbstangaben zum Konsum illegaler Drogen wurden für die Substanzen Cannabis (Haschisch, Marihuana), Aufputschmittel/Amphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin, andere Opiate, Kokain, Crack, Pilze und Spice/Smoke/Space/Badesalze/Cathinone o. a. ausgewertet. Es wurde der Anteil an Personen ermittelt, die diese Substanzen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung konsumiert hatten (12-Monats-Prävalenz).

Medikamente

Der Gebrauch von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern wurde für die Zeiträume der letzten 12 Monate und der letzten 30 Tage vor der Befragung erfasst. Personen mit einem Medikamentengebrauch in den letzten 30 Tagen wurden zusätzlich gefragt, ob sie diese Medikamente täg-

lich einnehmen. Um den Respondenten die Zuordnung eines bestimmten Medikamentes zu den Arzneimittelgruppen zu erleichtern, wurde den Fragen zum Gebrauch eine Liste mit Beispielen der gebräuchlichsten Präparate vorangestellt.

Substanzbezogene Störungen

Substanzbezogene Störungen nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wurden im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Alkohol, Tabak, Cannabis, Amphetaminen, Kokain, Schmerzmitteln, Schlafmitteln und Beruhigungsmitteln erhoben. Verwendet wurden die Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995). Ein Missbrauch nach DSM-IV liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien im Zusammenhang mit dem Gebrauch einer Substanz in den letzten 12 Monaten vor der Befragung erfüllt ist: (1) erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule, (2) Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen, (3) Probleme mit dem Gesetz infolge des Substanzgebrauchs, (4) soziale und zwischenmenschliche Probleme. Es darf nicht zeitgleich eine Abhängigkeit von derselben Substanz vorliegen. Wenn mindestens drei der folgenden DSM-IV Kriterien im Zusammenhang mit dem Gebrauch einer Substanz in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind, liegt eine Abhängigkeit vor: (1) Toleranzentwicklung, (2) Entzugssymptome, (3) Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt, (4) Kontrollminderung, (5) hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Substanzgebrauch oder Erholung, (6) Einschränkung wichtiger Tätigkeiten, (7) fortgesetzter Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Für Tabak ist nur eine Diagnose für Abhängigkeit definiert; eine Erfassung der Missbrauchs-Items ist nicht vorgesehen. Da nach DSM-IV keine Entzugssymptome von Cannabis definiert sind, entfällt das Kriterium bei dieser Substanz.

Statistische Analysen

Deskriptive Daten zu Substanzkonsum und assoziierten Störungen werden in Form von Prävalenzen (in Prozent) dargestellt. Aufgrund fehlender Angaben weichen die Stichprobenumfänge teilweise von der Gesamtstichprobe ab. Die jeweils zugrunde liegende Fallzahl (ungewichtet) ist in den Tabellen angegeben. Neben der Verbreitung in der Gesamtstichprobe werden Schätzungen für beide Geschlechter und verschiedene Altersgruppen vorgenommen. Für substanzbezogene Störungen werden Hochrechnungen (mit 95 % Konfidenzintervallen) auf die bundesdeutsche Bevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre berichtet. Zur inferenzstatistischen Testung von Geschlechtsunterschieden wurden logistische Regressionen (binäre Variablen) und multinomial logistische Regressionen (kategoriale Variablen) gerechnet (Long & Freese,

2006). Für binäre Variablen werden altersadjustierte Odds Ratios (OR), für kategoriale Variablen altersadjustierte relative Risikoverhältnisse (RRR) berichtet, jeweils mit zugehörigen 95 % Konfidenzintervallen (KI).

Um die designbedingte Disproportionalität nach Jahrgangsgruppen auszugleichen und die Stichprobe an die Verteilung der Grundgesamtheit der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulbildung, Bundesland und Gemeindegröße anzupassen, wurden alle Daten statistisch gewichtet (Bevölkerungsstand 31.12.2011; Statistisches Bundesamt). Das zweistufige Stichprobendesign des ESA 2012 wurde durch Survey-Verfahren in Stata 12.1 SE (Stata Corp LP, College Station, TX) berücksichtigt, wobei zur Korrektur der Intervallschätzer Taylorreihen verwendet wurden (Groves et al., 2009).

Ergebnisse

Alkohol

Die Mehrheit der 18- bis 64-Jährigen gab an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol konsumiert zu haben (Tabelle 1). Nur in diesem Zeitraum abstinent waren 15.1 % der Befragten. Etwa jeder Zehnte (9.8 %) hat in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung auf den Konsum von Alkohol verzichtet und 3.6 % der Respondenten berichteten, noch nie Alkohol getrunken zu haben.

Insgesamt 57.3 % der Befragten weisen in den letzten 30 Tagen einen risikoarmen Alkoholkonsum von maximal 12/24 Gramm Reinalkohol pro Tag (Frauen/Männer) auf. Im gleichen Zeitraum trank etwa jeder siebte Erwachsene (14.2 %) oberhalb der empfohlenen Tageshöchstmenge und damit auf riskantem Niveau. Männer weisen sowohl für risikoarmen Konsum (61.4 % vs. 53.1 %, RRR = 1.7, KI = 1.3–2.3) als auch für riskanten Konsum (15.6 % vs. 12.8 %, RRR = 1.8, KI = 1.3–2.5) ein höheres relatives Risiko als Frauen auf (Basiskategorie: lebenslang abstinent). Die beiden jüngsten Altersgruppen stellen zwar die höchsten Anteile an lebenslang und aktuell (letzte 30 Tage) abstinent lebenden Personen, Alkoholkonsumenten dieser Altersgruppen weisen jedoch vermehrt einen riskanten Konsum auf. Ein risikoarmer Alkoholkonsum findet sich hingegen verstärkt im mittleren Erwachsenenalter.

Bezogen auf die letzten 30 Tage berichteten 21.3 % der Alkoholkonsumenten, an ein bis drei Tagen und 14.3 % an vier oder mehr Tagen mindestens fünf alkoholische Getränke konsumiert zu haben. Das altersadjustierte Risiko für Rauschtrinken ist für Männer zwischen drei- und fünfmal höher als für Frauen (1–3 Tage: 26.1 % vs. 15.4 %, RRR = 2.6, KI = 2.3–3.1; 4+ Tage: 20.6 % vs. 6.6 %, RRR = 4.8, KI = 3.9–5.8; Basiskategorie: 0 Tage). Darüber hinaus ist Rauschtrinken vermehrt unter jungen Erwachsenen zu beobachten. Mehr als die Hälfte (57.7 %) der 18- bis 20-jährigen Alkoholkonsumenten zeigte dieses Konsummuster mindestens einmal in den letzten 30 Tagen. Unter 60- bis 64-Jährigen waren es noch 23.0 %.

Einen Alkoholmissbrauch nach DSM-IV weisen 3.1 % der befragten 18- bis 64-Jährigen auf. Weitere 3.4 % der Respondenten erfüllen die DSM-IV Kriterien für Alkoholabhängigkeit. Beide Diagnosen sind überdurchschnittlich häufig unter Männern zu beobachten (Missbrauch: 4.7 % vs. 1.5 %, OR = 3.2, KI = 2.3–4.5; Abhängigkeit: 4.8 % vs. 2.0 %, OR = 2.4, KI = 1.8–3.2). Mit einem Anteil von 6.0 % (Missbrauch) bzw. 6.4 % (Abhängigkeit) weisen 18- bis 20-Jährige am häufigsten alkoholbezogene Störungen auf. Mit zunehmendem Alter nehmen die Prävalenzwerte für beide Diagnosen kontinuierlich ab.

Tabak

Fast ein Drittel (30.2 %) der Befragten berichtete, in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung geraucht zu haben (Tabelle 2). Jeder Vierte (26.4 %) kann darüber hinaus als Ex-Raucher klassifiziert werden. Aktuelle Raucher sind häufiger männlich (34.0 % vs. 26.2 %, RRR = 1.7, KI = 1.5–2.0; Basiskategorie: Nichtraucher) und zwischen 25 und 29 Jahre alt. Die Prävalenz der Nichtraucher ist in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen am höchsten. Der Anteil an Ex-Rauchern steigt ab dem 40. Lebensjahr deutlich an.

Bezogen auf die Zigarettenskonsumenten der letzten 30 Tage rauchten 26.8 % nicht täglich. Weitere 23.5 % rauchten täglich maximal 10 Zigaretten, 20.7 % täglich zwischen 11 und 19 Zigaretten und 29.0 % gaben an, täglich mindestens 20 Zigaretten zu rauchen. Männer haben häufiger als Frauen eine hohe Konsumfrequenz (täglich 20+ Zigaretten: 35.2 % vs. 21.1 %, RRR = 2.1, KI = 1.6–2.9; Basiskategorie: nicht täglich geraucht). Der Anteil an Zigarettensrauchern, die nicht täglich rauchten, ist unter 18- bis 20-Jährigen am höchsten (53.4 %). Unter älteren Erwachsenen steigen der Anteil täglicher Raucher und die Anzahl durchschnittlich pro Tag gerauchter Zigaretten kontinuierlich an.

Ewas mehr als jeder zehnte Befragte (10.8 %) erfüllt die DSM-IV Kriterien für Tabakabhängigkeit. Männer haben ein höheres Risiko als Frauen (12.5 % vs. 9.0 %, OR = 1.5, KI = 1.2–1.7). Die Diagnose weisen vermehrt Befragte im Alter zwischen 25 und 29 Jahren auf.

Illegale Drogen

Insgesamt 4.5 % der Studienteilnehmer gaben an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben (Tabelle 3). Mit Prävalenzwerten von unter 1 % war der Konsum aller anderen untersuchten illegalen Drogen weit weniger verbreitet. Kokain (0.8 %) und Amphetamine (0.7 %) stellen nach Cannabis die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen dar. Am seltensten wurde der Konsum von Heroin, Spice (jeweils 0.2 %) und Crack (0.1 %) berichtet.

Alle erfragten illegalen Drogen wurden häufiger von Männern als von Frauen konsumiert. Beispielsweise liegt

Tabelle 1

Prävalenz des Alkoholkonsums, des Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV, Prozent (n)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Konsumprävalenz ¹	8793	3806	4987	1112	965	873	1350	1607	1836	1050
Lebenslang abstinent	3.6 (304)	2.9	4.3	7.2	4.8	2.9	4.2	3.3	2.7	3.5
Nur letzte 12 Monate abstinent	9.8 (701)	9.4	10.2	3.5	5.6	8.2	10.5	9.5	10.7	14.6
Nur letzte 30 Tage abstinent	15.1 (1287)	10.7	19.6	17.4	17.9	14.9	15.2	14.5	15.4	12.2
Risikoarmer Konsum	57.3 (5155)	61.4	53.1	55.2	56.3	59.8	58.3	58.6	55.6	55.9
Riskanter Konsum	14.2 (1346)	15.6	12.8	16.7	15.5	14.1	11.9	14.0	15.5	13.8
Rauschtrinken ²	6693	3124	3569	857	752	689	988	1250	1378	779
0 Tage	64.5 (4336)	53.2	78.1	42.3	46.9	50.6	61.3	70.9	71.0	77.0
1 bis 3 Tage	21.3 (1490)	26.1	15.4	39.0	32.5	32.3	24.7	17.5	14.4	12.3
4 oder mehr Tage	14.3 (867)	20.6	6.6	18.7	20.6	17.1	14.1	11.6	14.6	10.7
DSM-IV ³	9014	3906	5108	1137	990	892	1386	1644	1885	1080
Missbrauch	3.1 (293)	4.7	1.5	6.0	4.1	4.0	4.1	2.6	2.6	0.8
Abhängigkeit	3.4 (310)	4.8	2.0	6.4	6.1	4.6	4.5	3.2	1.9	1.1

Anmerkungen. ¹Risikoarmer Konsum: >0–12/24 Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer. Riskanter Konsum: >12/24 Gramm Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer; ²bezogen auf Konsumenten der letzten 30 Tage; Tage mit fünf oder mehr Gläsern Alkohol; ³ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe.

Tabelle 2

Prävalenz des Rauchens, Frequenz des Zigarettenkonsums und Prävalenz der Tabakabhängigkeit nach DSM-IV, Prozent (n)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Konsumprävalenz ¹	9026	3913	5113	1142	992	893	1393	1650	1883	1073
Nichtraucher	43.4 (4556)	37.6	49.5	72.0	54.5	47.3	41.7	43.1	34.4	43.0
Ex-Raucher	26.4 (2155)	28.4	24.3	4.2	12.0	16.2	24.1	26.9	37.0	35.7
Raucher	30.2 (2315)	34.0	26.2	23.8	33.5	36.6	34.1	30.0	28.6	21.3
Konsumfrequenz ²	2170	1036	1134	236	277	267	373	391	443	183
Nicht täglich	26.8 (721)	25.3	28.7	53.4	37.5	30.7	28.0	23.7	19.5	22.2
Täglich bis 10 Zigaretten	23.5 (561)	18.3	30.1	27.1	31.8	22.0	21.7	21.9	25.7	18.2
Täglich 11–19 Zigaretten	20.7 (424)	21.2	20.1	13.6	19.2	25.5	22.9	16.7	22.5	20.7
Täglich 20 oder mehr Zig.	29.0 (464)	35.2	21.1	5.9	11.5	21.8	27.4	37.7	32.3	38.9
DSM-IV ³	9012	3905	5107	1144	990	892	1391	1646	1877	1072
Abhängigkeit	10.8 (741)	12.5	9.0	7.7	13.2	13.8	12.5	11.2	9.1	7.4

Anmerkungen. ¹Nichtraucher: Insgesamt höchstens 100mal geraucht; Ex-Raucher: Mehr als 100mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen; Raucher: in den letzten 30 Tagen geraucht. ²Bezogen auf Zigarettenraucher der letzten 30 Tage. ³12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe.

die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis unter Männern doppelt so hoch wie unter Frauen (6.0 % vs. 3.0 %, OR = 2.1, KI = 1.7–2.7). Darüber hinaus finden sich Altersunterschiede im Konsum illegaler Substanzen in den letzten 12 Monaten. Es zeigt sich ein charakteristischer negativer Altersgradient im Cannabiskonsum mit den höchsten Prävalenzwerten unter 18- bis 20-Jährigen (16.2 %) und 21- bis 24-Jährigen (13.7 %). Der Konsum von Amphetaminen (2.4 %), Ecstasy (1.7 %) und LSD (1.3 %) wurde am häufigsten von 25- bis 29-Jährigen be-

richtet. Andere Opiate (0.8 %) und Kokain (1.8 %) wurden am häufigsten von 30- bis 39-Jährigen konsumiert.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllen jeweils 0.5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Insgesamt 0.2 % weisen eine Kokainabhängigkeit auf. Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigen 0.2 % der Befragten, weitere 0.1 % erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeit. Mit Ausnahme von Kokainmissbrauch weisen Männer häufiger als Frauen substanzbezogene Störungen im Zusammenhang

Tabelle 3
12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und assoziierter substanzbezogener Störungen nach DSM-IV, Prozent (n)

	Gesamt		Geschlecht		Altersgruppen						
			Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Konsumprävalenz ¹	9063		3924	5139	1147	992	897	1394	1653	1894	1086
Cannabis	4.5	(505)	6.0	3.0	16.2	13.7	9.8	5.7	2.0	0.9	0.1
Amphetamine	0.7	(60)	1.2	0.3	1.6	2.1	2.4	0.6	0.5	0.1	0.0
Ecstasy	0.4	(30)	0.7	0.1	0.7	0.8	1.7	0.3	0.4	0.1	0.0
LSD	0.3	(16)	0.5	0.1	0.6	0.3	1.3	0.1	0.3	0.0	0.0
Heroin	0.2	(9)	0.3	0.1	0.3	0.0	0.7	0.2	0.2	0.0	0.0
Andere Opiate	0.3	(19)	0.4	0.3	0.1	0.1	0.7	0.8	0.1	0.2	0.1
Kokain	0.8	(54)	1.3	0.3	1.4	0.8	1.5	1.8	0.5	0.2	0.2
Crack	0.1	(4)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.6	0.1	0.1	0.0	0.0
Pilze	0.3	(23)	0.5	0.1	0.5	0.6	1.0	0.4	0.3	0.0	0.0
Spice ²	0.2	(12)	0.3	0.0	0.7	0.1	0.7	0.1	0.1	0.0	0.0
DSM-IV Cannabis ³	9054		3917	5137	1146	990	897	1394	1651	1891	1085
Missbrauch	0.5	(48)	0.8	0.2	1.5	2.3	0.6	0.6	0.4	0.0	0.0
Abhängigkeit	0.5	(46)	0.8	0.2	1.3	1.4	2.3	0.3	0.1	0.2	0.0
DSM-IV Kokain ³	9055		3918	5137	1146	990	897	1393	1652	1892	1085
Missbrauch	0.0	(1)	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Abhängigkeit	0.2	(10)	0.3	0.1	0.3	0.1	0.6	0.3	0.1	0.1	0.0
DSM-IV Amphetamine ³	9056		3918	5138	1147	990	897	1393	1652	1892	1085
Missbrauch	0.2	(9)	0.3	0.0	0.1	0.3	0.2	0.1	0.3	0.1	0.0
Abhängigkeit	0.1	(8)	0.2	0.0	0.4	0.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Anmerkungen. ¹ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer der aufgeführten Substanzen; ²hierunter zählen weiterhin Smoke, Space, Badesalze, Cathinone oder andere Substanzen; ³ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe.

mit dem Gebrauch von illegalen Drogen auf. Darüber hinaus sind die Prävalenzwerte für die einzelnen Diagnosen im jungen Erwachsenenalter tendenziell höher.

Medikamente

Die mit Abstand am häufigsten eingenommenen Arzneimittel stellen Schmerzmittel dar (Tabelle 4). Mehr als die Hälfte der Befragten (61.9 %) hat ein entsprechendes Präparat in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eingenommen. Dies berichteten mehr Frauen als Männer (68.0 % vs. 56.1 %, OR = 1.7, KI = 1.5–1.9) sowie vermehrt Personen im mittleren Erwachsenenalter. Deutlich seltener wurde die Einnahme von Schlafmitteln (5.5 %), Beruhigungsmitteln (5.4 %), Anregungsmitteln (0.9 %) und Appetitzüglern (0.4 %) angegeben. Anregungsmittel wurden tendenziell häufiger von Männern, alle anderen Medikamente häufiger von Frauen eingenommen. Während die Einnahme von Schlafmitteln mit dem Alter zunimmt, wurden Anregungsmittel mit zunehmendem Alter seltener eingenommen. Für Beruhigungsmittel finden sich die höchsten Gebrauchsprävalenzen unter 50- bis 59-Jährigen (7.7 %).

In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung am häufigsten täglich eingenommen wurden Schmerzmittel (4.2 %), ge-

folgt von Beruhigungsmitteln (1.2 %), Schlafmitteln (0.8 %), Anregungsmitteln (0.3 %) und Appetitzüglern (0.1 %). Mit Ausnahme von Schmerzmitteln sind die Geschlechtsunterschiede marginal. Die Altersunterschiede in der 30-Tage-Prävalenz der täglichen Einnahme stimmen weitgehend mit der Gebrauchsprävalenz der letzten 12 Monate überein. Lediglich die tägliche Einnahme von Schmerzmitteln nimmt mit dem Alter zu, während die 12-Monats-Prävalenz ab dem 50. Lebensjahr abnimmt.

Insgesamt 8.7 % der befragten 18- bis 64-Jährigen erfüllen die DSM-IV Kriterien für einen Missbrauch von Schmerzmitteln. Weitere 3.4 % weisen eine Abhängigkeit von Schmerzmitteln auf. Jeweils 0.8 % der Befragten erfüllen die Kriterien für einen Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit von Schlafmitteln. Ein Missbrauch von Beruhigungsmitteln wurde bei 0.8 % der Befragten festgestellt. Zudem weisen 1.4 % eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln auf. Geschlechtsunterschiede in den Einzeldiagnosen sind weitestgehend zu vernachlässigen. Lediglich für Schmerzmittel findet sich ein tendenziell höherer Anteil an weiblichen Abhängigen (3.7 % vs. 3.0 %), wobei der Unterschied nicht statistisch bedeutsam ist (OR = 1.2, KI = 0.9–1.7). Der Anteil an Personen mit einer Abhängigkeit von Medikamenten ist tendenziell unter 40- bis 59-Jährigen am größten. Ein Missbrauch von Schmerzmitteln findet sich häufiger unter 25- bis 39-Jährigen.

Tabelle 4

Prävalenz des Gebrauchs von Medikamenten und assoziierter substanzbezogener Störungen nach DSM-IV, Prozent (n)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gebrauchsprävalenz ^{1,2}	9018	3889	5129	1140	987	894	1398	1644	1876	1079
Schmerzmittel	61.9 (5590)	56.1	68.0	60.2	65.4	65.5	68.4	66.7	56.1	46.3
Schlafmittel	5.5 (471)	4.2	6.8	3.0	3.5	4.7	4.0	5.8	6.9	8.1
Beruhigungsmittel	5.4 (425)	4.6	6.2	3.7	3.8	5.4	4.8	4.7	7.7	5.0
Anregungsmittel	0.9 (82)	1.2	0.7	1.5	1.7	1.8	1.2	0.6	0.7	0.1
Appetitzügler	0.4 (30)	0.2	0.6	0.6	0.3	0.7	0.2	0.7	0.3	0.3
Tägliche Einnahme ^{1,3}	9041	3905	5136	1144	990	895	1398	1648	1882	1084
Schmerzmittel	4.2 (299)	3.8	4.6	2.0	0.7	2.5	2.8	4.7	6.3	6.1
Schlafmittel	0.8 (59)	0.7	0.8	0.7	0.4	0.7	0.3	0.8	1.1	1.2
Beruhigungsmittel	1.2 (78)	1.1	1.3	0.4	0.3	1.0	0.6	1.1	2.2	1.5
Anregungsmittel	0.3 (24)	0.3	0.2	0.5	0.4	0.1	0.4	0.1	0.4	0.1
Appetitzügler	0.1 (11)	0.2	0.1	0.3	0.3	0.2	0.0	0.1	0.1	0.1
DSM-IV Schmerzmittel ⁴	9054	3917	5137	1146	990	897	1394	1651	1891	1085
Missbrauch	8.7 (725)	8.5	8.8	6.9	9.4	10.5	11.8	9.1	6.7	5.2
Abhängigkeit	3.4 (248)	3.0	3.7	2.1	1.9	1.9	3.0	4.5	4.0	2.6
DSM-IV Schlafmittel ⁴	9056	3918	5138	1147	990	897	1393	1652	1892	1085
Missbrauch	0.8 (62)	0.8	0.8	0.4	0.4	1.1	0.5	0.8	1.2	0.5
Abhängigkeit	0.8 (53)	0.8	0.9	0.5	0.8	0.7	1.0	1.0	0.9	0.2
DSM-IV Beruhigungsm. ⁴	9055	3918	5137	1146	990	897	1393	1652	1892	1085
Missbrauch	0.8 (57)	0.8	0.8	0.2	0.7	1.6	0.6	0.7	0.9	0.6
Abhängigkeit	1.4 (81)	1.4	1.3	0.5	0.6	0.5	1.2	1.8	2.0	0.8

Anmerkungen. ¹ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer der aufgeführten Substanzen; ²12-Monats-Prävalenz; ³bezogen auf die letzten 30 Tage; ⁴ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe.

Hochrechnung substanzbezogener Störungen in der Bevölkerung

Die Prävalenz-Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV lassen sich auf die deutsche Allgemeinbevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre hochrechnen (Tabelle 5). Demnach weisen etwa 1.61 Millionen Erwachsene (KI = 1.39 Mio. – 1.87 Mio.) einen Alkoholmissbrauch und weitere 1.77 Millionen (KI = 1.54 Mio. – 2.04 Mio.) eine Alkoholabhängigkeit auf. Insgesamt 5.58 Millionen (KI = 5.10 Mio. – 6.11 Mio.) Erwachsene in Deutschland sind tabakabhängig. Parallel dazu zeigen hochgerechnet etwa 283 000 Erwachsene (KI = 201 000–397 000) einen Missbrauch und 319 000 Erwachsene (KI = 224 000–453 000) eine Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Konsum der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine. Weiterhin haben geschätzte 4.61 Millionen (KI = 4.20 Mio. – 5.05 Mio.) Personen eine Diagnose für den Missbrauch von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln. Etwa 2.31 Millionen Personen (KI = 2.03 Mio. – 2.62 Mio.) sind von (mindestens) einem dieser Medikamente abhängig. In Bezug auf Alkohol, Tabak und il-

legale Drogen weisen mehr Männer als Frauen in der Bevölkerung eine substanzbezogene Störung auf.

Diskussion

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 zu Umfang und Konsummustern des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen sowie damit assoziierten Störungen. Darüber hinaus ermöglichen die dargestellten Hochrechnungen eine Einschätzung des Ausmaßes substanzbezogener Störungen unter 18- bis 64-jährigen Erwachsenen in Deutschland.

Nach wie vor zählt Alkohol zu den am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Hochgerechnet auf die Allgemeinbevölkerung sind etwa 7.4 Millionen Erwachsene (95 % KI: 6.9 Mio. – 7.9 Mio.) riskante Alkoholkonsumenten, d. h. sie trinken mehr als die von Experten empfohlene durchschnittliche Tageshöchstmenge. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass vor allem Männer und junge Erwachsene zu episodischem Konsum großer Alkoholmengen neigen. Die Daten der

Tabelle 5
Hochrechnung der Anzahl an Personen mit substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung¹

Störung nach DSM-IV	Gesamt		Männer		Frauen	
	N	(95 %-KI)	N	(95 %-KI)	N	(95 %-KI)
Alkohol						
Missbrauch	1.61 Mio.	(1.39 Mio. – 1.87 Mio.)	1.23 Mio.	(1.12 Mio. – 1.47 Mio.)	382 000	(297 000–490 000)
Abhängigkeit	1.77 Mio.	(1.54 Mio. – 2.04 Mio.)	1.25 Mio.	(1.05 Mio. – 1.49 Mio.)	519 000	(413 000–650 000)
Tabak						
Abhängigkeit	5.58 Mio.	(5.10 Mio. – 6.11 Mio.)	3.28 Mio.	(2.92 Mio. – 3.68 Mio.)	2.29 Mio.	(2.02 Mio. – 2.60 Mio.)
Illegale Drogen ²						
Missbrauch	283 000	(201 000–397 000)	254 000	(153 000–327 000)	58 000	(33 000–103 000)
Abhängigkeit	319 000	(224 000–453 000)	260 000	(172 000–393 000)	58 000	(32 000–105 000)
Medikamente ³						
Missbrauch	4.61 Mio.	(4.20 Mio. – 5.05 Mio.)	2.30 Mio.	(1.98 Mio. – 2.67 Mio.)	2.30 Mio.	(2.08 Mio. – 2.55 Mio.)
Abhängigkeit	2.31 Mio.	(2.03 Mio. – 2.62 Mio.)	1.04 Mio.	(837 000–1.28 Mio.)	1.27 Mio.	(1.09 Mio. – 1.48 Mio.)

Anmerkungen. ¹Basierend auf 51 743 922 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag 31.12.2011, Statistisches Bundesamt); ²mindestens eine DSM-IV Diagnose im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen; ³mindestens eine DSM-IV Diagnose im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Schmerzmitteln, Schlafmitteln oder Beruhigungsmitteln. KI Konfidenzintervall.

„Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) bestätigen diesen Befund. Demnach konsumiert fast jeder zweite Mann im Alter zwischen 18 und 29 Jahren mindestens einmal monatlich sechs oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit. Langfristig ist schon bei vergleichsweise geringen Durchschnittsmengen mit der Entwicklung von Gesundheitsschäden wie Leberzirrhose (Corrao, Bagnardi, Zambon & Arico, 1999) und verschiedenen Krebserkrankungen (Corrao, Bagnardi, Zambon & La Vecchia, 2004) zu rechnen. Das Risiko akuter (Kraus, Baumeister, Pabst & Orth, 2009) und chronischer (Rehm, Greenfield & Rogers, 2001) Folgen potenziert sich bei gelegentlichem Rauschtrinken um ein Vielfaches.

Etwa 3.4 Millionen Erwachsene (95 % KI: 3.1 Mio. – 3.8 Mio.) im Alter zwischen 18 und 64 Jahren haben eine alkoholbezogene Störung. Die höchsten Raten von Alkoholabhängigkeit waren bei unter 25-Jährigen und die höchsten Raten von Alkoholmissbrauch bei unter 20-Jährigen zu beobachten. Ähnliche Befunde wurden in internationalen Studien berichtet, beispielsweise aus den USA (Harford, Grant, Yi & Chen, 2005), Australien (Teesson et al., 2010) und Israel (Neumark, Lopez-Quintero, Grinshpoon & Levinson, 2007). Im Zusammenhang mit den dargestellten Ergebnissen zu Trinkmenge und -muster ist anzunehmen, dass jüngere Trinker ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer alkoholbezogenen Störung haben. Es gibt jedoch empirische Belege für eine Überschätzung einzelner Symptome von Alkoholabhängigkeit bei jungen Erwachsenen, sodass die höhere Prävalenz zumindest teilweise messfehlerbehaftet sein dürfte (Chung & Martin, 2005; Pabst, Kraus, Piontek & Baumeister, 2012).

Tabak ist nach Alkohol das am weitesten verbreitete Suchtmittel in Deutschland. Vergleichbare Raucherraten von etwa 30 % werden auch in anderen Studien unter Er-

wachsenen in Deutschland berichtet (Lampert et al., 2013; Robert Koch-Institut, 2012). In den letzten Jahren scheinen jedoch insbesondere junge Erwachsene von den umgesetzten Maßnahmen zur Tabakkontrolle und zum Nichtraucherschutz profitiert zu haben. Rauchten im Jahr 2009 noch 27.3 % der 18- bis 20-Jährigen, waren es in der aktuellen Erhebung noch 23.8 % (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010). Es zeigt sich, dass die Raucherraten ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich zurückgehen und der Anteil der Ex-Raucher deutlich ansteigt. Dies dürfte vor allem auf den Anstieg tabakbedingter Erkrankungen im Alter zurückzuführen sein (Lampert, 2013).

Fast 5.6 Millionen Menschen in Deutschland sind tabakabhängig. Berücksichtigt man nur die Gruppe der aktuellen Raucher, hat etwa jeder Dritte eine entsprechende DSM-IV Diagnose. Internationale Studien gehen sogar von bis zu 50 % abhängigen Rauchern aus (Hughes, Helzer & Lindberg, 2006). Von allen untersuchten Substanzen weist Tabak damit die mit Abstand höchste Rate an Personen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung auf. Dennoch spielt die Behandlung der Tabakabhängigkeit in der Suchthilfe nahezu keine Rolle (Pfeiffer-Gerschel, Künzel & Steppan, 2011). Obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Tabakentwöhnung gut belegt ist (Fiore et al., 2008), werden entsprechende Programme als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen bislang nicht anerkannt (Batra, Hering & Mühlh, 2012).

Die Ergebnisse des ESA 2012 zeigen weiter, dass Cannabis in Deutschland die dominierende illegale Droge darstellt. Auch weltweit gilt Cannabis als die am häufigsten konsumierte illegale Substanz (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2012). Der beobachtete überdurchschnittlich häufige Cannabiskonsum durch junge männliche Erwachsene ist seit Jahren bekannt. Als beson-

dere Risikogruppe wurden zudem Studierende identifiziert (Pauly & Klein, 2012). Kokain und Amphetamine sind nach Cannabis die gebräuchlichsten illegalen Substanzen. Die Verbreitung aller weiteren erfragten illegalen Drogen ist mit einer 12-Monats-Prävalenz von weniger als 0,5 % als gering zu bewerten.

Hochgerechnet haben insgesamt etwa 600 000 Erwachsene (95 % KI: 470 000–770 000) in Deutschland eine klinische Diagnose im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen. Ein besonderes Risiko im Zusammenhang mit dem Gebrauch illegaler Drogen stellt die hohe Verbreitung der Einnahme weiterer (illegaler) Substanzen zur Kompensation und/oder Wirkungsmodulation dar (Agrawal, Neale, Prescott & Kendler, 2004; Smith, Farrell, Bunting, Houston & Shevlin, 2011). So zeigt sich eine substanzbezogene Komorbidität insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis und Kokain (Piontek, Kraus, Gomes de Matos & Pabst, 2013).

Im Gegensatz zu anderen Substanzen werden psychoaktive Medikamente weniger zu Genuss- und Rauschzwecken sondern in erster Linie aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung eingenommen. Insgesamt 61,7 % der Nutzer von Schlafmitteln und 70,1 % der Nutzer von Beruhigungsmitteln haben diese Medikamente in den letzten 30 Tagen mit ärztlicher Verordnung eingenommen (Daten wurden nicht dargestellt). Bei Schmerzmitteln liegt der Anteil nur bei 35,2 %. Diese Diskrepanz erklärt sich aus den gesetzlichen Regelungen zur Verschreibungspflicht. Eine Vielzahl an Schmerzmittelpräparaten ist rezeptfrei erhältlich, während Schlaf- und Beruhigungsmittel überwiegend rezeptpflichtig sind (Schwabe & Paffrath, 2012).

Die Hochrechnung von 6,9 Millionen Erwachsenen in Deutschland mit einer medikamentenbezogenen Störung ist als konservativ zu betrachten. Zum einen wurden die DSM-IV Kriterien nur für drei Arzneimittelgruppen erhoben. Zum anderen ist der Altersbereich des ESA 2012 auf 64 Jahre begrenzt. Da die Einnahme von Medikamenten im hohen Erwachsenenalter eher zunimmt, dürfte die Anzahl der Medikamentenabhängigen in der Bevölkerung höher liegen (Rumpf & Weyerer, 2005).

Vor allem bei älteren Menschen steigt durch häufige Parallelmedikation und lange Verordnungszeiten von Medikamenten die Gefahr gesundheitlicher Schäden. Man schätzt, dass 4 bis 5 % der häufig verordneten Medikamente, vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel, ein Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential haben (Glaeske, 2013). Zwar finden sich die höchsten Raten an Personen mit einer medikamentenbezogenen Störung in der Gruppe der Schmerzmittel. Relativ zur Gebrauchsprävalenz in den letzten 12 Monaten ist der Anteil an Personen mit einer DSM-IV Diagnose für Schlaf- und Beruhigungsmittel jedoch höher.

Als Stärken des ESA sind die Größe der Stichprobe und das Studiendesign zu bewerten. Durch die Befragung von mehr als 9000 Personen ist die statistische Genauigkeit der dargestellten Schätzungen selbst bei geringen Prävalenzwerten gewährleistet. Die Ziehung einer gestuften Zu-

fallsstichprobe garantiert die Unabhängigkeit der Ergebnisse und damit ihre Generalisierbarkeit. Insgesamt können die dargestellten Prävalenz-Schätzungen und Hochrechnungen als repräsentativ hinsichtlich Geschlecht, Alters- und Bildungsstruktur der erwachsenen Allgemeinbevölkerung und als unabhängig von Bundesland und Gemeindegröße gewertet werden. Dennoch sind Selektionseffekte und Verzerrungen in den Daten nicht vollständig auszuschließen. So ist beispielsweise von einer Unterschätzung des Raucheranteils und einer Überschätzung des Anteils an Cannabiskonsumenten auszugehen, die sich aus der Teilnahmebereitschaft an der Studie ergeben (Kraus et al., 2013). Darüber hinaus sind verschiedene Subgruppen der Bevölkerung, die besonders häufig riskante Substanzkonsumenten sind, nicht Teil des Untersuchungsrahmens (z. B. Wohnungslose oder Gefängnisinsassen). Eine weitere Fehlerquelle betrifft die Erhebung der Daten in Form von Selbstangaben. Erinnerungsfehler und Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit können nicht quantifiziert und entsprechende Messfehler nicht ausgeschlossen werden (Groves et al., 2009). Zudem sind Verzerrungen in den Daten durch Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den verschiedenen Befragungsmodi möglich (Kraus et al., 2013).

Die Ergebnisse des ESA 2012 sprechen für eine insgesamt weite Verbreitung des Konsums psychoaktiver Substanzen in der Allgemeinbevölkerung. Die hohe Prävalenz des Alkoholkonsums sowie die hohen monetären und gesundheitlichen Kosten, die jedes Jahr im Zusammenhang mit Alkohol entstehen (Kraus, Piontek, Pabst & Bühringer, 2011), machen die Notwendigkeit der konsequenten Umsetzung alkoholpolitischer Maßnahmen deutlich. Höhere Steuern auf alkoholische Getränke könnten neben Werbeverboten und Verkaufsbeschränkungen effektiv zur Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholbedingter Probleme in der Bevölkerung beitragen (Babor et al., 2010). Zusätzliche Bemühungen sind auch im Tabakbereich notwendig, um die hohe Zahl Abhängiger zu reduzieren. Gleichzeitig ist es sinnvoll, sowohl Rauchstopp-Angebote als auch primärpräventive Maßnahmen für Jugendliche auszubauen, da eine längerfristige Abstinenz im Jugendalter das Risiko der Entwicklung einer Tabakabhängigkeit im Erwachsenenalter deutlich reduziert (Van De Ven, Greenwood, Engels, Olsson & Patton, 2010). Letztlich bedarf auch der Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen im Alter im Kontext der demographischen Entwicklung der Gesellschaft einer erhöhten Aufmerksamkeit in Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit.

Danksagung

Der Epidemiologische Suchtsurvey 2012 wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördert (AZ: IIA5–2511DSM216). Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

Deklaration konkurrierender Interessen

Ludwig Kraus und Daniela Piontek wurden in einem Forschungsprojekt zur Epidemiologie von Alkoholabhängigkeit von Lundbeck GmbH gefördert.

Literatur

- Agrawal, A., Neale, M. C., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2004). Cannabis and other illicit drugs: Comorbid use and abuse/dependence in males and females. *Behavior Genetics*, 34, 217–228.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Batra, A., Hering, T. & Mühlig, S. (2012). Die Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Krankheit – ein längst fälliger Schritt oder ein Kampf gegen Windmühlen? *SUCHT*, 58, 153–155.
- 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, 128). Baden-Baden: Nomos.
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39, 111–127.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789–1795.
- Chung, T. & Martin, C. S. (2005). What were they thinking? Adolescents' interpretations of DSM-IV alcohol dependence symptom queries and implications for diagnostic validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 191–200.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & Arico, S. (1999). Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: A meta-analysis. *Addiction*, 94, 1551–1573.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38, 613–619.
- Fiore, F. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Baily, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J. et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Glaeske, G. (2013). Medikamente 2011 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 91–110). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Glaeske, G. & Schickentanz, C. (2011). *BARMER GEK Arzneimittelreport 2011*. St. Augustin: Asgard.
- Groves, R. M., Fowler, F. J., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E. & Tourangeau, R. (2009). *Survey methodology* (2nd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hapke, U., v. d. Lippe, E. & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56 (5–6), 809–813.
- Harford, T. C., Grant, B. F., Yi, H. Y. & Chen, C. M. (2005). Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 810–828.
- Hughes, J. R., Helzer, J. E. & Lindberg, S. A. (2006). Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 91–102.
- Knopf, H. & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56 (5–6), 868–877.
- Kraus, L., Baumeister, S. E., Pabst, A. & Orth, B. (2009). Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 314–320.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *SUCHT*, 57, 119–129.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Gomes de Matos, E. (2013). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. *SUCHT*, 59, 309–320.
- Kurth, B.-M. (2012). Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 980–990.
- Lampert, T. (2013). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 67–90). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lampert, T., v. d. 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.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H. et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224–2260.
- Long, J. S. & Freese, J. (2006). Regression models for categorical and limited dependent variables using STATA (2nd ed.). College Station, TX: Stata Press.
- Neumark, Y. D., Lopez-Quintero, C., Grinshpoon, A. & Levinson, D. (2007). Alcohol drinking patterns and prevalence of alcohol-abuse and dependence in the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 44, 126–135.
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376, 1558–1565.
- Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D. & Baumeister, S. E. (2012). Age differences in diagnostic criteria of DSM-IV alcohol depend-

- ence among adults with similar drinking behaviour. *Addiction*, 107, 331–338.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *SUCHT*, 56, 327–336.
- Pauly, A. & Klein, M. (2012). Cannabiskonsum im Studium. *SUCHT*, 58, 127–135.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009 – ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *SUCHT*, 57, 421–430.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *SUCHT*, 59, 347–354.
- Rehm, J., Greenfield, T. K. & Rogers, J. D. (2001). Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking, and all-cause mortality: Results from the US National Alcohol Survey. *American Journal of Epidemiology*, 153, 64–71.
- Robert Koch-Institut. (2012). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell 2010“*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Rumpf, H.-J. & Weyerer, S. (2005). Sucht im Alter. *Sucht Aktuell*, 12, 28–33.
- Schmidt, C. O., Watzke, A. B., Schulz, A., Baumeister, S. E., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2013). Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Vorpommern. Welchen Einfluss haben frühere psychische Auffälligkeiten auf die Survey-Teilnahme und Prävalenzschätzungen? Ergebnisse der SHIP-Studie. *Psychiatrische Praxis*, 40, 192–199.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2012). *Arzneiverordnungs-Report 2012*. Berlin: Springer.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205–209). Geesthacht: Neuland.
- Smith, G. W., Farrell, M., Bunting, B. P., Houston, J. E. & Shevlin, M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 222–228.
- Teesson, M., Hall, W., Slade, T., Mills, K., Grove, R., Mewton, L. et al. (2010). Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 105, 2085–2094.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2012). *World drug report 2012*. Wien: United Nations Publication.
- Van De Ven, M. O., Greenwood, P. A., Engels, R. C., Olsson, C. A. & Patton, G. C. (2010). Patterns of adolescent smoking and later nicotine dependence in young adults: A 10-year prospective study. *Public Health*, 124, 65–70.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57–84.
- 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.
- World Health Organisation. (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO.

Dr. phil. Alexander Pabst

1998 bis 2005 Diplom-Studium Psychologie an der Universität Leipzig
 seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Epidemiologie und Diagnostik am IFT Institut für Therapieforchung in München
 2013 Promotion zum Dr. phil. an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dr. phil. Alexander Pabst

IFT Institut für Therapieforchung
 Parzivalstr. 25
 80804 München
 Deutschland
 Tel.: +49 (0)89–360804–33
 Fax: +49 (0)89–360804–49
 pabst@ift.de

Eingereicht: 17.05.2013

Angenommen nach Revision: 27.09.2013