

**Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
Hamburg**

**Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften**

**Polykonsum psychotroper Substanzen in der
deutschen Allgemeinbevölkerung
- Eine Analyse der Verteilung -**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 13. Juli 2009

Diplomarbeit von: Birgit Höhne,

Betreuung durch: Frau Prof. Christiane Deneke, Frau Dr. Zita Schillmöller

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Herrn PD Dr. Ludwig Kraus vom Institut für Therapieforschung (IFT) in München bedanken, der es mir ermöglichte dort meine Diplomarbeit zu schreiben. Des Weiteren bedanke ich mich für die freundliche Kooperation und fachliche Unterstützung. Mein besonderer Dank gilt Herrn Dipl. Psychologe Alexander Pabst, der mich fachlich bei meiner Arbeit sehr unterstützte. Weiterhin danke ich allen anderen Kolleginnen und Kollegen des Instituts für die Hilfe und konstruktive Kritik, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. Ein herzliches Dankeschön auch an meine beiden Betreuerinnen Frau Prof. Christiane Deneke und Frau Dr. Zita Schillmöller, die mir wertvolle Anregungen und Tipps zur Erstellung gaben. Vielen Dank auch an alle Korrekturleserinnen und -leser.

Zusammenfassung

Einleitung: Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen stellt nach wie vor ein vermeidbares Gesundheitsrisiko dar. Ein Konsum oberhalb substanzspezifischer Gefährdungsgrenzen lässt physische und psychische Folgeschäden erwarten und erhöht das Risiko für die Entwicklung substanzbezogener Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit. Gerade der Konsum mehrfacher Substanzen auf riskantem Niveau birgt durch den kumulativen Effekt der Wirksubstanzen gesundheitliche Risiken, die schwer messbar sind. In der vorliegenden Arbeit wurde die epidemiologische Verteilung des Polykonsums in der deutschen Allgemeinbevölkerung anhand vier ausgewählter legaler und illegaler Substanzen untersucht. Weiterhin wurden Faktoren ermittelt, die einen riskanten Polykonsum voraus-sagen.

Methodik: Für die Analyse wurden Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) von 2006 verwendet. Diese repräsentative Bevölkerungsstichprobe umfasst 7.912 Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren. Die Verteilung des Polykonsums wurde anhand substanzspezifischer Mengengrenzwerte deskriptiv dargestellt. Basierend auf dem Konsumverhalten wurden die Konsumenten in drei Risikogruppen klassifiziert und hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und substanzbezogener Störungen (Missbrauch und Abhängigkeit) untersucht. Zur Voraussage eines riskanten Polykonsums wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. Die Analyse erfolgte mit Stata/SE 10.1.

Ergebnisse: 4,1% der Konsumenten zählen zu den riskanten Polykonsumenten. Diese hatten bei allen vier Substanzen den höchsten Anteil an Störungen. Alkoholbezogene Störungen waren dabei mit 34,1% am häufigsten. Die Verteilung der Störungen über die Risikogruppen zeigt bei Alkohol (39,6%), Tabak (45,6%) und psychoaktiven Medikamenten (45,8%) den höchsten Anteil in der Gruppe der Single-Risiko-Konsumenten. Cannabisbezogene Störungen sind am häufigsten bei riskanten Polykonsumenten. In der logistischen Regression zeigten Männer (OR:2,8; KI:1,77-4,29), die Altersgruppen (30- bis 49-Jährige: OR:2,9; KI:1,66-4,89; 50- bis 64-Jährige: OR:4,5; KI:2,49-8,06) und der Gesundheitszustand (guter: OR:2,0; KI:1,04-4,26; durchschnittlicher: OR:3,0; KI:1,43-6,25; schlechter/sehr schlechter: OR:2,8; KI:1,12-6,79) signifikante Odds Ratios.

Diskussion: Die Notwendigkeit für Public Health Maßnahmen bleibt. Um das Risiko zu senken, sollten Präventionsmaßnahmen initiiert werden, die auf mehrere Substanzen abzielen, anstatt eine in den Vordergrund zu stellen. Das Bewusstsein der Konsumenten für gesundheitlich negative Konsequenzen durch einen riskanten Konsum sollte geschärft werden. Gleichzeitig sollten Interventionen nicht allein substanzabhängig stattfinden, sondern beeinflussende psychosoziale Faktoren weiterhin mit berücksichtigen.

Abstract

Background: The use of psychoactive substances still remains a preventable major health risk. The consumption above substance-specific cut-off points can result in physical and mental-health problems. Furthermore the risk might increase the development of substance-related disorders like abuse and dependence. The polydrug use of substances on a risky level involves several health risks that are difficult to measure. In the present study the epidemiological distribution of polydrug-use in the German general population was displayed on the basis of four pre-selected licit and illicit drugs. Furthermore, factors that predict a risky consumption of more than two substances were identified.

Methods: In the present analysis data from the large 2006 Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA) was used. The representative sample consists of 7,912 18- to 64-year-old adults and was drawn from the general population. The distribution of polydrug-users was first analysed descriptively. Based on the consumption behaviour, three risk groups were classified and tested for differences in socio-demographic characteristics and substance-related disorders. The analysis was done using Stata/SE Version 10.1.

Results: 4.1% are risky polydrug-users. They had the highest proportion of substance-related disorders. Alcohol-related disorders showed the highest prevalence with 34.1%. The disorders distribution over the three risk groups showed the highest ratio for alcohol (39.6%), tobacco (45.6%) and psychoactive drugs (45.8%) in the group of consumers, who only used one substance on a risky level. Cannabis-related disorders showed the greatest proportion within the group of polydrug-users. The logistic regression model showed significant odds ratios for men (OR:2.8; CI:1.77-4.29), age groups (30- to 49-year-old: OR:2.9; CI:1.66-4.89; 50- to 64-year-olds: OR:4.5; CI:2.49-8.06) and state of health (good: OR:2.0; CI:1.04-4.26; average: OR:3.0; CI:1.43-6.25; poor/very poor: OR:2.8; CI:1.12-6.79).

Conclusion: There is still need for public health interventions. To reduce overall risk, preventive strategies should be initiated with the focus on the combinational use of more than one substance. The people's awareness for negative health consequences that might result from consumption above the substance-specific cut-off points should be raised.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
2	HINTERGRUND.....	6
2.1	Singlekonsum von psychotropen Substanzen.....	6
2.1.1	Epidemiologie der Einzelsubstanzen.....	6
2.1.2	Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV.....	10
2.2	Polykonsum von psychotropen Substanzen.....	14
2.2.1	Begriffsbestimmung.....	14
2.2.2	Aktueller Stand der Wissenschaft.....	16
3	DATENGRUNDLAGE UND METHODE.....	19
3.1	Datengrundlage.....	19
3.1.1	Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA).....	19
3.1.2	Stichprobe.....	19
3.1.3	ESA- Fragebogen.....	20
3.1.4	Datenerhebung.....	21
3.2	Untersuchungsinstrumente.....	21
3.2.1	Konsumgrenze: Alkohol.....	22
3.2.2	Konsumgrenze: Tabak.....	24
3.2.3	Konsumgrenze: Cannabis.....	25
3.2.4	Konsumgrenze: Psychoaktive Medikamente.....	26
3.2.5	Soziodemografische Kovariablen.....	27
3.3	Epidemiologische Analysemethoden.....	27
3.4	Vorgehensweise.....	28
3.4.1	Deskriptive Analyse.....	29
3.4.2	Binäre Logistische Regression.....	30

4	ERGEBNISSE.....	31
4.1	Soziodemografie.....	31
4.2	Verteilung des Singlekonsums.....	31
4.3	Verteilung des Polykonsums.....	33
4.4	Substanzbezogene Störungen.....	39
4.5	Voraussage eines riskanten Polykonsums.....	42
5	DISKUSSION.....	44
5.1	Inhaltliche Diskussion.....	44
5.2	Limitationen.....	49
5.3	Fazit.....	51
	Glossar.....	54
	Literaturverzeichnis.....	55
	Eidesstattliche Erklärung.....	61
	Anhang.....	A-1
	Anhang 1: Konsum nach Geschlecht differenziert.....	A-2
	Anhang 2: ESA-Fragebogen.....	A-5

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsgrundlage für die Menge an Gramm Reinalkohol pro Liter alkoholischen Getränks	Seite 23
Tabelle 2: Prävalenz der Konsumenten und Abstinenten je Substanz (letzte 30 Tage)	Seite 34
Tabelle 3: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums je Substanz (letzte 30 Tage)	Seite 34
Tabelle 4: Prävalenz einzelner Substanzkombinationen (letzte 30 Tage)	Seite 35
Tabelle 5: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums einzelner Substanzkombinationen (letzte 30 Tage)	Seite 37
Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale (alle Konsumenten)	Seite 39
Tabelle 7: Anteil substanzbezogener Störungen in den einzelnen Risikogruppen	Seite 41
Tabelle 8a: Verteilung der alkoholbezogenen Störungen über alle Risikogruppen	Seite 42
Tabelle 8b: Verteilung der Tabakabhängigkeit über alle Risikogruppen	Seite 42
Tabelle 8c: Verteilung der cannabisbezogenen Störungen über alle Risikogruppen	Seite 42
Tabelle 8d: Verteilung des problematischen Medikamentenkonsums über alle Risikogruppen	Seite 42
Tabelle 9: Logistische Regression zur Vorhersage des Multi-Risiko-Konsums durch den Konsum, substanzbezogene Störungen und soziodemografische Merkmale	Seite 44

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAS	Drogenaffinitätsstudie
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (4. Revision; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey (Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen)
ESPAD	Europäische Schülerstudie zum Gebrauch von Alkohol und anderen Drogen
EU	Europäische Union
GBE	Gesundheitsberichterstattung
ICD-10	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
IFT	Institut für Therapieforschung
Infas	Institut für angewandte Sozialwissenschaften
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
M-CIDI	Münchener Composite International Diagnostic Interview
RKI	Robert Koch-Institut
TOAM	Tolerierbare obere Alkoholzufuhrmengen
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

1 Einleitung

Der Konsum illegaler Drogen stellt nach wie vor ein bekanntes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Schwerpunkt der epidemiologischen Forschung sind neben dem Konsum illegaler Drogen auch die Konsumgewohnheiten legaler Drogen wie Tabak und Alkohol und deren Auswirkung auf die Gesundheit sowie das gesellschaftliche und soziale Leben. Jeder Konsum legaler und illegaler Drogen stellt ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar, insbesondere wenn diese in größeren, und damit für den menschlichen Organismus schädigenden, Mengen konsumiert werden.

So bleibt der Konsum von Tabakwaren der bedeutendste Einzelfaktor hinsichtlich Gesundheitsschädigungen (Robert Koch-Institut, 2006). Er stellt eine wesentliche verhaltensbedingte Ursache für unterschiedliche, teils schwerwiegende Erkrankungen dar. Das gilt nicht nur für die Raucher selbst, sondern auch für die indirekt betroffenen Passivraucher. Jährlich werden in Deutschland 110.000 bis 140.000 Todesfälle verzeichnet, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen (Lampert & List, 2009). Laut der „Global Burden of Disease“ Studie der Weltgesundheitsorganisation (Ezzati et al., 2002) zählt Rauchen noch vor Alkohol zur zweithäufigsten Ursache für verlorene Lebensjahre und wird verantwortlich gemacht für den vorzeitigen Tod von weltweit jährlich vier Mio. Menschen. Damit hat kein anderes Risikoverhalten einen vergleichbar starken Einfluss auf die Gesamtmortalität (Robert Koch-Institut, 2006).

Alkohol erhöht ebenfalls das Risiko für vorzeitige Morbidität und Mortalität und zählt zur dritthäufigsten Ursache für verlorene Lebensjahre (Ezzati et al., 2002). Er ist kein gewöhnliches Konsumgut, sondern hat je nach Konsummuster unterschiedliche toxikologische Wirkungen. Dies birgt ein hohes Potential, körperliche Organe und deren Systeme zu schädigen (Babor et al., 2005). Todesfälle, die auf die schädlichen Wirkungen von Alkohol zurückgeführt werden können, beziffern sich in Deutschland auf jährlich ca. 42.000 (Bühner et al., 2000). Auch negative Folgen wie Arbeitsplatzverlust, finanzielle Schwierigkeiten und Aufgabe sozialer Kontakte können durch einen riskanten Konsum und eine möglicherweise daraus resultierende Abhängigkeit bedingt sein.

Cannabis (Haschisch, Marihuana) zählt unter den illegalen Drogen immer noch zu der am häufigsten konsumierten Substanz. Das breite Spektrum psychischer Effekte ist typisch für die Pflanze. Je nach Dosis, Konsumform und Persönlichkeit des Konsumenten entstehen unterschiedlich stark erlebte Wirkungen. Problematisch ist dabei die Unvorhersehbar-

keit der Wirkungen, die gerade bei Langzeitkonsumenten¹ gesundheitliche Risiken birgt. In den letzten Jahrzehnten ist der Konsum in jüngeren Altersgruppen stetig gestiegen. Als besonders problematisch wird das frühe Einstiegsalter betrachtet, das im Durchschnitt bei 16,4 Jahren liegt (BZgA, 2008). Vermutungen legen nahe, dass sich ein Konsum von Cannabis bei Heranwachsenden ungünstig auf die Entwicklung auswirkt. Nach allgemeinem Wissensstand sind Hirnschäden, wie sie durch Alkohol verursacht werden, nicht zu erwarten. Allerdings geht ein regelmäßiger Cannabiskonsum mit einer Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit und allgemeinen Rückzugstendenzen bis hin zur sozialen Isolation einher (DHS, Cannabis, 2008).

Ein weiterer Punkt ist der Gebrauch von Medikamenten. Dieser ist in den meisten Fällen aus medizinischer Indikation heraus begründet und wird deshalb nicht, wie die anderen Substanzen, als Genussmittel angesehen. Gerade die versteckte und möglicherweise erst spät entdeckte Medikamentensucht bei älteren Menschen gewinnt an Bedeutung.

Unterschätzt bleibt jedoch der Polykonsum und damit gleichzeitige Konsum psychoaktiver Substanzen. Dieser Bereich stellt bislang eher ein Randgebiet dar. Häufig untersuchen Studien die gängigen Kombinationsformen der legalen und gesellschaftlich akzeptierten Substanzen Alkohol und Tabak oder beschränken die Untersuchung auf den gleichzeitigen Konsum einer legalen und einer illegalen Substanz. Doch auch der Polykonsum mehrerer legaler und illegaler Drogen kommt vor. Meist geht dabei der Konsum von Alkohol einem weiteren Gebrauch anderer Substanzen voraus. Der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis ist dabei die gängigste Kombinationsform (Barett et al., 2006). Häufig bleibt der Polykonsum von mehr als zwei Substanzen beschränkt auf definierte Bevölkerungsgruppen. So zeigte eine Studie unter kanadischen Diskobesuchern, dass 80% von ihnen einen Polykonsum berichteten. Im Durchschnitt nahm jeder davon 2,5 verschiedene psychoaktive Substanzen (ausgenommen Tabak) ein. Die Kombination aus Alkohol, Amphetaminen und Kokain wurde dabei am häufigsten berichtet (Barett et al., 2005).

Gerade durch die Kombination mehrerer Substanzen werden verstärkte positive Gemütszustände erzielt, die von den Konsumenten erwünscht sind. Die kumulative Wirkung der Toxine einzelner Substanzen ist abhängig von verschiedenen Faktoren - unter anderem von der Art der eingenommenen Substanzen und deren Wirkungsweise, den Mengen und der zeitlichen Aufeinanderfolge des Konsums. Auch der Stoffwechsel des jeweiligen Or-

¹ Auf Grund der Leserfreundlichkeit wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Bei thematischer Relevanz wird zwischen den Geschlechtern unterschieden und dies dann auch kenntlich gemacht.

ganismus spielt eine Rolle. Diese Wirkung ist deshalb schwer messbar und birgt ein erhebliches gesundheitliches Risiko, das nur sehr begrenzt abzuschätzen ist.

In der Vergangenheit standen meist Teilgruppen von Personen mit Abhängigkeitsdiagnosen im Vordergrund der Forschung, um ihr Missbrauchsverhalten durch geeignete therapeutische Maßnahmen zu beenden. Epidemiologische Studien haben jedoch in jüngster Zeit deutlich gemacht, dass es eine große Gruppe von Personen gibt, die zwar noch keine diagnostizierte Abhängigkeitsdiagnose haben, aber dennoch einen riskanten² Konsumstil pflegen. Gerade ein regelmäßiger und gleichzeitig riskanter Konsum einer oder mehrerer Substanzen kann den Konsum von weiteren bedingen. So zeigte sich in der finnischen Bevölkerung, dass ein Polykonsum am häufigsten unter starken Alkoholkonsumenten war (Hakkarainen & Metso, 2009). Die Wahrscheinlichkeit, substanzbezogene Störungen wie einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit zu entwickeln, ist unter riskant konsumierenden Befragten höher als bei denjenigen, die einen moderaten Konsum pflegen. Dies zeigte eine Studie bei Kokainkonsumenten in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Jeder fünfte Befragte konsumierte mehrere Substanzen gleichzeitig. Das Vorhandensein substanzbezogener Probleme war stark mit einem Polykonsum assoziiert (Kraus et al., 2007).

Die Public Health Forschung war in der Vergangenheit vorwiegend auf die Untersuchung von Subpopulationen fokussiert, die durch substanzbezogene Probleme schon auffällig geworden waren oder Hilfe in Anspruch genommen hatten. Es gibt sehr wenig Datenmaterial über Untersuchungen eines riskanten Polykonsums in einer Allgemeinbevölkerung. Hakkarainen & Metso (2009) untersuchten den Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und verschreibungspflichtigen Medikamenten. Nach eingehender Recherche konnten jedoch keine Studien über den riskanten Polykonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung auffindig gemacht werden.

Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Verteilung des Polykonsums anhand ausgewählter psychotroper Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis und psychoaktive Medikamente) in der deutschen Allgemeinbevölkerung darzustellen. Die Tatsache, dass Alkohol und Tabak zu den häufig unterschätzten legalen Alltagsdrogen zählen, Cannabis immer noch die am meisten konsumierte illegale Droge ist und die Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten oft unterschätzt wird, begründet die Auswahl dieser vier Substanzen. Alle anderen illegalen Drogen wurden auf Grund der geringen Fallzahlen aus der nachfolgenden Analyse aus-

² Der Begriff „riskanter Konsum“ wird im Kapitel 3.2 näher erläutert.

geschlossen. Die Konsumenten werden hinsichtlich ihres Konsumstils durch die Festlegung substanzspezifischer Grenzwerte in risikoarme und riskante Konsumenten unterteilt. Damit soll der Anteil der Polykonsumenten, die mindestens zwei Substanzen auf riskantem Niveau konsumieren, herausgefiltert werden. Des Weiteren werden Einflussfaktoren ermittelt, die einen riskanten Konsum multipler Substanzen begünstigen. Es folgt eine Darstellung über den Anteil der substanzspezifischen Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV in den jeweiligen Risiko-Konsumentengruppen. Es wird aufgezeigt, welchen Anteil die Konsumenten mit einer problematischen Konsummenge daran haben. Der Untersuchungszeitraum wird auf die letzten 30 Tage vor der Befragung beschränkt. Viele Studien beschränken sich auf die separate Betrachtung der Substanzen ohne Berücksichtigung eines Polykonsums. Weiterhin wurden dabei noch keine substanzspezifischen Grenzwerte berücksichtigt, oberhalb derer ein Konsum zu gesundheitlich negativen Folgen oder zur Entwicklung eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit nach DSM-IV führen kann. Die vorliegende Arbeit soll deshalb den Polykonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung unter folgenden Gesichtspunkten näher untersuchen:

- Gibt es einen Polykonsum psychotroper Substanzen in der deutschen Allgemeinbevölkerung und wie ist dieser verteilt?
- Wie groß ist der Anteil substanzbezogener Störungen wie Missbrauch oder Abhängigkeit bei riskanten Polykonsumenten?
- Wie verteilen sich diese substanzbezogenen Störungen auf die drei ermittelten Risikogruppen?
- Welche Faktoren können einen riskanten Polykonsum voraussagen?

Eine geschlechtsspezifische Analyse des Polykonsums wird in zusätzlichen Tabellen im Anhang präsentiert und nicht näher beschrieben. Eine detaillierte Beschreibung und Interpretation der Unterschiede im Geschlecht ist nicht Teil der Arbeit. Des Weiteren erfolgt keine Beschreibung der Effekte oder Wirkungsweisen der einzelnen Stoffe. Es werden keine detaillierten Erläuterungen der physischen und psychischen Folgen sowie der möglicherweise daraus resultierenden Krankheitsbilder und Therapieverfahren gegeben. Diese, zwar wichtigen Punkte, sind nicht Teil der Forschungsfrage und würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung folgt der zweite Teil der Arbeit mit allgemeinen Hintergrundinformationen zum Thema. Er beinhaltet einen Überblick über die epidemiologische Verteilung des Konsums der ausgewählten Substanzen und der substanzbezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit. Detaillierte Begriffsbestimmungen zum Polykonsum folgen anschließend. Ein Beitrag zum aktuellen Forschungsstand rundet diesen Teil ab. Der dritte Teil besteht aus der Beschreibung der Datengrundlage und Methode sowie der epidemiologischen Analysemethoden und der Vorgehensweise. Erläuterungen der Ergebnisse der einzelnen Auswertungen werden anhand von Tabellen im vierten Teil präsentiert. Im fünften und letzten Teil erfolgen Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.

2 Hintergrund

2.1 Singlekonsum von psychotropen Substanzen

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine kurze Erläuterung des Begriffs Epidemiologie. Anschließend werden die epidemiologische Verteilung der einzelnen Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und psychoaktive Medikamente aufgezeigt und die Ergebnisse aktueller Studien präsentiert.

2.1.1 Epidemiologie der Einzelsubstanzen

Die Epidemiologie untersucht die Verteilung gesundheitsbezogener Zustände in umschriebenen Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit bei Individuen und definierten Populationen beitragen (Gordis, 2001). Sie umschreibt den Krankheitsverlauf in Bevölkerungsgruppen und nicht bei Einzelpersonen. Mit ihren Daten liefert die Epidemiologie eine wichtige Grundlage für die Planung, Steuerung, Implementierung und Evaluation von gesundheitsbezogenen Projekten. Bezogen auf die Drogen- und Suchtpolitik bedeutet dies die Untersuchung der Verteilung des Drogenkonsums in der Bevölkerung sowie die damit zusammenhängenden Faktoren, die zu gesundheitlichen Schäden und substanzbezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit führen können. Als epidemiologische Quellen für die Untersuchung des Drogenkonsums dienen verschiedene Umfragen und Prävalenzstudien, die regelmäßige und repräsentative Daten erheben. Ein Indikator für die Verbreitung einer bestimmten Droge und die aktuellen Konsumentenzahlen stellt die Prävalenz³ dar.

Alkohol

Im Jahr 2007 lag in Deutschland der Verbrauch an reinem Alkohol je Einwohner bei 9,9 Litern (Coder et al., 2009). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich des Pro-Kopf-Konsums⁴ von Alkohol weiterhin mit an der Spitze. Laut Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys des Jahres 2006 wiesen 64,2% der befragten Erwachsenen im Alter

³ Bezogen auf den Beobachtungszeitraum spricht man von der Lebenszeitprävalenz, der 12-Monats-Prävalenz und der 30-Tage-Prävalenz. Die Lebenszeitprävalenz beschreibt den Konsum, der nur einmal oder zumindest sehr selten irgendwann einmal im Leben vor dem Erhebungszeitpunkt stattgefunden hat. Die 12-Monats-Prävalenz bezieht sich auf den Substanzgebrauch der letzten 12 Monate, die 30-Tage-Prävalenz auf den vergangenen Monat. Siehe auch Glossar.

⁴ Der Pro-Kopf-Konsum ist der durchschnittliche Gesamtverbrauch an Reinalkohol pro Person und Jahr. Er stellt einen wichtigen Indikator für die zu erwartenden alkoholbedingten Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung dar (Bloomfield et al., 2008).

zwischen 18 und 64 Jahren mehrheitlich einen risikoarmen Konsum⁵ auf, 7,9% einen riskanten, 2,4% einen gefährlichen und 0,4% einen Hochkonsum. In den beiden zuletzt genannten Gruppen lag der Anteil der Männer jeweils deutlich über dem der Frauen. Die Altersgruppenverteilung hat aufgezeigt, dass es in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen eine Tendenz zu einem risikoärmeren Konsum gibt, währenddessen mit zunehmendem Alter der Anteil der Konsumenten mit riskantem Konsumstil zunimmt. Der Anteil des Rauschtrinkens war in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen mit 61,1% am höchsten (Pabst & Kraus, 2008). Der Trend zu einem verstärkten Konsum und riskanteren Konsummustern zeigte sich auch bei Heranwachsenden. Nach den neuesten Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahre 2008 praktizierte jeder fünfte Jugendliche (20,4%) im Alter zwischen 12 und 17 Jahren mindestens einmal im vergangenen Monat das Rauschtrinken⁶. 6,2% der Jugendlichen in diesem Alter konsumierten eine Alkoholmenge⁷, die selbst für Erwachsene riskant ist (BZgA, 2008).

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahre 2007 zeigten, dass knapp 40% der 11- bis 17-jährigen Jungen und gut 20% der gleichaltrigen Mädchen als regelmäßige Alkoholkonsumenten gelten, also mindestens einmal wöchentlich Alkohol trinken. Im Jahr 2005 wurden bei den 10- bis 19-Jährigen insgesamt 19.400 Fälle wegen akuter Alkoholintoxikation stationär behandelt. Das sind doppelt so viele wie im Jahr 2000. Männliche Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 machten hierbei mit 54% den größten Anteil aus (Lampert & Thamm, 2007). Auch in der Europäischen Schülerstudie zum Gebrauch von Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) aus dem Jahre 2007 hat sich bei Schülern der 9. und 10. Klassen in verschiedenen deutschen Bundesländern herausgestellt, dass jeder Fünfte einen Alkoholkonsum von mindestens zehnmal und mehr in den letzten 30 Tagen angab (Kraus et al., 2008a).

Tabak

Laut telefonischem Bundes-Gesundheitssurvey 2003 (Lampert & Burger, 2004) raucht jeder dritte Erwachsene in Deutschland, jeder zehnte raucht stark⁸. Der Beginn des Ta-

⁵ Bühringer und Kollegen schlagen eine Einteilung des Alkoholkonsums bezogen auf die letzten 12 Monate vor, die sich nach der täglich konsumierten Menge reinen Alkohols definiert: Risikoarmer Konsum (< 20 g/< 30 g für Frauen/Männer), riskanter Konsum (20-40 g/30-60 g für Frauen/Männer), gefährlicher Konsum (40-80 g/60-120 g für Frauen/Männer), Hochkonsum (> 80 g/> 120 g für Frauen/Männer) (Bühringer et al., 2000).

⁶ Die in der Wissenschaft allgemein anerkannte Definition eines Rauschtrinkers ist der Konsum von fünf oder mehr Gläsern alkoholhaltiger Getränke zu einem Trinkanlass konsumiert (Gmel et al., 2003).

⁷ Für die DAS wurde ein riskanter Konsum nach folgenden Grenzwerten definiert: 12-40 g/24-60 g Reinalkohol für Frauen/Männer pro Tag.

⁸ Die WHO (1998) definiert starke Raucher als Raucher, die 20 oder mehr Zigaretten täglich rauchen.

bakkonsums liegt meist vor Erreichen des 20. Lebensjahres. Bei Männern ist er seit drei Jahrzehnten leicht rückläufig, währenddessen er bei Frauen zunimmt. Das Rauchverhalten beider Geschlechter gleicht sich damit allmählich an. Der Anteil rauchender Männer in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 37,0%, der rauchender Frauen bei 28,0%. Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2006 brachten ähnliche Ergebnisse hervor (Männer: 35,8%; Frauen: 27,8%). Sie zeigten, dass unter die starken Raucher, die mit mindestens 20 konsumierten Zigaretten pro Tag definiert sind, jeder dritte Mann (36,6%) und jede fünfte Frau (22,7%) fällt (Baumeister et al., 2008). Unter den Jüngeren ist das Rauchen am stärksten verbreitet. Im europäischen Vergleich nehmen deutsche Jugendliche und Jungerwachsene beim Tabakkonsum einen Spitzenplatz ein. So rauchen in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen 49% der Männer und 44% der Frauen (Junge & Nagel, 1999). Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie (DAS) aus dem Jahre 2008 ergaben, dass sich die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen bei beiden Geschlechtern seit 2001 nahezu halbiert hat (männliche Jugendliche: von 27,2% auf 14,7%; weibliche Jugendliche: von 27,9% auf 16,2%) (BZgA, 2008). Im Vergleich dazu ergaben die Daten der KIGGS-Studie, dass von den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen immerhin noch jeder Fünfte raucht. Von den 14- bis 17-Jährigen raucht jeder fünfte Jugendliche täglich (Lampert & Thamm, 2007).

Nach Daten der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) raucht jeder vierte Jugendliche der 9. und 10. Jahrgangsstufe mindestens eine Zigarette täglich, wobei der Anteil an Schülern und Schülerinnen gleich hoch ist. Der Anteil der jungen Raucher mit mehr als zehn Zigaretten täglich ist bei den Jungen höher (9%) als bei den Mädchen (7,6%) (Kraus et al., 2008a).

Cannabis

Unter den illegalen Drogen zählt Cannabis immer noch zu der am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanz. Laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2006 konsumierte knapp jeder Vierte mindestens einmal im Leben Cannabis (23,0%). Dennoch ist der Konsum gerade bei Jüngeren stärker vertreten. Die Prävalenz ist in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen am höchsten. Bei den 18- bis 20-Jährigen raucht derzeit jeder Vierte. Darunter sind fast doppelt so viele Männer wie Frauen (Kraus et al., 2008).

Die KIGGS-Studie des RKI (Lampert & Thamm, 2007) hat ergeben, dass Cannabis unter den 11- bis 17-jährigen Befragten ab dem 14. Lebensjahr eine gewisse Verbreitung erfährt, die mit steigendem Alter zunimmt. Von den 17-Jährigen haben im letzten Jahr mehr als 14,5% der Mädchen und 24,7% der Jungen mindestens einmal Marihuana oder Haschisch geraucht.

Untersuchungen der Drogenaffinitätsstudie (DAS) haben ergeben, dass der Anteil an Cannabiskonsumenten im Alter von 12 bis 25 Jahren bis zum Jahr 2004 deutlich angestiegen ist. Seitdem ist ein Rückgang der Lebenszeitprävalenz bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen. Ebenso nimmt der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten mit einem mehr als zehnmaligen Konsum im letzten Jahr in dieser Altersgruppe ab. Dieser lag bei 3% (BZgA, 2008). Laut ESPAD-Studie des Jahres 2007 gab jeder vierte Jugendliche der Jahrgangsstufe 9 und 10 an, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Bei den Jungen lag der Anteil mit 30,3% höher als bei den Mädchen (20,6%). Eine Konsumhäufigkeit von mehr als 20 Mal gaben insgesamt 5,7% der Jugendlichen an, wobei bei Schülern der Anteil mit 8,2% mehr als doppelt so hoch war wie der Anteil der Schülerinnen (3,5%). Bezogen auf die letzten 30 Tage zeigte jeder zwanzigste Schüler oder Schülerin einen mindestens fünfmaligen Konsum (Kraus et al., 2008a).

Medikamente

Laut Zahlen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 nahmen knapp zwei Drittel (64,1%) der Bundesbürger in den letzten 12 Monaten mindestens ein Arzneimittel aus der erfragten Medikamentengruppe⁹ ein. Die höchste Prävalenz ergab sich in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (72,3%). Meist genommene Medikamente waren dabei Schmerzmittel; sie stellten damit einen durchschnittlichen Anteil von mehr als 60% gegenüber allen anderen Arzneimittelgruppen dar. Insgesamt nahmen Frauen häufiger Medikamente ein als Männer. Eine mindestens einmal wöchentliche Einnahme praktizierte jeder Sechste (16,8%), wobei hier 12,6% der Prävalenzen auf Analgetika zurückzuführen sind. Jeder Fünfzehnte (6,6%) nahm fast täglich eines der Medikamente ein. Der Anteil der Analgetika war im Vergleich zur wöchentlichen Einnahme mit 2,8% deutlich geringer (Rösner et al., 2008). Zahlen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 belegen einen Konsum von psychotropen Medikamenten bei jedem fünften 60- bis 79-Jährigen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2008). Die genommenen Medikamente sind stark alters- und geschlechtsabhängig. So konsumieren deutlich mehr ältere Personen Medikamente, darunter vor allem Frauen. Der tägliche Konsum bei Frauen ist deutlich höher als bei Männern (ohne Kontrazeptiva). So nehmen von den 45- bis 64-Jährigen fast 70% der Frauen täglich Medikamente ein, bei den Männern ist es in etwa jeder Zweite (Kolip & Lademann, 2005).

⁹ Erfragt wurden: Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva und Neuroleptika.

2.1.2 Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV

Im Bereich der psychischen Störungen gibt es zwei Klassifikationssysteme, die alle psychischen Erkrankungen auflisten. Eines davon wurde von der American Psychiatric Association (APA) entwickelt und im Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (DSM)¹⁰ veröffentlicht. Das DSM-IV (4. Revision) ist eine Ergänzung zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Klassifikation: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)¹¹. Sie enthalten in etwa vergleichbare Kriterien für die Diagnosen von Missbrauch und Abhängigkeit, wobei das Handbuch der APA speziellere und genauere diagnostische Kriterien enthält. Es berücksichtigt außerdem geschlechtsspezifische Unterschiede. ICD-10 hingegen setzt den Schwerpunkt mehr auf die interkulturelle Perspektive und achtet dadurch gerade auf die Anwendbarkeit in Entwicklungsländern. Obwohl beide Klassifikationssysteme eine weitgehende Kongruenz in den Definitionen aufweisen, gibt es kleine Diskrepanzen in einzelnen Begriffsbestimmungen. ICD-10 hat den in DSM-IV noch geläufigen Begriff des Missbrauchs durch den Begriff des schädlichen Konsums ersetzt. Dieser berücksichtigt weniger die sozialen und interpersonalen Faktoren, definiert aber klarer den Schaden an sich.

Im Folgenden werden die Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV beschrieben:

Missbrauch nach DSM-IV

Ein Missbrauch nach DSM-IV liegt vor, wenn sich mindestens eines der nachfolgend genannten vier Kriterien in den letzten 12 Monaten manifestierten (Bühringer et al., 2000):

- Anhaltender Konsum: Trotz Vernachlässigung oder Nichterfüllung von Verpflichtungen in der Schule, innerhalb der Familie oder im Beruf
- Wiederholter Konsum: Auch in Situationen, die zu körperlichen Gefährdungen führen können
- Gesetzeskonflikte: Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz auf Grund des Substanzgebrauchs
- Fortgesetzter Konsum: Trotz wiederkehrender Konflikte im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich

¹⁰ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

¹¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision

Abhängigkeit nach DSM-IV

Für die Diagnose der Abhängigkeit nach DSM-IV müssen in den letzten 12 Monaten drei der sieben aufgelisteten Kriterien aufgetreten sein: (Bühninger et al., 2000)

- Starkes Verlangen: Einnahme der Substanz in größeren Mengen und länger als beabsichtigt
- Reduzierte Kontrollfähigkeit: Anhaltender Wunsch und/oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu kontrollieren
- Entzugssymptome: Häufig erfolgt die Substitution durch die Substanz, um die Symptome abzuschwächen
- Toleranzentwicklung: Es müssen größere Mengen konsumiert werden, um die gleichen Effekte zu erzielen
- Einschränkung der Interessensbereiche: Einschränkung oder Aufgabe von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
- Fokus: Konsum und Beschaffung der Substanz stehen stark im Mittelpunkt der betroffenen Person
- Schädliche Folgen: Fortsetzung des Konsums trotz des Wissens um gesundheitlich negative Konsequenzen

In den folgenden Abschnitten werden die beiden Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV bezogen auf die vier Substanzen erläutert und die epidemiologische Verteilung kurz aufgezeigt.

Alkohol

Als Missbrauch wird ein Alkoholkonsumverhalten bezeichnet, das zu körperlichen und psychischen Gesundheitsschädigungen führen kann. Damit die positiven Effekte immer wieder erlebt werden, wird der Alkohol gewohnheitsmäßig meist in größeren Mengen konsumiert (DHS, Alkoholabhängigkeit, 2003). Laut Ernährungssurvey des RKI (Mensink et al., 2002) konsumieren ein Drittel der Männer (31%) und ein Sechstel der Frauen (16%) alkoholische Getränke auf riskantem Niveau. Dies steht in Verbindung mit dem Entstehungsrisiko für alkoholassoziierte Erkrankungen und erhöht dieses. Der hohe Anteil an Personen mit einem gesundheitsgefährdenden Konsum ist auch in den Verbraucherzahlen zu finden und spiegelt sich wiederum in dem im Vorfeld genannten Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke wider. Ein Missbrauch von Alkohol liegt bei momentan 2,65 Mio. Menschen in Deutschland vor. Eine Abhängigkeit liegt vor, wenn die oben genannten Kriterien erfüllt sind. Dies ist aktuell bei 1,6 Mio. Menschen der Fall (DHS, Alkoholabhängigkeit, 2003).

Tabak

Die Übertragung der Kriterien des DSM-IV auf Raucher bringt Schwierigkeiten mit sich, da diese nicht ausreichend präzise beschrieben werden. Daher gibt es keinen Tabak-Missbrauch, da auch schon geringe Mengen gesundheitsschädliche Auswirkungen haben und es dadurch kein gesundheitsverträgliches Rauchen gibt. Bei der Diagnose der Abhängigkeit verwendet die APA den Begriff Nikotinabhängigkeit im Vergleich zur Tabakabhängigkeit. Das Nikotin, als Hauptbestandteil der Tabakpflanze, besitzt das größte abhängig machende Potential. Problematisch ist der vorhandene Doppelcharakter der Abhängigkeit; zum einen durch das Nikotin, zum anderen durch die schlichte Gewöhnung an das Rauchen. Die Alltäglichkeit und die damit verbundenen positiven Gefühle und Bedürfnisse entwickeln sich zu Schlüsselreizen für das Rauchen. Die Abhängigkeit ist somit nicht nur allein über die Zahl der gerauchten Zigaretten definiert, sondern auch über mitwirkende psychosoziale Faktoren. Man geht davon aus, dass in Deutschland 70-80% der Raucherinnen und Raucher nikotinabhängig sind. Das entspricht derzeit zwischen 14 und 16 Mio. Menschen (Lampert & Burger, 2004).

Cannabis

Unmittelbare Risiken des Cannabiskonsums bezüglich einer Abhängigkeit sind vornehmlich psychischer Natur (DHS, Cannabis, 2008). Man geht davon aus, dass psychische Probleme zu einem Cannabismissbrauch führen und das eigentliche Problem nicht in der pharmakologischen Wirkung an sich liegt, sondern an der psychischen Grundproblematik des Einzelnen. Hinzu kommen kann eine milde physische Abhängigkeit, deren Anzeichen eine Toleranzsteigerung und Entzugserscheinungen sind. Wie auch bei den anderen Substanzen ist eine Differenzierung des Konsums hinsichtlich des Konsummusters wichtig. Je härter dieses Muster ist, d.h. je häufiger Cannabis in größeren Mengen konsumiert wird, desto größer ist das Risiko für die Entstehung gesundheitlicher und sozial negativer Folgen. Wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einer Abhängigkeitsproblematik ist ein früher Einstieg in den regelmäßigen Konsum. Schätzungsweise 4-7% der Cannabiskonsumern entwickeln eine Abhängigkeit (DHS, Cannabis, 2008).

Medikamente

Von einem Missbrauch von Medikamenten spricht man, wenn diese zum Erreichen eines bestimmten Zustandes oder Befindens eingenommen und dadurch funktionalisiert werden. Ergänzt wird dies, wenn Medikamente länger als nötig in höherer Dosierung, in unzulässiger Kombination mit anderen Substanzen oder ohne ärztliche Verordnung bzw. me-

dizinische Indikation eingenommen werden (DHS, Medikamente, 2008). Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit ist schwierig zu stellen. Etwa 5-6% aller verordneten Medikamente besitzen ein eigenes Suchtpotential. Die meisten sind Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Familie der Benzodiazepine. Von den 20 am häufigsten verordneten Medikamenten weisen immerhin 10 ein Suchtpotential auf. Zwei Drittel dieser Medikamente werden Frauen verordnet (Statistisches Bundesamt, 1998). Auf Grund verschiedener Konsummuster und unterschiedlicher Verläufe der Abhängigkeit wird diese oft erst in einem sehr späten Krankheitsstadium oder im Kontext eines polyvalenten¹² Konsums erkannt. Die Abhängigkeit etabliert sich häufig im Bereich der Niedrig-Dosis-Abhängigkeit und wird erst bei Absetzen deutlich. Ein Problembewusstsein bei Patienten in Richtung einer möglichen Abhängigkeit ist selten vorhanden (DHS, Medikamente, 2008). Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird auf 1,4 Mio. geschätzt, davon sind 70% Frauen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2008).

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Tabak mit seinen unterschiedlichen Konsummustern sehr prävalent ist. Der Konsum von psychoaktiven Medikamenten und eine sich daraus entwickelnde stille Medikamentensucht, gerade bei älteren Menschen, gewinnen an Bedeutung. Bei jüngeren Menschen ist immer noch Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Problematischer Konsum birgt je nach Substanz unterschiedliche gesundheitliche Risiken und erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine substanzbezogene Störung wie Missbrauch oder Abhängigkeit.

¹² Polyvalent in diesem Kontext bedeutet eine gleichzeitige oder wechselnde Einnahme von Medikamenten mit Alkohol oder anderen Drogen.

2.2 Polykonsum von psychotropen Substanzen

Im Folgenden Abschnitt erfolgt eine Beschreibung des Begriffs Polykonsum. Im anschließenden wird ein Einblick in den aktuellen Stand der Wissenschaft gegeben und mit Ergebnissen anderer Studien ergänzt.

2.2.1 Begriffsbestimmung

Im deutschsprachigen Raum wird neben dem Begriff Polykonsum auch von Mehrfach- oder Mischkonsum, polyvalentem Konsum oder von Polytoxikomanie gesprochen¹³. Im folgenden Abschnitt werden der Begriff Polykonsum näher beschrieben und die unterschiedlichen Sichtweisen dargestellt.

Auf internationaler Ebene liegt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Lexikon für Alkohol- und Drogenbegriffe veröffentlichte Definition vor. Polykonsum ist demnach wie folgt definiert:

“The use of more than one drug or type of drug by an individual, often at the same time or sequentially, and usually with the intention of enhancing, potentiating, or counteracting the effects of another drug. The term is also used more loosely, to include the unconnected use of two or more drugs by the same person. It carries the connotation of illicit use, though alcohol, nicotine, and caffeine are the substances most frequently used in combination with others in industrialized societies.”

Quelle: WHO (2009), Lexicon on alcohol and drug terms

Ein Polykonsum bedeutet demnach einen gleichzeitigen oder aufeinander folgenden Konsum einer legalen oder illegalen Droge mit einer anderen legalen oder illegalen Droge durch eine Person. In der deutschsprachigen Literatur werden diese Feinheiten in der Betrachtung des Konsumzeitraums nicht immer beachtet. Aus diesem Grund wird näher auf die englischsprachigen Bezeichnungen eingegangen.

In der internationalen Literatur werden die beiden Arten des Konsums unter Betrachtung des Zeitrahmens als „concurrent polydrug use“ (CPU) und „simultaneous polydrug use“ (SPU) bezeichnet. Der Zeitrahmen wird von Ives & Ghelani (2006) als ein Zeitraum definiert, innerhalb dessen die Drogen konsumiert werden. CPU bezieht sich auf den aufei-

¹³ Die Begriffe Polykonsum und polyvalenter Drogenkonsum werden im Folgenden synonym verwendet.

nander folgenden Konsum von Substanzen, also den Konsum von mehr als einer Droge innerhalb der gleichen Zeitperiode. SPU bedeutet den gleichzeitigen Konsum, also den Konsum von mehr als einer Droge zum gleichen Zeitpunkt bzw. in sehr enger zeitlicher Abfolge (Grant & Harford, 1990). Laut Martin (2008) zählen Konsumenten, die zum gleichen Zeitpunkt Drogen konsumieren, nach dieser Definition automatisch zu den CPUs.

In den europäischen Staaten ist die Definition des Polykonsums sehr weit gefasst. Es gibt große Unterschiede bezüglich des betrachteten Zeitrahmens und der einbezogenen Substanzen. Dieser reicht von sechs Stunden bis zur Lebenszeitprävalenz, also der einmaligen Erfahrung. Nach der breit gefassten Definition würden fast alle Drogenkonsumenten als Polykonsumenten gelten, da sie meist früher oder später in ihrem Leben zusätzlich Alkohol und/oder Zigaretten konsumiert haben. Die unterschiedlichen Definitionen reduzieren die Möglichkeit einer Vergleichbarkeit der Daten über den Polykonsum auf europäischer Ebene. Laut EMCDDA (2002) ist es dennoch nicht sinnvoll, eine Standarddefinition festzulegen, da sich die Kombinationen der einzelnen Substanzen und Konsummuster stark unterscheiden. Das Ziel eines polyvalenten Drogenkonsums ist es meist, die Wirkungen der zuerst genommenen Droge durch eine weitere zu erhöhen und zu verstärken. Insgesamt erfüllt er vier Hauptfunktionen (EMCDDA, 2002):

- Maximierung der Wirkung
- Ausgleich negativer Wirkungen
- Reduktion negativer Wirkungen
- Erzielen der angestrebten Wirkung

2.2.2 Aktueller Stand der Wissenschaft

„And the joint use of drugs and alcohol - so often met in the real world of people - has largely remained a no-man's-land for researchers“.

Quelle: Hakkarainen & Metso, 2009, S. 114

Auch wenn der gemeinsame Konsum von legalen und illegalen Substanzen kein neues Phänomen darstellt, trifft die Aussage von Hakkarainen & Metso (2009) den Kern des derzeitigen aktuellen Stands der Wissenschaft. Insgesamt wird diesem Thema, im Vergleich zur Betrachtung der Substanzen unabhängig voneinander, wenig Beachtung geschenkt. Die Anzahl der Untersuchungen zum Polykonsum sind relativ gering und Informationen darüber werden in epidemiologischen Studien selten systematisch erfasst. Die Prävalenz des Polykonsums nimmt, im Vergleich zur Vergangenheit, jedoch zu. Somit sollte dieses Phänomen mit in den Fokus der Sucht- und Drogenforschung rücken. Denn häufig wird der Kombinationskonsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen übersehen (Hakkarainen & Metso, 2009).

Viele Bevölkerungsumfragen verwenden Messinstrumente, die jede Substanz einzeln, aber nicht deren kombinierten Konsum erheben. Folglich können nur Rückschlüsse auf den aufeinander folgenden Konsum zugelassen werden, d.h. wer wie viele legale und/oder illegale Drogen innerhalb des Betrachtungszeitraums zu sich genommen hat. Es können aber keine Aussagen über den Konsum mehrerer Drogen gleichzeitig getroffen werden. Der gleichzeitige Konsum ist wesentlich schwieriger zu erheben und zu messen und bedarf spezifischerer Messinstrumente und detaillierterer Angaben der Befragten hinsichtlich der zeitlichen Abfolge des Konsums. Eine Limitation der Messbarkeit stellen außerdem die unterschiedlichen pharmakotoxikologischen Wirkungen der Kombinationsdrogen dar. Weiterhin müssten die Anzahl der Substanzen, die Reihenfolge des Konsums und der substanzspezifische metabolische Charakter in die Berechnung mit einbezogen werden (Barett et al., 2006; Martin, 2008). Studien, die sich mit der Untersuchung des Polykonsums befassen haben, präsentieren Daten fast ausschließlich aus Subpopulationen. So beispielsweise bei Heranwachsenden (Sutherland et al., 1998; Collins et al., 1999, Hoffman et al., 2000), bei Schülern (McCabe et al., 2006), Nachtclubbesuchern und Ravern (Hammersley, 1999; Barett et al., 2005), Kokainkonsumenten (Prinzleve et al., 2004) oder Konsumenten, die sich in Behandlung befinden (Byqvist, 1999, Gossop et al., 2002). Gerade bei der letztgenannten Gruppe haben die Ergebnisse gezeigt, dass der Polykonsum unter den Patienten weit verbreitet ist und Alkohol das Konsummuster beträchtlich beeinflusst.

Studien über den Polykonsum in der allgemeinen Bevölkerung sind jedoch sehr selten. Ergebnisse einer finnischen Bevölkerungsumfrage haben gezeigt, dass bei den Bewohnern im Alter von 15 bis 69 Jahren eine Zunahme des Drogenkonsums mit einer Zunahme des jährlichen Alkoholkonsums einhergeht. Weiterhin berichteten mehr als 40% über eine Einnahme von Medikamenten in den letzten 12 Monaten aus nichtmedizinischen Gründen. Das monatliche Rauschtrinken war unter den Cannabiskonsumenten und den Polykonsumenten mit 80% am höchsten. Fast die Hälfte dieser Konsumenten scheint das wöchentliche Rauschtrinken von mehr als sechs alkoholhaltigen Getränken zu praktizieren (Hakkarainen & Metso, 2009). Bei einer Untersuchung unter College-Studenten einer Universität im Westen der Vereinigten Staaten stellte sich heraus, dass der Gebrauch von Medikamenten aus nichtmedizinischen Gründen stark mit einem riskanten Trinkmuster assoziiert ist (Mc Cabe et al., 2006). Die meisten Studien haben festgestellt, dass Alkohol einem weiteren Drogenkonsum vorausgegangen ist (Kandel et al., 1992; Hakkarainen et al., 2005, Barrett 2006). Auch der Tabakkonsum war erhöht, wenn er in Kombination mit Alkohol und/oder Cannabis praktiziert wurde (Barrett, 2006).

Betrachtet man Geschlechtsunterschiede, so zeigten Schülerinnen und Schülern der 7. bis 12. Stufe im U.S. Bundesstaat New York keine Trendunterschiede in der Prävalenz eines kombinierten Konsums von Alkohol und Marihuana (Hoffmann et al., 2000). Earleywine & Newcomb (1997) stellten bei Schülerinnen und Schülern der 7. bis 9. Stufe im Los Angeles County fest, dass männliche Jugendliche deutlich häufiger Alkohol und Tabak kombinierten als weibliche Jugendliche.

Bei polyvalenten Drogenkonsumenten werden häufig psychiatrische Komorbiditäten (Störungen des Sozialverhaltens, affektive Störungen, Angststörungen) mit diagnostiziert. Die Wichtigkeit, das Konsummuster von beispielsweise Alkohol zu messen, um akute und chronische Folgeschäden besser prognostizieren zu können, gewinnt an Bedeutung. Da aber ein kombinierter Konsum von Alkohol und weiteren Substanzen ein höheres Risiko für gesundheitlich nachteilige Konsequenzen birgt, müssen die Konsummuster eines Polykonsums und die daraus resultierenden Schäden messbar gemacht werden (Stockwell, 2007). Weiterhin machen die Substanzkombinationen und deren Wirkungsweise das Verständnis für Abhängigkeitsprobleme und deren Einschätzung komplizierter. Auf Grund mangelnder exakter Daten wird eine mögliche und bestehende Mehrfachabhängigkeit in Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen zu wenig berücksichtigt, da die Hauptdiagnose im Vordergrund der Behandlung steht (Gossop, 2001). Diese Gruppe ist sicherlich aufwendiger und schwieriger zu therapieren, als eine Gruppe mit nur einer substanzspezifischen Störung. Bisher gibt es allerdings wenig Forschungsarbeiten über die Wirksamkeit von Therapien bei polyvalentem Drogenkonsum (ECMDDA, 2002).

Stockwell (2007) weist auf die mangelnde Vernetzung der einzelnen Teilforschungsbereiche Alkohol und Drogen hin. Es scheint, als hätten sich die Alkohol- und die Drogenpolitik separat voneinander entwickelt (Hakkarainen, 2009). Cook & Reuter (2007) bemerkten dazu, dass die Finanzierung von Forschungsprojekten sehr auf den Einzelsubstanzen basiert und damit in starkem Kontrast zu aktuellen Konsummustern steht.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass der Begriff Polykonsum nicht einheitlich und länderübergreifend sehr unterschiedlich definiert ist. Die Definition des Zeitfensters, innerhalb dessen der mehrfache Substanzkonsum stattfinden kann, ist sehr weit gefasst. Viele Studien erforschen die Epidemiologie der Einzelsubstanzen, so dass eine Vernetzung der Teilforschungsbereiche nicht ausreichend erkennbar ist. Der Polykonsum birgt dennoch unkalkulierbare Risiken, wobei eine Operationalisierung der Wechselwirkungen des gemeinsamen Konsums mit Schwierigkeiten verbunden ist.

3 Datengrundlage und Methode

3.1 Datengrundlage

In diesem Abschnitt erfolgt eine Übersicht über die für die Analyse verwendeten Daten. Diese beinhaltet eine Beschreibung des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA), der Stichprobenziehung, den für die Umfrage verwendeten Fragebogen und die Datenerhebung.

3.1.1 Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA)

Als Datengrundlage für die Analyse dient der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA; Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen) des Jahres 2006. Dieser wird seit 1980 in Drei-Jahres-Abständen vom IFT Institut für Therapiefor-schung als Querschnittsbefragung durchgeführt. Die regelmäßige Umfrage liefert bevölke-rungsrepräsentative Daten über den Umfang und die Häufigkeit des Konsums legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in der deutschen Allgemeinbevölke-rung. Er stellt ein wichtiges Instrument zur Beobachtung des Suchtverhaltens und der damit verbundenen Trendentwicklungen dar. Des Weiteren werden Merkmale erfasst, die Informationen über problematische Konsummuster liefern und damit Schätzungen über substanzbezogene Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit nach diagnostischen Kriterien zulassen. Weiterhin können analytische Zusammenhänge zwischen Konsum-mustern und problematischen Verhaltensweisen erklärt werden. Die Ergebnisse der ESA werden auch für die Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Betroffenen genutzt. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit. Der Survey liefert außerdem wichtige Daten für die Gesund-heitsberichterstattung des Bundes. Durch die enge Abstimmung des Fragenkataloges mit dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) und dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ist ein Vergleich des Drogenkonsums mit anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) möglich (Kraus, 2008).

3.1.2 Stichprobe

Die Grundgesamtheit des Surveys umfasst etwa 52 Mio. Privathaushalte, in denen 18- bis 64-jährige deutschsprachige Mitbürger und Mitbürgerinnen leben. Die Stichprobenziehung erfolgte randomisiert in einem zweistufigen Zufallsverfahren.

In der ersten Stufe wurden Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten ausgewählt.¹⁴ In der zweiten Stufe erfolgte die Auswahl der Zielpersonen aus den Registern der Einwohnermeldeämter. Bei der Auswahl wurde berücksichtigt, dass sich für jede Geschlechts- und Altersgruppe genügend Fälle in der Stichprobe befinden. Die Ziehung erfolgte disproportional zur Verteilung in der Grundgesamtheit¹⁵: jüngere Altersgruppen sind in der Stichprobe überrepräsentiert, da sie in der Bevölkerung im Vergleich zu den Älteren einen geringeren Anteil ausmachen. Um solche Verzerrungen in der Stichprobe auszugleichen und damit die Repräsentativität der Daten zu gewährleisten, wurden die Rohdaten gewichtet¹⁶. Die Bildung der Gewichtungsvariablen erfolgte durch Multiplikation zweier Einzelgewichte: dem Designgewicht und dem Redressmentgewicht. Das Designgewicht korrigiert ungleiche bekannte Auswahlwahrscheinlichkeiten durch Herauf- bzw. Heruntergewichtung und dient somit dem Ausgleich der Verzerrung der Altersverteilung. Das Redressmentgewicht (Nachgewichtung) passt die Stichprobe nachträglich an bekannte Verteilungen der Grundgesamtheit an und hebt Disproportionalitäten der Stichprobe auf. Diese können sich auf Grund unterschiedlicher Verteilung von Geschlecht und Alter sowie unterschiedlicher Verteilung von Bundesländern und BIK-Gemeindegrößenklassen¹⁷ ergeben. Das Redressmentgewicht passt demnach die Verteilung der Stichprobe an die demografische Struktur der Grundgesamtheit an, so dass diese mit der amtlichen Statistik übereinstimmt¹⁸ (Kraus & Baumeister, 2008).

3.1.3 ESA-Fragebogen

Die Befragung 2006 erfolgte anhand eines schriftlichen Fragebogens, der postalisch versandt wurde. Es handelte sich dabei um eine überarbeitete Version der ESA-Studie des Jahres 2003. Der Fragebogen ist in insgesamt sechs Blöcke aufgeteilt: jeweils ein Abschnitt zum Konsum von Medikamenten, Tabak, Alkohol und Drogen, einer zu pathologischem Glücksspiel und einer zur Erfassung des soziodemografischen Hintergrunds. Ne-

¹⁴ In der ersten Stufe wurden die Primäreinheiten proportional zur Anzahl der in diesen Gemeinden lebenden Personen ausgewählt. Es wurden Schichtungszellen gebildet aus der Kombination von Kreisen, Regierungen und Bundesländern mit 10 BIK-Gemeindegrößenklassen. Letztere teilen Gemeinde und Stadtteile auf Grund der Anzahl ihrer Einwohner in 10 Gemeindegrößen ein. Damit sollen die Verhältnisse zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit möglichst genau abgebildet werden.

¹⁵ Ausnahme Berlin: Das Einwohnermeldeamt konnte keine Altersangaben liefern. Es war nur bekannt, dass die ausgewählten Personen zwischen 18 und 64 Jahre alt waren.

¹⁶ Eine Gewichtung von Daten korrigiert Ungleichwahrscheinlichkeiten in der Auswahl der Stichprobe.

¹⁷ Die BIK-Gemeindegrößenklassen werden vom Statistischen Bundesamt geliefert und stellen eine Kennzahl zur Bestimmung des Ballungsraumes dar, in dem eine Gemeinde liegt. Sie werden entsprechend der Zahl der Einwohner in 10 Klassen eingeteilt.

¹⁸ Weiterführende Information zur Gewichtung der ESA-Daten siehe Kraus, Baumeister, 2008, Sucht, S. 9-11.

ben der Frequenz und Menge der konsumierten Substanz wurden auf Basis der Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA) Daten zu Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak, Cannabis und Glücksspiel erhoben. Des Weiteren waren Fragen zum subjektiv eingeschätzten physischen und psychischen Gesundheitszustand sowie zur selbst wahrgenommenen sozialen Unterstützung enthalten. Fragen zur konsumierten Menge von Cannabis wurden neu in den Fragenkatalog mit aufgenommen, ebenso die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen¹⁹.

3.1.4 Datenerhebung

Die Daten wurden vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften (infas) im Zeitraum 1. März bis 30. September 2006 erhoben. Von den 21.463 Ausgewählten füllten 6.598 Personen den Fragebogen schriftlich aus. Um die Antwortrate zu erhöhen, wurde den potenziellen Studienteilnehmern nach dreimaliger und erfolgloser Erinnerung zur schriftlichen Beantwortung des Fragebogens die Möglichkeit eingeräumt, diesen auch telefonisch zu beantworten. Die Möglichkeit wurde von weiteren 1.314 Personen wahrgenommen, so dass sich eine Gesamtmenge von 7.912 auswertbaren Fragebögen ergab. Die Antwortrate betrug 45%²⁰.

3.2 Untersuchungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Instrumente, die zur Analyse verwendet wurden, beschrieben. Weiterhin werden die Festlegung und die Definition der substanzspezifischen Gefährdungsgrenzen erklärt.

Konsumgrenzen

Zur Einschätzung des Konsums spielen mehrere Faktoren eine Rolle: die Menge und Regelmäßigkeit des Konsums sowie das Geschlecht, das Alter und die gesundheitliche Verfassung des Einzelnen. Der konsumierten Menge und der Häufigkeit kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Demnach können Aussagen getroffen werden, welche Mengen der konsumierten Substanz für den Körper weniger schädlich (risikoarm) oder eben gesundheitsschädlich (riskant) sind. Daher werden häufig substanzspezifische Grenzwerte fest-

¹⁹ Weiterführende Information zum Instrument siehe Zeitschrift Sucht (Kraus & Baumeister, 2008).

²⁰ Weiterführende Information zur Datenerhebung siehe Kraus & Baumeister (2008).

gelegt, um die Wahrscheinlichkeit für akute und chronische Folgeschäden besser untersuchen zu können. Werden diese Grenzwerte im Konsum überschritten, können sich körperliche Beeinträchtigungen ergeben. Bei deutlicher Überschreitung kann sich ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit entwickeln. Für die vorliegende Arbeit wurden diese Gefährdungsgrenzen für die tägliche bzw. durchschnittlich konsumierte Menge pro Monat für jede Substanz festgelegt. Diese dienen als Indikator für ein riskantes Konsumverhalten. Ein Konsum oberhalb dieser Grenzwerte lässt physische, psychische und soziale Folgeschäden erwarten. Anhand dieser Grenzwerte wurden die Konsumenten in zwei Gruppen eingeteilt, die Gruppe der risikoarmen Konsumenten und die der riskanten Konsumenten. Erstere umfasst Personen, die die jeweilige Substanz in den letzten 30 Tagen in einer Menge bzw. Frequenz konsumierten, die unterhalb dieser Gefährdungsgrenze liegt. Die Gruppe der riskanten Konsumenten umfasst Personen, die die jeweilige Substanz in einer Menge bzw. Frequenz konsumierten, die oberhalb dieser Grenze lag.

3.2.1 Konsumgrenze: Alkohol

Der Alkoholkonsum wurde in der ESA über Fragen nach dem Zeitraum des letzten Konsums alkoholhaltiger Getränke erhoben (in den letzten 30 Tagen, in den letzten 12 Monaten oder länger her). Für die vorliegende Arbeit wurde ein Alkoholkonsument als solcher definiert, wer in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung irgendein alkoholhaltiges Getränk (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alkopops) zu sich nahm. Die durchschnittlich konsumierte Menge an alkoholischen Getränken wurde durch einen getränkesspezifischen Frequenz-Menge-Index berechnet. Die Frequenz wurde über die Frage ermittelt, an wie vielen Tagen alkoholhaltige Getränke konsumiert wurden²¹. Die Menge²² konnte über Nachfrage der durchschnittlichen Anzahl an Gläsern pro Getränk zu einer Trinkgelegenheit erfasst werden, wobei sich die zur Berechnung herangezogenen Mengen nach den allgemein üblichen Gläsergrößen des jeweiligen Getränks richten (Tabelle 1). Durch Multiplikation von Frequenz und Menge konnte die getränkesspezifische Gesamtmenge an konsumiertem Reinalkohol in Gramm ermittelt werden. Die Division der Gesamtalkoholmenge durch den Beobachtungszeitraum von 30 Tagen ergab die durchschnittlich konsumierte Tagesmenge in Gramm Reinalkohol (Pabst & Kraus, 2008). Zur Umrechnung des Volumenprozenten eines Liters des jeweiligen Getränks in Gramm Reinalkohol wurden Werte herangezogen, wie sie Bühringer et al. (2000) vorschlägt (Tabelle 1).

²¹ Siehe Fragen 53-57 auf Seite 13 des ESA-Fragebogens (Anhang)

²² Siehe Fragen 53-57 auf Seite 13 des ESA-Fragebogens (Anhang)

Tabelle 1: Berechnungsgrundlage für die Menge an Gramm Reinalkohol pro Liter alkoholischen Getränks

Art des Getränks	erfasste Menge in Litern (L)	Alkoholmenge in Vol%	Reinalkoholmenge in Gramm (g) pro Liter des Getränks
Bier	kleines Glas: 0,2 - 0,33 L großes Glas: 0,4 - 0,5 L	4,8 Vol%	38,1 g
Wein/Sekt	je Glas: 0,2 - 0,25 L	11,0 Vol%	87,3 g
Spirituosen	kleines Glas: 0,02 L großes Glas: 0,04 L	33,0 Vol%	262,0 g
Alkopops	je Flasche: 0,2 - 0,33 L	5,5 Vol%	43,7 g

Quelle: Modifiziert nach Bühringer et al. (2000)

Die ermittelte Tagesmenge in Gramm Reinalkohol dient als Indikator für das individuelle Trinkverhalten. Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitete tolerierbare obere Alkoholzufuhrmengen (TOAM), bei denen die präventive Wirkung des Alkohols weitestgehend ausgeschöpft ist, aber noch keine ungünstigen gesundheitlichen Folgen zu erwarten sind. Diese Grenzen liegen für Männer bei 20-24 g Reinalkohol pro Tag bzw. für Frauen bei 10-12 g (Burger et al., 2000). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat ebenso Empfehlungen und Richtlinien veröffentlicht, die einen Konsum von bis zu 20 g pro Tag für Männer bzw. 10 g pro Tag für Frauen als gesundheitlich verträglich ansehen (Burger & Mensink, 2003). Neben den gesundheitlich negativen Folgen durch die Toxizität des Alkohols liegt die Gefahr eines erhöhten Konsums auch in seinem suchtfördernden Potential. Auf Grund der theoretischen Überlegungen und unter Berücksichtigung der TOAM wurde in der vorliegenden Arbeit folgender Grenzwert für einen risikoarmen bzw. riskanten Konsum genommen:

Als risikoarmer Konsument gilt, wer bis zu 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer konsumierte. Derjenige, der mehr als 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer zu sich nahm, wird als riskanter Konsument definiert.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Die Definitionen für Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol richten sich nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA, 2000) und wurden mit den Items des Münchener Composi-

te International Diagnostic Interview (M-CIDI²³; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995) erfasst. Bezogen auf die letzten 12 Monate handelt es sich um einen Missbrauch²⁴ von Alkohol, wenn mindestens eines der vier Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch positiv beantwortet wurde. Eine Abhängigkeit²⁵ liegt vor, wenn mindestens drei der sieben Kriterien nach DSM-IV für Abhängigkeit in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind.

3.2.2 Konsumgrenze: Tabak

In der ESA wurde der Tabakkonsum zunächst darüber erhoben, wie lange der letzte Konsum von Tabakwaren zurücklag²⁶. Für die vorliegende Arbeit wurden Personen als Raucher definiert, die in den letzten 30 Tagen Zigaretten (Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen²⁷) konsumiert haben. Als Nichtraucher gelten Personen, die laut Definition der WHO (1998) in ihrem Leben insgesamt weniger als 100 Stück Tabakwaren konsumiert haben. Zu dieser Gruppe zählen auch Exraucher, die zwar schon mehr als 100 Tabakwaren geraucht haben, jedoch in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung abstinent waren. Um Aussagen über die durchschnittliche Anzahl gerauchter Tabakwaren pro Tag treffen zu können, erfolgte die Berechnung eines Frequenz-Menge-Index. Die Frequenz wurde über die Frage erfasst, an wie vielen Tagen im letzten Monat vor der Untersuchung Tabakwaren konsumiert wurden²⁸. Die Menge²⁹ wurde über die durchschnittliche Anzahl konsumierter Zigaretten an solch einem Tag ermittelt. Die Multiplikation von Frequenz und Menge, dividiert durch den Beobachtungszeitraum von 30 Tagen, ergibt die durchschnittliche tägliche Gesamtkonsummenge an Tabakwaren (Baumeister et al., 2008).

Entsprechend den Empfehlungen der WHO (1998) wird für die vorliegende Arbeit folgender Grenzwert für einen riskanten Konsum verwendet:

Als risikoarmer Konsument wird definiert, wer täglich weniger als 20 Stück Tabakwaren geraucht hat. Als riskanter Konsument gilt, wer täglich 20 Stück Tabakwaren und mehr konsumierte.

²³ Das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) wurde 1990 von der WHO in Zusammenarbeit mit dem US National Institute of Health entwickelt. Es stellt ein umfangreiches, strukturiertes Interview dar, um mentale Störungen nach den Definitionen und Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV operationalisieren zu können. Das Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) ist die deutschsprachige Übersetzung und wird regional eingesetzt.

²⁴ Siehe Frage 68 auf Seite 15 des ESA-Fragebogens (Anhang)

²⁵ Siehe Frage 69-71 auf Seite 16 des ESA-Fragebogens (Anhang)

²⁶ Siehe Frage 27 auf Seite 8 des ESA-Fragebogens (Anhang)

²⁷ Im Nachfolgenden allgemein als Tabakwaren bezeichnet.

²⁸ Siehe Frage 28/29 auf Seite 9 des ESA-Fragebogens (Anhang)

²⁹ Siehe Frage 28/29 auf Seite 9 des ESA-Fragebogens (Anhang)

Nikotinabhängigkeit

Nach den Kriterien des DSM-IV der American Psychiatric Association (APA, 2000) wurde mit den Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1995) die Nikotinabhängigkeit³⁰ für den Zeitraum der letzten 12 Monate erfasst. Eine Abhängigkeit von Nikotin besteht dann, wenn mindestens drei der sieben Kriterien nach DSM-IV erfüllt sind.

3.2.3 Konsumgrenze: Cannabis

Zur Abbildung der Prävalenzwerte von Cannabis wurden in der ESA Angaben zum Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen erhoben³¹. Für die vorliegende Arbeit wurde als Cannabiskonsument definiert, wer angab, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben. Weiter wurde die Frequenz erhoben mit der Frage nach der Anzahl der Tage, an denen diese illegale Droge im Untersuchungszeitraum konsumiert wurde³². Zusätzlich zur Frequenz wurde die Menge erfasst, die an einem typischen Konsumtag verbraucht wurde³³ (Kraus et al., 2008). Der Grenzwert für Cannabis wurde mittels der durchschnittlichen Konsumfrequenz pro Monat berechnet. Diese ergab sich durch Multiplikation der Anzahl der Tage und der durchschnittlichen konsumierten Häufigkeit pro Konsumtag, dividiert durch den Beobachtungszeitraum von 30 Tagen. Huas et al. (2008) stuften einen Cannabiskonsumenten von sechsmal und mehr pro Monat als starken Konsumenten ein. Auf Basis dieser Definition wurde der Grenzwert in der vorliegenden Arbeit wie folgt festgelegt:

Als risikoarmer Konsument gilt, wer bis zu fünfmal im vorausgegangenen Monat Cannabis konsumierte. Eine Person, die diese Substanz sechsmal und mehr konsumierte, wird als riskanter Konsument definiert.

Cannabismissbrauch und -abhängigkeit

Die Definition für Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis wurde nach den Kriterien des DSM-IV der American Psychiatric Association (APA) erhoben. Die Erfassung erfolgte mit dem Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen 1994; Wittchen et al., 1995). Demnach handelt es sich um einen Missbrauch³⁴ von Cannabis, wenn mindestens eines der vier Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch positiv beantwortet

³⁰ Siehe Frage 41 auf Seite 10 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³¹ Siehe Frage 80 auf Seite 19 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³² Siehe Frage 83 auf Seite 20 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³³ Siehe Frage 86 auf Seite 20 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³⁴ Siehe Frage 88 auf Seite 21 des ESA-Fragebogens (Anhang)

wurde. Eine Cannabisabhängigkeit³⁵ liegt vor, wenn mindestens drei der sieben Kriterien nach DSM-IV für Abhängigkeit in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind.

3.2.4 Konsumgrenze: Psychoaktive Medikamente

Die Prävalenz des Medikamentengebrauchs wurde in der ESA über Fragen zum Konsum von Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerz- und Anregungsmitteln, Appetitzüglern sowie Antidepressiva und Neuroleptika in den vergangenen 30 Tagen erhoben³⁶. Ebenso wurde in der ESA die Häufigkeit, mit der diese Medikamente im definierten Zeitraum eingenommen wurden, erfasst³⁷. Diese sieben Medikamente werden nachfolgend zur Gruppe der psychoaktiven Medikamente zusammengefasst. Für die vorliegende Arbeit wird als Konsument von psychoaktiven Medikamenten definiert, wer in den letzten 30 Tagen mindestens eines der sieben erwähnten Medikamente zu sich genommen hatte (Rösner et al., 2008). Nach detaillierten Recherchen konnte kein Grenzwert für Medikamente ausfindig gemacht werden. Die Trennung zwischen risikoarmem und riskantem Konsum ist schwierig, da nicht eindeutig ist, ob für den Konsum eine medizinische Indikation vorliegt. Der für die vorliegende Arbeit verwendete Grenzwert ist im Vergleich zu den anderen substanzspezifischen Grenzwerten nicht evaluiert. Der Grenzwert für einen risikoarmen bzw. riskanten Medikamentengebrauch wurde für die vorliegende Arbeit wie folgt definiert:

Als risikoarmer Konsument wird definiert, wer keine tägliche Einnahme eines oder mehrerer der sieben aufgelisteten Medikamente praktizierte. Als riskanter Konsument wird derjenige definiert, der eines oder mehrere dieser Medikamente mindestens täglich zu sich nahm.

Problematischer Medikamentenkonsum

Zur Bewertung eines problematischen Konsummusters, das nicht notwendigerweise die Diagnosekriterien für Missbrauch und Abhängigkeit erfüllen muss, wurde der Kurzfragebogen (KFM) nach Watzl et al. (1991) verwendet. Dieser Fragebogen zum Medikamentengebrauch besteht aus 11 Items, wobei vier positiv beantwortete einen problematischen Medikamentengebrauch kennzeichnen³⁸.

³⁵ Siehe Frage 89-93 auf Seite 22 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³⁶ Siehe Frage 17 auf Seite 16 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³⁷ Siehe Frage 18 auf Seite 17 des ESA-Fragebogens (Anhang)

³⁸ Weitere Informationen zu den 11 Fragen des KFM siehe Frage 16 auf Seite 5 des ESA-Fragebogens (Anhang)

3.2.5 Soziodemografische Kovariablen

Zur Beschreibung des soziodemografischen Hintergrunds wurden für die vorliegende Arbeit sechs Merkmale verwendet: Geschlecht³⁹, Alter, Schulbildung in Jahren, Einkommen (Äquivalenzeinkommen in Euro), Region des Wohnortes und der allgemeine Gesundheitszustand.

Das Alter wurde in drei Altersklassen gruppiert⁴⁰: 18- bis 29-Jährige, 30- bis 49-Jährige und 50- bis 64-Jährige.

Die Schulbildung⁴¹ wurde in drei Kategorien unterteilt, welche die Schulbildung in Jahren widerspiegeln: Weniger als 10 Jahre Schulbildung, genau 10 Jahre und mehr als 10 Jahre Schulbildung.

Das Einkommen wurde über die Höhe des monatlichen Netto-Einkommens (in Euro) des gesamten Haushaltes⁴² erfasst. Um das Haushalts-Äquivalenzeinkommen zu berechnen, wurde das monatliche Nettoeinkommen durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen dividiert. Deswegen wird auf Basis von Kawachi & Kennedy (1997) folgende Einteilung durchgeführt: 0-1.000 Euro, 1.000-1.500 Euro, 1.500-2.000 Euro und 2.000 Euro und mehr.

Zur Ermittlung der regionalen Verteilung kam eine Variable zum Einsatz, die aus 10 BIK-Gemeindegrößenklassen gebildet wurde. Diese teilt Gemeinden nach der Anzahl ihrer Einwohner in 10 Klassen ein. Die 10 Gemeindegrößenklassen wurden in drei Kategorien zusammengefasst: Kleinstadt mit weniger als 20.000 Einwohnern, Mittelstadt mit bis zu 100.000 und Großstadt mit über 100.000 Einwohnern.

Der Gesundheitszustand wurde in fünf Kategorien allgemein erfragt und von den Teilnehmern subjektiv eingeschätzt⁴³. Die beiden Kategorien schlecht und sehr schlecht wurden zu einer zusammengefasst. Insgesamt ergaben sich daraus vier Kategorien: Sehr guter, guter, durchschnittlicher und schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand.

3.3 Epidemiologische Analysemethoden

Um das komplexe Stichprobendesign zu berücksichtigen, wurden zur Auswertung der Fragestellungen Survey-Verfahren verwendet und deskriptive Analysen sowie Binäre logistische Regressionen durchgeführt. Hierbei sind sowohl die Gewichtung als auch die

³⁹ Siehe Frage 1 auf Seite 3 des ESA-Fragebogens (Anhang)

⁴⁰ Siehe Frage 2 auf Seite 3 des ESA-Fragebogens (Anhang)

⁴¹ Siehe Frage S3 auf Seite 26 des ESA-Fragebogens (Anhang)

⁴² Siehe Frage S12 auf Seite 28 des ESA-Fragebogens (Anhang)

⁴³ Siehe Frage 11 auf Seite 4 des ESA-Fragebogens (Anhang)

Clusterung (sample points) der Stichprobe berücksichtigt. Die deskriptive Analyse erfolgte univariat mit der Darstellung von Häufigkeitstabellen. Zur Angabe der durchschnittlichen Ausprägung von kontinuierlichen Variablen wurde das arithmetische Mittel mit der Standardabweichung (SD)⁴⁴ dargestellt. Zur Durchführung bivariater Vergleiche wurde der Chi-Quadrat-Test⁴⁵ verwendet. Auf Basis seines Wertes ergibt sich der p-Wert⁴⁶. Das Signifikanzniveau wurde bei 0,05 festgelegt, so dass es einen signifikanten Unterschied zwischen zwei getesteten Variablen gibt, wenn p einen Wert kleiner als 0,05 annimmt (*p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01 und ***p ≤ 0,001).

Um den Einfluss mehrerer unabhängiger Faktoren auf die zu untersuchende abhängige Variable gleichzeitig analysieren zu können, müssen Risikoschätzer berechnet werden. Hierfür wurde die Binäre Logistische Regression (LR) verwendet. Sie gibt einen Überblick über die Faktoren, die eine Zugehörigkeit zum untersuchten Merkmal voraussagen. Als Risikoschätzer der LR dient die Odds Ratio (OR)⁴⁷ mit dem dazugehörigen Konfidenzintervall (KI)⁴⁸. Zur Erklärung der Modelgüte wird der Pseudo R² (Nagelkerke)⁴⁹ berichtet.

Die Auswertungen basieren auf Grund fehlender Angaben bei einzelnen Items nicht auf dem Gesamtstichprobenumfang (n=7.912). Es kann daher zu Abweichungen in den angegebenen Fallzahlen kommen. Die Gesamtanzahl der zu Grunde liegenden Fälle (n) ist in den jeweiligen Tabellen in Klammern vermerkt. Die Fallzahlen werden ungewichtet, die Angabe der Prozente (%) gewichtet angegeben. Die Auswertungsergebnisse der nachfolgenden Tabellen beziehen sich auf den Beobachtungszeitraum der letzten 30 Tage vor der Erhebung.

Die statistische Datenanalyse erfolgte mit STATA/SE 10.1 (Stata Corp. LP, 2007).

3.4 Vorgehensweise

Zum besseren Verständnis werden im folgenden Abschnitt die deskriptiven Analyseschritte und die der Binären Logistischen Regression, die zur Untersuchung der Voraussage eines riskanten Polykonsums durchgeführt wurden, beschrieben.

⁴⁴ Siehe Glossar

⁴⁵ Siehe Glossar

⁴⁶ Siehe Glossar

⁴⁷ Siehe Glossar

⁴⁸ Siehe Glossar

⁴⁹ Siehe Glossar

3.4.1 Deskriptive Analyse

Im deskriptiven Teil der Analyse werden zunächst einzelne soziodemografische Merkmale beschrieben (Kapitel 4.1). Anschließend erfolgt die Darstellung der Verteilung des Konsums in Form von Häufigkeitstabellen (Kapitel 4.2). Es werden die jeweiligen Konsumenten und Abstinente der Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und psychoaktive Medikamente innerhalb der letzten 30 Tage getrennt voneinander dargestellt (Tabelle 2). Im nächsten Schritt werden die Konsumenten anhand des beschriebenen substanzspezifischen Grenzwertes in risikoarme bzw. riskante Konsumenten unterteilt (Tabelle 3). Im nächsten Schritt erfolgt die Darstellung des Polykonsums (Kapitel 4.3). Aus der Kombination der Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und psychoaktive Medikamente ergeben sich insgesamt 16 verschiedene Klassen von Polykonsumenten, welche in Tabelle 4 dargestellt sind.

In Tabelle 5 werden die Substanzkombinationen bezogen auf die Konsumenten mindestens einer der vier Substanzen ($n=6.582$) dargestellt. In Bezug auf den jeweiligen riskanten Konsum einer Substanz ergeben sich zusammengefasst drei Risiko-Konsumentengruppen: Nicht-Risiko-Konsumenten (keine der vier Substanzen riskant konsumiert), Single-Risiko-Konsumenten (eine der vier Substanzen riskant konsumiert) und Multi-Risiko-Konsumenten (mindestens zwei Substanzen riskant konsumiert). Die Abstinente aller vier Substanzen ($n=737$) wurden für diesen sowie für alle nachfolgenden Analyseschritte ausgeschlossen und als fehlend deklariert. Damit wurde gewährleistet, dass die interessanten Risiko-Konsumentengruppen nur diejenigen mit einschließen, die auch tatsächlich mindestens eine der vier Substanzen in irgendeiner Form in den letzten 30 Tagen konsumierten.

In Tabelle 6 ist der Zusammenhang zwischen soziodemografischen Merkmalen und den drei Risikogruppen dargestellt. Unterschiede einzelner soziodemografischer Merkmale zwischen den Risikogruppen wurden mittels Chi-Quadrat-Test (X^2) getestet.

Die bivariaten Vergleiche wurden jeweils zwischen den Nicht-Risiko-Konsumenten und den Single-Risiko-Konsumenten und zwischen den Nicht-Risiko-Konsumenten und den Multi-Risiko-Konsumenten gezogen.

Im letzten Schritt der deskriptiven Analyse wurde der jeweilige Anteil der substanzspezifischen Störungen (Missbrauch/Abhängigkeit nach DSM-IV bzw. KFM für Medikamente) in den jeweiligen Risiko-Konsumentengruppen dargestellt (Tabelle 7; Kapitel 4.4). Des Weiteren wurde berechnet, wie sich die Störungen über alle drei Risikogruppen verteilen (Tabellen 8a-8d).

3.4.2 Binäre Logistische Regression

In der Binären Logistischen Regression wurde der Zusammenhang zwischen soziodemografischen Merkmalen (Prädiktoren) und Multi-Risiko-Konsumenten (abhängige Variable) vs. Single-Risiko-Konsumenten in einem Gesamtmodell untersucht (Kapitel 4.5). Hierfür werden Odds Ratios (OR) und dazugehörige 95%-ige Konfidenzintervalle berichtet. Die Odds Ratio ist ein Maß für die Zugehörigkeit zu einer Gruppe. Sie sagt aus, um wie viel größer die Chance für einen Probanden mit einem bestimmten soziodemografischen Merkmal ist, zur Gruppe der Multi-Risiko-Konsumenten zu gehören, verglichen mit der Gruppe der Single-Risiko-Konsumenten. Die OR nimmt Werte zwischen 0 und unendlich an. Ein Wert von 1 bedeutet ein gleiches Chancenverhältnis.

Die Analyse gliedert sich in mehrere Schritte, die im Einzelnen beschrieben werden. Im ersten Schritt wurde der Zusammenhang jeder Prädiktorvariablen mit der abhängigen Variable getestet. In das LR-Modell wurden anschließend die Variablen aufgenommen, die beim Testen der Einzeleffekte einen p-Wert von kleiner als 0,25 annahmen (Hosmer & Lemeshow, 1989). Zur Vorhersage der Zugehörigkeit zur Multi-Risiko-Gruppe wurden in einem ersten Schritt die Prävalenzvariablen der Einzelsubstanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und psychoaktive Medikamente mit einbezogen. Sie dienen zur Erklärung der Chance, zur Gruppe der Multi-Risiko-Konsumenten zu gehören bei zu Grunde liegendem Konsum nur einer Substanz (1. Step der LR).

In einem zweiten Schritt wurden die Variablen für substanzspezifische Störungen (Missbrauch/Abhängigkeit nach DSM-IV bzw. KFM für Medikamente) in das Modell mit aufgenommen. Sie dienen zur Erklärung der Chance, zur Gruppe der Multi-Risiko-Konsumenten zu gehören bei zu Grunde liegender substanzspezifischer Störung (2. Step der LR).

In einem weiteren Schritt werden alle vorher beschriebenen soziodemografischen Merkmale in das Modell aufgenommen (Einschlussverfahren; 3. Step der LR). Im vierten und letzten Schritt wurden die Variablen aus der Analyse genommen, die das Modell auf Grund geringerer Varianzaufklärung nicht ausreichend gut erklären. Diese wurden nacheinander aus dem Modell genommen.

Das resultierende finale LR-Modell (Final Model) stellt somit die bestmögliche Modellierung des Einflusses unabhängiger konsumbezogener, störungsbezogener und soziodemografischer Einflussgrößen auf den Risikokonsum mehrerer psychoaktiver Substanzen dar.

4 Ergebnisse

4.1 Soziodemografie

Die Stichprobe umfasst 50,8% Männer und 49,2% Frauen. Das Alter variiert zwischen 18 und 64 Jahren mit einem Mittelwert von 39,2 Jahren (SD=14,6). Männer sind im Durchschnitt 39,4 Jahre (SD=14,9), Frauen 39,0 Jahre alt (SD=14,4). Die Alterskategorien verteilen sich wie folgt: 18 bis 29 Jahre: 20,8% (n=2.785); 30 bis 49 Jahre: 49,0% (n=2.750) und 50 bis 64 Jahre: 30,2% (n=2.377). Die Altersverteilung der Geschlechter ist ausgeglichen und zeigt keine statistische Signifikanz ($p=0,38$).

Weniger als 10 Jahre Schulbildung haben 27,1% (n=2.173) der Befragten, genau 10 Jahre Schulbildung geben 34,0% (n=2.338) und mehr als 10 Jahre Schulbildung geben 38,9% (n=2.825) der Befragten an.

Über weniger als 1.000 Euro Nettoäquivalenzeinkommen verfügen 32,2% (n=2.821) der Probanden, 1.000-1.500 Euro haben 31,6% (n=2.334), 1.500-2.000 haben 26,3% (n=1.918) und 2.000 Euro und mehr haben 9,9% (n=687) der Probanden zur Verfügung.

In Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern wohnen 12,9% (n=949), in mittelgroßen Städten mit bis zu 100.000 Einwohnern 21,9% (n=1.554) und in Großstädten wohnen 65,2% (n=5.409) der Befragten.

Bezogen auf den Gesundheitszustand geben 20,0% (n=1.713) einen sehr guten, 51,2% (n=3.975) einen guten, 23,7% (n=1.818) einen durchschnittlichen und 5,1% (n=377) einen schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand an.

4.2 Verteilung des Singlekonsums

Alkohol

In den letzten 30 Tagen vor der Erhebung verzichteten gut ein Viertel der Befragten (25,1%) gänzlich auf Alkohol. Knapp drei Viertel (74,9%) nahmen irgendein alkoholhaltiges Getränk zu sich (Tabelle 2). Werden nur die Konsumenten betrachtet, zeigten fast 85,8% der Alkoholkonsumenten einen risikoarmen Konsumstil. Sie tranken nicht täglich oder zumindest weniger als 12 g/24 g Reinalkohol für Frauen/Männer pro Tag. Im Gegensatz dazu zeigten 14,2% einen riskanten Alkoholkonsum von mindestens 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag (Tabelle 3⁵⁰).

⁵⁰ Informationen über die geschlechtsspezifische Verteilung der risikoarmen und riskanten Konsumenten können aus Tabelle 3a im Anhang auf Seite A-2 entnommen werden.

Tabak

Tabakabstinent waren im vergangenen Monat mehr als zwei Drittel (68,8%) der befragten Personen. Ein Drittel (31,2%) rauchte dennoch mindestens eine Zigarette oder ähnliche Tabakwaren (Tabelle 2). Von allen Rauchern erwiesen sich 7 von 10 Befragten als risikoarme Tabakkonsumenten (70,5%) und damit als Raucher von weniger als 20 Stück Tabakwaren täglich. Knapp ein Drittel (29,5%) konsumierte mehr als 20 Stück und Tabak damit laut Definition riskant (Tabelle 3).

Cannabis

Als cannabisabstinent konnte in den letzten 30 Tagen die überwiegende Mehrheit der Befragten (98,0%) ermittelt werden (Tabelle 2). Nur 2,0% der Befragten konsumierten zumindest einmal im letzten Monat die illegale Droge. Unter den Konsumenten zeigten 4 von 10 (38,7%) einen risikoarmen Konsum von weniger als fünfmal im letzten Monat vor der Befragung. 6 von 10 Konsumenten (61,3%) praktizierten mit mehr als fünfmal einen riskanten Konsum (Tabelle 3).

Psychoaktive Medikamente

Knapp jeder zweite Befragte (49,4%) nahm in den letzten 30 Tagen mindestens eines der sieben erfragten Medikamente ein (Tabelle 2). Der überwiegende Anteil (86,7%) nahm jedoch keines der Medikamente täglich ein und zählt damit zur Gruppe der risikoarmen Medikamentenkonsumenten. Der kleinere Teil bestand aus den riskanten Konsumenten (13,3%), die eines oder mehrere Medikamente mindestens täglich einnahmen (Tabelle 3).

Tabelle 2: Prävalenz der Konsumenten und Abstinente je Substanz (letzte 30 Tage)

	Alkohol		Tabak		Cannabis		Psychoaktive Medikamente	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Abstinente	25,1	(1.954)	68,8	(5.353)	98,0	(7.678)	50,5	(3.872)
Konsumenten	74,9	(5.619)	31,2	(2.416)	2,0	(206)	49,5	(3.883)
Gesamt	100,0	(7.573)	100,0	(7.769)	100,0	(7.884)	100,0	(7.755)
Missings		(339)		(143)		(28)		(157)
Total		(7.912)		(7.912)		(7.912)		(7.912)

Tabelle 3: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums je Substanz (letzte 30 Tage)

	Alkohol ^a		Tabak ^b		Cannabis ^c		Psychoaktive Medikamente ^d	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
risikoarmer Konsum	85,8	(4.818)	70,5	(1.799)	38,7	(83)	86,7	(3.399)
riskanter Konsum	14,2	(801)	29,5	(617)	61,3	(123)	13,3	(484)
Gesamt	100,0	(5.619)	100,0	(2.416)	100,0	(206)	100,0	(3.883)
Abstinente		(1.954)		(5.353)		(7.678)		(3.872)
Missings		(339)		(143)		(28)		(157)
Total		(7.912)		(7.912)		(7.912)		(7.912)

^a risikoarmer Konsum: ≤ 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer

riskanter Konsum: > 12 g/24 g pro Tag für Frauen/Männer

^b risikoarmer Konsum: ≤ 20 Tabakwaren täglich; riskanter Konsum: > 20 Tabakwaren täglich

^c risikoarmer Konsum: ≤ 5 mal pro Monat; riskanter Konsum: > 5 mal pro Monat

^d risikoarmer Konsum: keines täglich; riskanter Konsum: eines oder mehrere mindestens täglich

4.3 Verteilung des Polykonsums

Wie aus Tabelle 4⁵¹ hervorgeht, berichteten 90,6% der Befragten, mindestens eine der vier Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und psychoaktive Medikamente in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben. Etwa jeder Zehnte (9,4%) hat keine dieser Substanzen konsumiert und war damit vollständig abstinent. 37,4% der Befragten berichteten, nur eine Substanz im letzten Monat konsumiert zu haben. Alkohol war bei jedem Vierten die am häufigsten allein konsumierte Substanz (26,1%), gefolgt von psychoaktiven Medikamenten (8,3%) und Tabak (3,0%). Zwei Fünftel (39,5%) zählen zu den Zweifach-Konsumenten

⁵¹ Informationen über die geschlechtsspezifische Verteilung der Prävalenz einzelner Substanzkombinationen können aus Tabelle 4a im Anhang auf Seite A-3 entnommen werden.

und kombinierten zwei der vier Substanzen, währenddessen sie die verbleibenden zwei Substanzen nicht konsumierten. Unter ihnen fiel fast jeder vierte Befragte (23,9%) in die Substanzkombination Alkohol und psychoaktive Medikamente. Die Dreifach-Konsumenten machten insgesamt 12,7% aus. Alkohol, Tabak und psychoaktive Medikamente war die am häufigsten beobachtete Substanzkombination (11,9%). Ein sehr geringer Prozentsatz (0,9%) zeichnet die Vierfach-Konsumenten aus, die alle vier Substanzen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen konsumierten.

Tabelle 4: Prävalenz einzelner Substanzkombinationen (letzte 30 Tage)

	Alkohol	Tabak	Cannabis	Psychoaktive Medikamente	%	(n)
Abstinente^a	0	0	0	0	9,4	(737)
Eine Substanz konsumiert	1	0	0	0	26,1	(1.861)
	0	1	0	0	3,0	(222)
	0	0	1	0	0,0	(3)
	0	0	0	1	8,3	(631)
Zwei Substanzen konsumiert	1	1	0	0	11,2	(785)
	1	0	1	0	0,2	(26)
	1	0	0	1	23,9	(1.770)
	0	1	1	0	0,1	(5)
	0	1	0	1	4,1	(296)
	0	0	1	1	0,0	(1)
Drei Substanzen konsumiert	1	1	1	0	0,6	(59)
	1	0	1	1	0,1	(13)
	1	1	0	1	11,9	(880)
	0	1	1	1	0,1	(5)
Vier Substanzen konsumiert	1	1	1	1	0,9	(85)
Gesamt					100,0	(7.379)
Missings						(533)
Total						(7.912)

^a keine der vier Substanzen konsumiert

0 = Substanz nicht konsumiert

1 = Substanz konsumiert

Wie in Tabelle 5⁵² dargestellt, fallen knapp drei Viertel (73,9%) aller Konsumenten mindestens einer der vier psychoaktiven Substanzen (n=6.582) in die Gruppe der risikoarmen Konsumenten. Sie konsumierten eine oder mehrere psychoaktive Substanzen in den letzten 30 Tagen unterhalb der beschriebenen substanzspezifischen Grenzwerte für einen gesundheitlich riskanten Konsum. In der Gruppe, die jeweils nur eine Substanz auf riskantem Niveau konsumierte, fällt der größte Prozentsatz auf Alkohol (8,7%), gefolgt von Tabak (7,0%), psychoaktiven Medikamenten (5,7%) und Cannabis (0,6%). Bei der Kombination von zwei riskant konsumierten Substanzen waren Alkohol und Tabak am meisten prävalent (1,9%). Aus dieser Verteilung lassen sich drei Gruppen von Risikokonsumenten zusammenfassen: die Nicht-Risiko-Konsumenten (73,9%), die Single-Risiko-Konsumenten (22,0%) und die Multi-Risiko-Konsumenten (4,1%).

⁵² Informationen über die geschlechtsspezifische Verteilung der risikoarmen und riskanten Konsumenten auf die einzelnen Substanzkombinationen sowie die Verteilung auf die drei Risiko-Konsumentengruppen können aus Tabelle 5a im Anhang auf Seite A-4 entnommen werden.

Tabelle 5: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums einzelner Substanzkombinationen (letzte 30 Tage)

	Psychoaktive				% (n)		% (n)	
	Alkohol ^a	Tabak ^b	Cannabis ^c	Medikamente ^d				
Keine Substanz riskant konsumiert	0	0	0	0	73,9	(4.933)	Cluster 1: Nicht-Risiko-Konsumenten	73,9 (4.933)
Eine Substanz riskant konsumiert	1	0	0	0	8,7	(581)	Cluster 2: Single-Risiko-Konsumenten	22,0 (1.397)
	0	1	0	0	7,0	(401)		
	0	0	1	0	0,6	(57)		
	0	0	0	1	5,7	(358)		
Zwei Substanzen riskant konsumiert	1	1	0	0	1,9	(107)	Cluster 3: Multi-Risiko-Konsumenten	4,1 (252)
	1	0	1	0	0,2	(20)		
	1	0	0	1	0,6	(40)		
	0	1	1	0	0,2	(17)		
	0	1	0	1	0,6	(35)		
	0	0	1	1	0,1	(5)		
Drei Substanzen riskant konsumiert	1	1	1	0	0,1	(9)		
	1	0	1	1	0,0	(2)		
	1	1	0	1	0,2	(10)		
	0	1	1	1	0,1	(4)		
Alle Substanzen riskant konsumiert	1	1	1	1	0,1	(3)		
Gesamt					100,0	(6.582)	100,0 (6.582)	
Abstinente (keine der vier Substanzen konsumiert)						(737)	(737)	
Missings						(593)	(593)	
Total						(7.912)	(7.912)	

Hinweis: Alle Konsumenten der letzten 30 Tage, die mind. eine der aufgeführten Substanzen konsumierten
 0 = risikoarm konsumiert (bzw. nicht konsumiert)
 1 = riskant konsumiert

^a Alkohol: 0 = risikoarmer Konsum (≤ 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer)
 1 = riskanter Konsum (>12 g/24 g pro Tag für Frauen/Männer)

^b Tabak: 0 = risikoarmer Konsum (≤ 20 Tabakwaren tgl.); 1 = riskanter Konsum (> 20 Tabakwaren tgl.)

^c Cannabis: 0 = risikoarmer Konsum (≤ 5 mal mtl.); 1 = riskanter Konsum (> 5 mal mtl.)

^d Psychoaktive Medikamente: 0 = risikoarmer Konsum (keines tgl.); 1 = riskanter Konsum (eines oder mehrere mind. tgl.)

Die Verteilung soziodemografischer Merkmale auf die Risiko-Konsumentengruppen ist in Tabelle 6 dargestellt. Bei Betrachtung von Männern und Frauen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Konsumverhalten. Der Anteil der Männer nimmt mit einem riskanten Konsumverhalten zu: Während dieser in der Gruppe der Nicht-Risiko-Konsumenten (48,3%) im Vergleich zu den Single-Risiko-Konsumenten (58,1%) noch geringer ist, steigt der Anteil der Männer in der Multi-Risiko-Konsumentengruppe im Vergleich zur Nicht-Risiko-Gruppe um ein viertel auf 76,2%. Bei den Frauen ist das Bild genau umgekehrt. Beträgt ihr Anteil in der Nicht-Risiko-Konsumentengruppe im Vergleich zur Single-Risiko-Konsumentengruppe noch 51,7%, so sinkt ihr Anteil in der Multi-Risiko-Konsumentengruppe auf ein Viertel (23,8%).

Weiterhin gibt es einen signifikanten Unterschied im Konsumverhalten zwischen den Altersgruppen, so dass mit steigendem Alter der Konsum mehrerer Substanzen auf riskantem Niveau tendenziell zunimmt: Während 21,5% der 18- bis 29-Jährigen zur Gruppe der Nicht-Risiko-Konsumenten zählen, nimmt ihr Anteil in der Single-Risiko-Konsumentengruppe ab und sinkt auf 17,8%. In der Gruppe der Multi-Risiko-Konsumenten fällt ihr Anteil verglichen mit der Nicht-Risiko-Gruppe um etwa 5 % auf 16,2%. Der Anteil der 50- bis 64-Jährigen steigt dafür in der Single-Risiko-Gruppe im Vergleich zur Nicht-Risiko-Gruppe um 5% auf 33,3%. In der Multi-Risiko-Gruppe steigt ihr Anteil weiter auf 34,2%.

Signifikante Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Schulbildung der Befragten. Der Anteil der Personen mit niedrigem Bildungsstand beträgt bei den Nicht-Risiko-Konsumenten 24,1%, wohingegen er in der Single-Risiko-Gruppe auf 32,5% ansteigt. Der Unterschied zwischen der Nicht-Risiko-Gruppe und der Multi-Risiko-Gruppe beträgt 12,4% und steigt bei letztgenannter Gruppe demnach auf 36,5% an. Personen mit höherem Bildungsstand sind in der Nicht-Risiko-Gruppe mit einem Anteil von 41,5%, im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen, am stärksten vertreten. Ihr Anteil reduziert sich auf 34,5% in der Single-Risiko-Gruppe und auf 30,9% in der Multi-Risiko-Gruppe.

Der Anteil „Geringverdiener“ (Kategorie 0-1.000 Euro) ist in der Single-Risikogruppe im Vergleich zur Nicht-Risiko-Gruppe mit 33,7% signifikant höher. Ihr Anteil steigt in der Multi-Risiko-Gruppe verglichen mit der Nicht-Risiko-Gruppe weiter an auf 40,7%. Bei höherem Einkommen (Kategorie: 2.000 Euro und mehr) kehrt sich diese Verteilung tendenziell um.

Bei der regionalen Verteilung der Befragten zeigen sich weniger Anteilsschwankungen zwischen den Risikogruppen. Tendenziell zeigt sich, dass die Bewohner einer Kleinstadt einen geringeren Anteil in der Multi-Risikogruppe (8,8%) haben als in der Nicht-Risiko-Gruppe. Bei Bewohnern mittlerer Stadtgrößen steigt dahingegen der Anteil von 21,8% in der Nicht-Risiko-Gruppe auf 24,2% in der Multi-Risiko-Gruppe. Bei Bewohnern von Großstädten steigt der Anteil von 64,9% in der Nicht-Risiko-Gruppe auf 67,0% in der Multi-Risiko-Gruppe. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

Signifikante Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Gesundheitszustands der Befragten. Der Anteil der Konsumenten mit sehr gutem Gesundheitszustand fällt in der Single-Risiko-Gruppe im Vergleich zur Nicht-Risiko-Gruppe signifikant auf 14,4% und weiter in der Multi-Risiko-Gruppe auf 5,1%. Diese Richtung ist auch bei Befragten mit einem guten Gesundheitszustand sichtbar. Ihr Anteil beträgt in der Nicht-Risiko-Gruppe mehr als die Hälfte (53,9%), wohingegen er in der Single-Risiko-Gruppe 45,8% und in der Multi-Risiko-Gruppe 43,1% beträgt. Ein gegenläufiges Bild zeigt sich bei einem durchschnittlichen und schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand. Der Anteil der Personen mit durch-

schnittlichem Gesundheitszustand steigt in der Single-Risiko-Gruppe im Vergleich zur Nicht-Risiko-Gruppe auf 28,9% und verdoppelt sich in der Multi-Risiko-Gruppe verglichen mit der Nicht-Risiko-Gruppe auf 39,3%. Bei Personen mit einem schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand verdreifacht sich der Anteil in der Single-Risiko-Gruppe auf 10,9% gegenüber der Nicht-Risiko-Gruppe und steigt in der Multi-Risiko-Gruppe weiter auf 12,5%.

Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale (alle Konsumenten)

	Nicht-Risiko-Konsumenten (n=4.933)		Single-Risiko-Konsumenten (n=1.397)		Multi-Risiko-Konsumenten (n=252)		Gesamt (n=6.582)	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Geschlecht								
Männer	48,3	(2.081)	58,1 ***	(731)	76,2 ***	(179)		(2.991)
Frauen	51,7	(2.852)	41,9 ***	(666)	23,8 ***	(73)		(3.591)
Altersgruppe								
18-29 Jahre	21,5	(1.798)	17,8 **	(415)	16,2 *	(78)		(2.291)
30-49 Jahre	51,0	(1.798)	45,9 **	(460)	49,6	(89)		(2.347)
50-64 Jahre	27,5	(1.337)	33,31 ***	(522)	34,2 *	(85)		(1.944)
Schulbildung in Jahren								
< 10 Jahre	24,1	(1.233)	32,5 ***	(447)	36,5 ***	(91)		(1.883)
10 Jahre	34,4	(1.502)	33,0	(407)	32,6	(69)		(1.978)
> 10 Jahre	41,5	(1.900)	34,5 ***	(447)	30,9 **	(64)		(2.411)
Einkommen								
0 - 1.000 Euro	28,8	(1.655)	33,7 **	(512)	40,7 ***	(112)		(2.279)
1.000 - 1.500 Euro	32,7	(1.530)	29,7	(388)	30,6	(69)		(1.987)
1.500 - 2.000 Euro	27,6	(1.244)	26,4	(359)	21,6	(52)		(1.655)
2.000 Euro und mehr	10,9	(476)	10,2	(126)	7,2	(16)		(618)
Region								
≤ 20.000 Einwohner	13,3	(606)	13,4	(165)	8,8	(21)		(792)
≤ 100.000 Einwohner	21,8	(966)	21,3	(271)	24,2	(50)		(1.287)
> 100.000 Einwohner	64,9	(3.361)	65,4	(961)	67,0	(181)		(4.503)
Gesundheitszustand								
sehr gut	21,9	(1.159)	14,4 ***	(218)	5,1 ***	(18)		(1.395)
gut	53,9	(2.591)	45,8 ***	(630)	43,1 **	(109)		(3.330)
durchschnittlich	21,1	(1.027)	28,9 ***	(396)	39,3 ***	(91)		(1.514)
schlecht - sehr schlecht	3,1	(143)	10,9 ***	(148)	12,5 ***	(33)		(324)

Bivariate Vergleiche der einzelnen soziodemografischen Merkmale über die Risikogruppen. Nicht-Risiko-Konsumenten vs. Single-Risiko-Konsumenten/Multi-Risiko-Konsumenten. *p ≤ 0,05 ***p ≤ 0,01 ****p ≤ 0,001

4.4 Substanzbezogene Störungen

Bei Betrachtung der substanzspezifischen Störungen Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV bzw. KFM für Medikamente hinsichtlich der Risiko-Konsumentengruppen ergibt sich folgendes Bild:

Der Anteil alkoholbezogener Störungen bezogen auf die Gesamtstichprobe beläuft sich insgesamt auf 6,7%. Innerhalb der Risikogruppen nimmt der Anteil alkoholbezogener Störungen mit dem Risiko des Polykonsums zu: nur 3,6% der Nicht-Risiko-Konsumenten berichten alkoholbezogene Störungen, die den Diagnosen nach DSM-IV entsprechen. Im Vergleich dazu sind es 34,1% der Multi-Risiko-Konsumenten (Tabelle 7). Betrachtet man hingegen die gesamten alkoholbezogenen Störungen, so sind zu etwa gleichen Teilen Probanden mit einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit von Alkohol Nicht- oder Single-Risiko-Konsumenten (39,5% bzw. 39,6%). Nur 20,9% zählen zu den Multi-Risiko-Konsumenten (Tabelle 8a).

Der Anteil Tabakabhängiger beläuft sich, bezogen auf die Gesamtstichprobe, insgesamt auf 7,9%. Auch hier nimmt der Anteil Abhängiger bei den Polykonsumenten zu: nur 4,1% der Nicht-Risiko-Konsumenten berichten eine Tabakabhängigkeit nach DSM-IV, wohingegen es 31,6% der Multi-Risiko-Konsumenten sind (Tabelle 7). Bezogen auf die gesamten Tabakabhängigen zeigt sich, dass 38,1% der Befragten mit einer Abhängigkeit Nicht-Risiko-Konsumenten sind. 45,6% dahingegen sind Single-Risiko-Konsumenten und 16,2% sind Multi-Risiko-Konsumenten (Tabelle 8b).

Eine cannabisbezogene Störung zeigt sich bei insgesamt 1,2% der Konsumenten, bezogen auf die Gesamtstichprobe. Der Anteil nimmt innerhalb der Risikogruppen mit dem Polykonsum zu: nur 0,4% der Nicht-Risiko-Konsumenten berichten einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit nach DSM-IV, wobei 1,8% der Single-Risiko-Konsumenten eine Störung berichten. Bei den Multi-Risiko-Konsumenten sind es 13,8% (Tabelle 7). Im Vergleich zu den anderen Substanzen verhält es sich umgekehrt bei Betrachtung der Störungen insgesamt. Nur 23,2% der Befragten mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit sind Nicht-Risiko-Konsumenten, wohingegen 32,5% Single-Risiko-Konsumenten und 44,3% Multi-Risiko-Konsumenten sind (Tabelle 8c).

Einen problematischen Medikamentenkonsum praktizieren insgesamt 5,0%, bezogen auf die Gesamtstichprobe. Nur 2,9% der Nicht-Risiko-Konsumenten berichten über einen problematischen Konsum nach dem KFM. Bei den Single-Risiko-Konsumenten sind es 10,4% und bei den Multi-Risiko-Konsumenten 13,6% (Tabelle 7). Bezüglich der gesamten Verteilung zeigt sich, dass die Medikamentenkonsumenten mit einem problematischen Konsum fast zu gleichen Teilen Nicht- oder Single-Risiko-Konsumenten sind (34,4% bzw.

45,8%). Nur 10,9% der problematischen Konsumenten sind Multi-Risiko-Konsumenten (Tabelle 8d).

Tabelle 7: Anteil substanzbezogener Störungen in den einzelnen Risikogruppen

	Alkoholbezogene Störungen ^a	Tabak-abhängigkeit	Cannabisbezogene Störungen ^a	Problematischer Konsum von psychoaktiven Medikamenten ^b
	%	%	%	%
Nicht-Risiko-Konsumenten	3,6	4,1	0,4	2,9
Single-Risiko-Konsumenten	12,0	16,4	1,8	10,4
Multi-Risiko-Konsumenten	34,1	31,6	13,8	13,6
Total ^c	6,7	7,9	1,2	5,0

^a beinhaltet die Diagnosen Missbrauch oder Abhängigkeit (DSM-IV)

^b KFM \geq 4

^c bezieht sich auf die gesamte Stichprobe n=7.912

Tabelle 8a: Verteilung der alkoholbezogenen Störungen über alle Risikogruppen

	Alkoholbezogene	
	(n)	Verteilung in (%)
Nicht-Risiko-Konsumenten	(197)	39,5
Single-Risiko-Konsumenten	(190)	39,6
Multi-Risiko-Konsumenten	(89)	20,9
Total	(476)	100,0

^a beinhaltet die Diagnosen Missbrauch oder Abhängigkeit nach DSM-IV

Tabelle 8b: Verteilung der Tabakabhängigkeit über alle Risikogruppen

	Tabakabhängigkeit	
	(n)	Verteilung in (%)
Nicht-Risiko-Konsumenten	(220)	38,1
Single-Risiko-Konsumenten	(226)	45,6
Multi-Risiko-Konsumenten	(81)	16,2
Total	(527)	100,0

Tabelle 8c: Verteilung der cannabisbezogenen Störungen über alle Risikogruppen

	Cannabisbezogene Störungen	
	(n)	Verteilung in (%)
Nicht-Risiko-Konsumenten	(27)	23,2
Single-Risiko-Konsumenten	(40)	32,5
Multi-Risiko-Konsumenten	(45)	44,3
Total	(112)	100,0

^b beinhaltet die Diagnosen Missbrauch oder Abhängigkeit nach DSM-IV

Tabelle 8d: Verteilung des problematischen Medikamentenkonsums über alle Risikogruppen

	Problematischer Konsum von psychoaktiven Medikamenten ^c	
	(n)	Verteilung in (%)
Nicht-Risiko-Konsumenten	(151)	43,3
Single-Risiko-Konsumenten	(140)	45,8
Multi-Risiko-Konsumenten	(32)	10,9
Total	(323)	100,0

^c KFM ≥ 4

4.5 Voraussage eines riskanten Polykonsums

In der 1. Stufe des LR-Modells zeigt sich, dass jeglicher Konsum einer Substanz (Alkohol, Tabak, Cannabis oder psychoaktive Medikamente) die Chance signifikant erhöht, weitere Substanzen riskant zu konsumieren. Die Chance ist für Raucher dabei in etwa siebenmal so hoch wie für Nicht-Raucher (OR:6,7; KI: 4,41-10,20) und damit im Vergleich zu den anderen Substanzen am höchsten. Die Ergebnisse der 2. Stufe des LR-Modells zeigen, dass lediglich das Vorhandensein einer alkoholbezogenen Störung als Prädiktor für einen Multi-Risiko-Konsum (OR: 2,7; KI:1,78-4,05) bedeutsam ist. Eine andere substanzbezogene Diagnose erhöht (bzw. verringert) das Risiko für einen riskanten Polykonsum nicht. Die 3. Stufe zeigt, dass zusätzlich das Geschlecht, die Altersgruppen und der Gesundheitszustand einen riskanten Polykonsum voraussagen. Die Bildung, das Einkommen und die Region erweisen sich nicht als statistisch bedeutsame Prädiktoren. Im Finalen Modell der LR ergaben sich beim Testen der Haupteffekte Signifikanzen bei den Konsumvariablen, alkoholbezogener Störungen sowie bei den Variablen Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand. Die Berücksichtigung von Interaktionseffekten einzelner Prädiktoren auf die abhängige Variable erwies sich als statistisch nicht bedeutsam.

Alkoholkonsumenten haben eine 3,8 Mal höhere Chance, Risikokonsument von mindestens zwei Substanzen zu sein, als diejenigen, die keinen Alkohol trinken (OR:3,8; KI: 2,17-6,63). Diejenigen, die Tabak konsumieren, haben eine achtmal höhere Chance (OR:8,5; KI: 5,14-14,20), die mit Cannabis eine um den Faktor 4,4 erhöhte (OR:4,4; KI: 2,00-9,89) und die mit psychoaktiven Medikamenten eine um den Faktor 1,7 erhöhte Chance (OR:1,7; KI:1,13-2,44), mehr als eine Substanz riskant zu konsumieren. Die Ergebnisse sind signifikant.

Befragte mit alkoholbezogenen Störungen (Missbrauch oder Abhängigkeit nach DSM-IV bzw. KFM für Medikamente) haben eine fast dreimal höhere Chance riskante Polykonsumenten zu sein (OR: 2,8; KI: 1,83-4,40). Das Ergebnis ist signifikant.

Mehr Männer als Frauen sind riskante Polykonsumenten. Die Chance der Männer ist im Vergleich zu Frauen mehr als doppelt so groß (OR:2,2; KI: 1,48-3,24).

Die Altersverteilung zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und dem mehrfach riskanten Substanzkonsum. Befragte zwischen 30 und 49 Jahren haben im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) eine um den Faktor 2,6 höhere Chance, mehr als eine Substanz riskant zu konsumieren (OR:2,6; KI: 1,53-4,42). In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ist diese um den Faktor 3,8 erhöht (OR:3,8; KI: 2,17-6,81).

Befragte mit einem guten Gesundheitszustand haben, im Vergleich zu denen mit einem sehr guten, eine doppelt so große Chance, Substanzen mehrfach riskant zu konsumieren (OR: 2,2; KI: 1,10-4,53). Personen mit einem durchschnittlichen Gesundheitszustand sind dreimal wahrscheinlicher riskant konsumierende Polykonsumenten als die Befragten mit einem sehr guten Gesundheitszustand (OR: 3,3; KI: 1,60-6,91). Bei einem schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand ist die Chance um den Faktor 3,2 erhöht (OR:3,2; KI: 1,30-7,76), Substanzen mehrfach riskant zu konsumieren (Tabelle 9).

Tabelle 9: Logistische Regression zur Vorhersage des Multi-Risiko-Konsums durch den Konsum, substanzbezogene Störungen und soziodemografische Merkmale

	1. Stufe		2. Stufe		3. Stufe		Finales Modell	
	OR	(95%-KI)	OR	(95%-KI)	OR	(95%-KI)	OR	(95%-KI)
Konsum^a								
Alkohol	4,2 ***	(2,47-7,10)	3,3 ***	(1,92-5,65)	3,8 ***	(2,16-6,85)	3,8 ***	(2,17-6,63)
Tabak	6,7 ***	(4,41-10,20)	7,2 ***	(4,34-11,79)	7,9 ***	(4,65-13,38)	8,5 ***	(5,14-14,20)
Cannabis	3,7 ***	(2,27-5,89)	2,9 **	(1,43-5,82)	3,9 ***	(1,69-9,14)	4,4 ***	(2,00-9,89)
Psychoaktive Medikamente	1,6 **	(1,15-2,22)	1,5 *	(1,05-2,21)	1,7 *	(1,10-2,48)	1,7 **	(1,13-2,44)
Störungen								
Alkohol			2,7 ***	(1,78-4,05)	2,7 ***	(1,74-4,32)	2,8 ***	(1,83-4,40)
Tabak			1,2	1,76)	1,3	(0,83-2,00)	1,2	(0,80-1,86)
Cannabis			1,7	(0,70-4,04)	2,6	(0,96-6,90)	2,2	(0,86-5,69)
Psychoaktive Medikamente			2,0 *	(1,16-3,56)	1,5	(0,77-2,72)	1,6	(0,88-2,89)
Geschlecht								
Frauen					Ref.		Ref.	
Männer					2,3 ***	(1,51-4,46)	2,2 ***	(1,48-3,24)
Altersgruppe								
18-29 Jahre					Ref.		Ref.	
30-49 Jahre					3,0 ***	(1,72-5,35)	2,6 ***	(1,53-4,42)
50-64 Jahre					4,5 ***	(2,43-8,21)	3,8 ***	(2,17-6,81)
Schulbildung in Jahren								
< 10 Jahren					Ref.		x	x
10 Jahre					0,8	(0,52-1,29)	x	x
> 10 Jahre					0,8	(0,63-1,61)	x	x
Einkommen								
0-1.000 Euro					Ref.		x	x
1.000-1.500 Euro					1,0	(0,63-1,61)	x	x
1.500-2.000 Euro					0,8	(0,50-1,39)	x	x
2.000 Euro und mehr					0,7	(0,36-1,41)	x	x
Region								
≤ 20.000 Einwohner					Ref.		x	x
≤ 100.000 Einwohner					1,6	(0,77-3,39)	x	x
> 100.000 Einwohner					1,3	(0,68-2,64)	x	x
Gesundheitszustand								
sehr gut					Ref.		Ref.	
gut					2,2 *	(1,08-4,66)	2,2 *	(1,10-4,53)
durchschnittlich					3,4 **	(1,55-7,26)	3,3 ***	(1,60-6,91)
schlecht - sehr schlecht					2,7 *	(1,04-7,21)	3,2 *	(1,30-7,76)
(n)	(1.649)		(1.512)		(1.404)		(1.509)	
Pseudo R² (Nagelkerke)	0,22		0,26		0,32		0,33	

OR = Odds Ratio für Multi-Risiko-Konsum vs. Single-Risiko-Konsum (Referenzgruppe)

^a Konsum bezieht sich auf die 30-Tage-Prävalenz

5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden als Grundlage Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 verwendet, um den Polykonsum psychotroper Substanzen in der deutschen Allgemeinbevölkerung zu beschreiben und Faktoren zu ermitteln, die einen Polykonsum auf riskantem Niveau voraussagen. Anschließend wurde der Zusammenhang von Polykonsum und substanzbezogenen Störungen in der Gesamtstichprobe dargestellt und die Verteilung der Störungsbilder auf die verschiedenen Risikogruppen beschrieben.

Die Ergebnisse sollen im Folgenden interpretiert und, wenn möglich, mit denen anderer Studien verglichen werden. Da es keine Literatur über einen Polykonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung anhand substanzspezifischer Grenzwerte gibt und die Definitionen von Polykonsum sehr unterschiedlich sind, ist ein direkter und länderübergreifender Vergleich erschwert.

5.1 Inhaltliche Diskussion

Die Analyse der vorliegenden Daten hat ergeben, dass etwa dreiviertel der Befragten (73,9%) keine der vier Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis oder psychoaktive Medikamente riskant, d.h. über einem definierten Schwellenwert für gesundheitsbezogene Folgen konsumierten. Etwa jeder Fünfte (22,0%) berichtete von einem riskanten Konsum einer der vier Substanzen. Insgesamt zählen 4,1% der konsumierenden Personen zu den riskanten Polykonsumenten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine Reihe von Personen in der deutschen Allgemeinbevölkerung gibt, die einen Konsum von mehreren psychoaktiven Substanzen auf riskantem Niveau praktizieren.

Raucher weisen mit 7,9% die höchste Abhängigkeitsprävalenz auf. Bei 6,7% der Alkoholkonsumenten liegt ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit nach DSM-IV vor, bei Cannabiskonsumenten sind es 1,2%. Insgesamt zeigen 5,0% einen problematischen Konsum von psychoaktiven Medikamenten. Betrachtet man die Verteilung der substanzbezogenen Störungen in den drei Risiko-Gruppen, so zeigt sich bei allen vier Substanzen ein höherer Anteil bei den Multi-Risiko-Konsumenten im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Die Verteilung dieser Störungen über die drei Risikogruppen ergibt ein zweigeteiltes Bild. Die meisten Konsumenten von Alkohol, Tabak oder psychoaktiven Medikamenten, die eine der beiden Diagnosen haben, gehören zur Gruppe der Nicht- oder Single-Risiko-Konsumenten. Jeder zweite Cannabiskonsument mit einer der beiden Diagnosen ist gleichzeitig ein riskanter Polykonsument. Die weitere Analyse konnte zeigen, dass Män-

ner, ältere Personen, Personen mit einem durchschnittlichen bzw. schlechteren Gesundheitszustand und/oder einer alkoholbezogenen Diagnose mit größerer Wahrscheinlichkeit riskante Polykonsumenten sind. Das heißt, dass sie mehr als eine psychotrope Substanz auf riskantem Niveau konsumieren.

Der Betrachtungszeitraum für Polykonsum reicht konzeptionell von der Lebenszeitprävalenz bis zum Konsum innerhalb weniger Stunden. Bekannt ist, dass die Gefahr für einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit desto größer ist, je häufiger und mehr konsumiert wird. Wenn zwei oder mehr Substanzen kontinuierlich in größeren Mengen konsumiert werden, ist das Risiko für die Entwicklung gesundheitlich negativer Folgen durch die Wechselwirkungen erhöht. Für die Analyse wurden deshalb substanzspezifische Grenzwerte gewählt, denen Mengenangaben über den Konsum in den letzten 30 Tagen zu Grunde liegen. So war es möglich, die Befragten nach genauen Kriterien in risikoarme und riskante Konsumenten zu klassifizieren.

Die Grenzwerte für Alkohol und Tabak richten sich nach Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und der Weltgesundheitsorganisation (Burger & Mensink, 2003; WHO, 1998). Ein Konsum oberhalb dieser Gefährdungsgrenzen lässt höhere Gesundheitsrisiken erwarten. Dennoch bedeutet ein risikoarmer Konsum in diesem Zusammenhang nicht, dass der Konsum einer Substanz unterhalb des jeweiligen Grenzwertes gesundheitlich unbedenklich ist. Lediglich ist das Auftreten langfristiger gesundheitlicher Folgen für die meisten Personen ohne zusätzliche Risikofaktoren eher unwahrscheinlich (Burger et al., 2000) Bei den Grenzwerten handelt es sich demnach um Konsumempfehlungen. Risikoarm bedeutet somit nicht risikolos oder harmlos. Gerade in Bezug auf Alkohol ist, neben der Selbstgefährdung, auch die Fremdgefährdung wie durch Alkohol verursachte Unfälle und Gewalteinwirkungen von zentraler Bedeutung. Gleiches trifft für einen risikoarmen Tabakkonsum zu. Es gibt kein gesundheitsverträgliches Rauchen, und mit jeder gerauchten Zigarette steigt das Risiko für die Entstehung tabakassoziierter Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, chronische Bronchitis oder bösartige Neubildungen (Bühringer et al., 2000; Inoue et al., 2001).

Insgesamt sind Alkohol und Tabak immer noch die am häufigsten konsumierten Substanzen, was vor allem durch ihren legalen Status und die lokale Verfügbarkeit zu erklären sein dürfte. 1,9% konsumieren beide Substanzen auf riskantem Niveau. Der Anteil an alkohol- oder tabakbezogenen Störungen liegt in den Multi-Risikogruppen jeweils über 30%. Das Zigarettenrauchen ist oftmals in eine symbolisch bedeutsame Lebensweise eingebettet und dient als Kontakt- und Kommunikationsmittel. Auch für viele Jugendliche

symbolisiert das Rauchen die Zugehörigkeit zu Gleichaltrigen oder einer bestimmten Jugendkultur. Hinzu kommt der gesellige Aspekt in Bars, Kneipen oder Diskotheken. Dieser mag zum weiteren Substanzkonsum von Alkohol führen, der die Geselligkeitsaspekte ebenso erfüllt. Die Analyse hat jedoch gezeigt, dass jeglicher Konsum einer Substanz ein Prädiktor dafür ist, mindestens noch eine weitere Substanz riskant zu konsumieren. Die Wahrscheinlichkeit ist bei Tabak achtmal so hoch, bei Alkohol und Cannabis mehr als viermal und bei Medikamenten knapp zweimal so hoch, unabhängig von Alter, Geschlecht und anderen soziodemografischen Merkmalen der Person. Das bedeutet, dass weiterhin ein dringender Handlungsbedarf besteht. So sollten weiterhin Überlegungen über mögliche Einschränkungen der lokalen Verfügbarkeit stattfinden, wie auch weiterhin die Durchführung von Aufklärungs- und zielgruppenorientierten Präventionskampagnen.

Barett et al. (2006) fand unter Drogen konsumierenden kanadischen Studenten heraus, dass ein erhöhter Konsum von Tabakwaren in Zusammenhang mit einem zusätzlichen Konsum von unter anderem Alkohol und Cannabis stand. Diese drei Substanzen wurden am häufigsten miteinander kombiniert. Ebenso ging ein initialer Konsum von Alkohol dem kombinierten Konsum von Alkohol mit anderen Substanzen voraus (Barett et al., 2006). Untersuchungen zwischen Trinkmustern und dem Konsum weiterer Drogen in der finnischen Allgemeinbevölkerung haben zu den Erkenntnissen geführt, dass ein Polykonsum am prävalentesten unter starken Alkoholkonsumenten war. Auch die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass ein riskanter Alkoholkonsum immer Teil der prävalentesten Substanzkombinationen war. Liegt bereits eine alkoholbezogene Störung zu Grunde, war auch hier die Wahrscheinlichkeit, weitere Substanzen auf riskantem Niveau zu konsumieren, signifikant höher als bei Tabak, Cannabis und psychoaktiven Medikamenten. Ein starker Konsum von Alkohol scheint damit ein nicht zu unterschätzender Nährboden für den Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten und illegalen Drogen zu sein (Hakkarainen & Metso, 2009).

Weitere Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich, dass ein regelmäßiger Medikamentenkonsum in der Allgemeinbevölkerung praktiziert wird und nicht unterschätzt werden sollte. Insgesamt nehmen über 13% der befragten Personen mindestens ein Medikament der abgefragten Arzneimittelgruppen täglich ein. Die Analyse hat ergeben, dass insgesamt 5,0% einen problematischen Konsum nach dem KFM aufweisen. Jeder Zehnte davon (10,4%) fiel dabei in die Gruppe der Multi-Risiko-Konsumenten. Allerdings ist hier der entscheidende Punkt zu nennen, dass die Vergleichbarkeit zu anderen erfragten Substanzen eingeschränkt ist. Viele Verordnungen beziehen sich auf Medikamente mit Abhängigkeitspotential und stehen damit in Zusammenhang mit unterschiedlichen be-

handlungsbedürftigen akuten und chronischen Erkrankungen. Letztere implizieren häufig eine regelmäßige oder tägliche Einnahme aus medizinischer Indikation heraus. Somit müssen die Ergebnisse zu Medikamenten aus der vorliegenden Arbeit vorsichtig interpretiert werden. Zum einen ermöglicht die Erhebung des Medikamentenkonsums in der ESA keine Differenzierung des Einnahmegrundes, also zwischen „Vorsätzlichkeit“ und medizinischer Indikation. Ein Großteil der Konsumenten wird die Medikamente vermutlich auf Grund medizinischer Notwendigkeit einnehmen und nicht zur bewussten Erzeugung eines erwünschten Gemütszustandes. Doch zum anderen hat sich gezeigt, dass 1,7% der befragten täglichen Medikamenten-Konsumenten mindestens eine weitere Substanz auf riskantem Niveau konsumieren. Dieser Umstand ist trotz der beschriebenen Einschränkungen als bedenklich zu werten. Vor allem vor dem Hintergrund, wenn sich die Patienten durch die Regelmäßigkeit der Einnahme möglicherweise nicht über die Wechselwirkungen der Arzneimittel mit z.B. Alkohol bewusst sind. Sie sind in der Regel weniger gut über konsumierte Substanzen informiert als Konsumenten illegaler Drogen. Im Jahr 2007 wurden ca. 80% der verkauften Schmerzmittel ohne Rezept erworben, da die Schmerzbehandlung häufig im Sinne einer Selbstmedikation stattfindet (Glaeske, 2009). Der problematische Konsum wird möglicherweise durch Selbstmedikation und damit privat gekaufte Medikamente im Zuge der populärer werdenden Internetapotheken eher noch zunehmen (DHS, Medikamente, 2008). Weiter ist zu erwähnen, dass geschätzt etwa ein Drittel der verordneten Arzneimittel langfristig zur Suchtunterhaltung und Vermeidung von Entzugserscheinungen verschrieben werden und nicht auf Grund akuter medizinischer Probleme (Glaeske, 2009).

Männer sind häufiger Polykonsumenten als Frauen. Der Schwerpunktbericht des RKI „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“ (Kolip & Lademann, 2005) hat gezeigt, dass sich die Geschlechter nicht nur bezüglich des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes unterscheiden, sondern auch hinsichtlich gesundheitsförderlicher oder -schädigender Verhaltensweisen. Dies könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, dass sich Frauen bewusster über mögliche gesundheitsschädigende Konsequenzen sind, die mit einem kombinierten riskanten Konsum einhergehen. Zum anderen zeigen Männer häufiger ein größeres Ausmaß an gesundheitsriskantem Verhalten. Insgesamt haben Personen, die eine Substanz riskant konsumieren, möglicherweise einen weniger gesundheitsbewussten Lebensstil und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, weitere Substanzen auf einem gesundheitsschädigenden Level zu konsumieren.

Die Analyse nach Altersgruppen zeigt deutlich, dass das Risiko mit zunehmendem Alter höher liegt. Bei den 50- bis 64-Jährigen ist dieses deutlich größer als bei der jüngsten

Altersgruppe. Bezogen auf Alkohol ist bei Jugendlichen das Trinkmuster des sog. Rauschtrinkens sehr weit verbreitet (Kraus et al., 2008a; Pabst & Kraus, 2008). Dies zeichnet sich durch einen episodischen Konsum mit großen Mengen aus, weniger durch einen überschwelligeren, regelmäßigen und täglichen Konsum. Damit ist das Risiko für einen Polykonsum bei jüngeren Erwachsenen niedriger als bei Älteren. Weiter nimmt der tägliche Medikamentenkonsum im Alter bedingt durch zunehmende Morbidität und Multi-Morbidität zu (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2008). Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit, laut Definition unter riskante Polykonsumenten zu fallen, für medikamentös therapierte ältere Menschen höher als für Jüngere. Ergänzend ist zu sagen, dass sich eine Gewöhnung an eine Substanz erst nach längerer Konsumdauer einstellt und mögliche Abhängigkeitssymptome erst später sichtbar werden.

Weiterhin konnte herausgefunden werden, dass die Bildung kein Prädiktor für einen Multi-Risiko-Konsum ist. Das heißt, dass Personen mit hoher und niedriger Bildung ein vergleichbares Risiko haben, Polykonsumenten zu werden. Andere Studien fanden jedoch heraus, dass es bei Schülerinnen und Schülern Unterschiede zumindest in der Prävalenz von Alkohol und Tabak in Abhängigkeit von der Schulform gab (Kraus et al., 2008a). Bezogen auf das Rauchverhalten gibt es einen Unterschied in den Bevölkerungsgruppen bezogen auf die Schichtzugehörigkeit, den Erwerbsstatus und den Familienstand. Angehörige der oberen Sozialschicht rauchen zwar seltener als die der unteren Sozialschicht. Aber wenn sie rauchen, rauchen sie häufiger stark (Lampert & Burger, 2003). Auch das Einkommen konnte nicht als Prädiktor für einen riskanten Polykonsum ermittelt werden.

Dies zeigt sich auch bei den Befragten, die ihren Gesundheitszustand mit durchschnittlich oder schlecht bis sehr schlecht einschätzten. Sie konsumierten häufiger mehrere Substanzen riskant als diejenigen, die sich völlig gesund fühlten. Möglicherweise liegt bereits eine Krankheitsdiagnose vor, die einen Medikamentenkonsum bedingt. Gleichzeitig führt ein riskanter Polykonsum zu einem schlechteren Allgemeinzustand. Hinzu kommen allerdings die sog. „Sick-Quitter“, die ihren Konsum möglicherweise reduzieren, weil es ihnen gesundheitlich zu schlecht geht. Damit könnte der Anteil riskanter Polykonsumenten auch unterschätzt werden, da diese aufgrund ihres Gesundheitszustandes aktuell möglicherweise keinen Konsum berichten. Das Ergebnis muss allerdings sehr vorsichtig interpretiert werden, da der Gesundheitszustand durch die subjektive Einschätzung der Befragten konfundiert ist.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass der Anteil substanzbezogener Störungen, bezogen auf die Gesamtstichprobe mit dem Risiko für Polykonsum, zunimmt.

Betrachtet man jedoch den Anteil an Personen mit alkohol-, tabak- und medikamentenbezogenen Störungen, zeigt sich eine höhere Prävalenz in der Nicht- und Single-Risiko-Gruppe. Dies ist aus der Größe der Risikogruppen heraus zu erklären und wird in der Literatur auch als „Präventionsparadoxon“ bezeichnet (z.B. Kreitman, 1986). Einzig bei Cannabis ergibt sich ein gegenläufiges Bild. Jeder zweite Missbraucher oder Abhängige dieser Substanz konsumiert mindestens eine weitere Substanz auf riskantem Niveau. Aus der Jahresstatistik professioneller Suchtkrankenhilfe geht hervor, dass Cannabis im ambulanten und stationären Bereich mit insgesamt 18% (davon 12% im ambulanten und 6% im stationären Bereich) an dritter Stelle der Hauptdiagnosen und damit im Vordergrund der Behandlung steht. An erster Stelle steht nach wie vor Alkohol als Hauptsubstanz. Das Alter der Patienten ist im Vergleich zu anderen Substanzen sehr hoch. Insgesamt weisen 57% der im ambulanten und 70% der im stationären Bereich Behandelten einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol als Hauptdiagnose auf (Sonntag et al., 2009). Die in Behandlung befindlichen Personen konsumieren zu 83,2% neben der Hauptdroge noch eine weitere Droge. Die Behandlung einer Substanz steht jedoch im Vordergrund der Therapie, da die Primärdroge die meisten Probleme bereitet (EMCDDA, 2002).

5.2 Limitation

Die Erhebung von Daten ist allgemein anfällig für verschiedene Arten von Verzerrungen (Biases). Ein Bias ist ein systematischer Fehler, der bei der Planung und Durchführung sowie bei der Analyse und Veröffentlichung von Studienergebnissen auftreten kann (Rothman, 2002).

Die für die Arbeit verwendeten Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2006 weisen eine Reihe von Limitationen auf, die damit auch für die vorliegende Arbeit zum Tragen kommen. Die Ziehung der Stichprobe aus den Einwohnermelderegistern der Gemeinden erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass nur Personen mit einem festen Wohnsitz an der Studie teilnehmen können. Es ist davon auszugehen, dass gerade marginalisierte Gruppen wie wohnungslose und institutionalisierte Personen in der Studie unterrepräsentiert sind. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass die Ergebnisse möglicherweise die tatsächliche Verteilung der Polykonsumenten eher unterschätzen. Die niedrige Antwortrate von 45% erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Non-Response-Bias. Das bedeutet, dass sich die Teilnehmer von den Nicht-Teilnehmern systematisch unterscheiden und schwerpunktmäßig diejenigen teilnehmen, die für das Thema sensibilisiert sind. Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass die Erhebung des Konsums auf Selbstan-

gaben der Befragten basiert und Verzerrungen durch Recall-Bias nicht auszuschließen sind. Das bedeutet, dass sich die Befragten nicht mehr korrekt an die Häufigkeit oder die Menge der konsumierten Substanzen erinnern können oder dem Konsum an sich wenig Bedeutung beimessen. Auch Verzerrungen durch sozial erwünschte Angaben sind nicht auszuschließen (Kraus, 2008). Somit kann es sowohl zur Überschätzung als auch zur Unterschätzung des Konsums der jeweiligen Substanzen kommen.

Hinzu kommen Limitationen, die sich aus den vorliegenden Analysen ergeben. Für diese Arbeit wurden Daten einer Querschnittsstudie verwendet. Im Rahmen solcher Studien können nur Aussagen zum Befragungszeitpunkt getroffen werden. Es können weder zeitliche Verläufe noch kausale Zusammenhänge dargestellt und interpretiert werden. Damit kann beispielsweise nicht beurteilt werden, ob der Konsum von Alkohol einen zusätzlichen Konsum von anderen Drogen bedingt oder ob der Drogenkonsum zu einem erhöhten Konsum von Alkohol führt. Weiterhin wurde nicht explizit der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen erfragt, da in der ESA-Erhebung der Konsum separat für jede Substanz erhoben wurde. Daher ist eine Limitation der Untersuchung, dass es nur begrenzt möglich ist, zwischen einem aufeinander folgenden (CPU) und einem gleichzeitigen Konsum (SPU; siehe Kapitel 2.2.1 Begriffsbestimmung) der vier untersuchten Substanzen zu unterscheiden.

Die Festlegung der substanzspezifischen Grenzwerte ermöglichte eine Identifikation der Befragten, die täglich mindestens zwei Substanzen riskant konsumierten. Da es sich bei Alkohol um die durchschnittlich getrunkene Tagesmenge in den letzten 30 Tagen handelt, kann die konsumierte Menge je nach Trinkgelegenheit variieren. Das bedeutet, dass je nach Trinkmuster eine Person X an einigen Tagen eventuell nichts, an den anderen dafür aber umso mehr trinkt. Demgegenüber trinkt eine Person Y eventuell über alle Tage verteilt gleichmäßig wenig. Beide können mitunter den gleichen durchschnittlichen Konsum aufzeigen. Somit ist nicht eindeutig bestimmbar, ob ein kombinierter Konsum am gleichen Tag stattfand.

Eine Ausnahme bildet auch der Grenzwert für Cannabis, der mit bis zu fünfmal pro Monat für risikoarm und ab sechsmal pro Monat für riskant definiert wurde. Der Konsum von Cannabis mit den drei anderen Substanzen kann also gleichzeitig oder innerhalb eines größeren Zeitfensters stattgefunden haben. Es konnten keine empirischen Ergebnisse gefunden werden, die belegen, ab wann ein Konsum von Cannabis als riskant einzuschätzen ist. Gleiches gilt für Medikamente. Nach ausgiebiger Recherche konnte kein evaluierter Grenzwert für Medikamente gefunden werden, oberhalb dessen ein Konsum

stärkere gesundheitsschädigende Wirkungen hat als ein Konsum unterhalb des Schwellenwertes. Unklar ist auch, ob dem Konsum eine medizinisch notwendige Indikation zu Grunde liegt oder die Medikamente zur Verstärkung bestimmter erwünschter Effekte genommen wurden. Ausgangspunkt für die Festlegung des Grenzwertes war die Überlegung, dass der Konsum einer oder mehrerer Medikamente täglich mit einem ergänzenden riskanten Konsum einer weiteren Substanz zu verstärkten negativen Beeinträchtigungen führen kann. Allerdings ist es nicht möglich zu differenzieren, welche Medikamente mit welcher Arzneimittelstärke in welcher tatsächlichen Menge eingenommen wurden.

Eine weitere Limitation zeigt sich bei der Einteilung in risikoarme und riskante Konsumenten. Die risikoarmen Konsumenten umfassen diejenigen, die die jeweilige Substanz nicht genommen haben oder in Mengen unterhalb des Grenzwertes. Möglicherweise haben einige Nicht-Risiko-Konsumenten aber auch alle vier Substanzen risikoarm konsumiert. Aus ökonomischen Gründen wurde nicht differenziert, wie viele Substanzen risikoarm konsumiert wurden. Weiterhin ist keine Unterscheidung der unterschiedlichen Substanzkombinationen möglich. Es wurde hier nur die Anzahl der riskant konsumierten Substanzen untersucht, nicht aber die zahlreichen Kombinationsformen.

5.3 Fazit

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein Polykonsum in der Allgemeinbevölkerung mit 4,1% durchaus prävalent ist. Anhand substanzspezifischer Grenzwerte wurde die Verteilung von risikoarmen und riskanten Polykonsumenten herausgearbeitet. Anhand der Diagnosekriterien nach DSM-IV und dem KFM für Medikamente wurde der Anteil substanzbezogener Störungen an der Stichprobe dargestellt. Es konnten Risikofaktoren für die Voraussage eines Polykonsums mehrerer Substanzen auf riskantem Niveau herausgefiltert werden.

Die gesundheitlichen Risiken, die durch den kombinierten Konsum psychotroper Substanzen entstehen können, hängen von mehreren Faktoren ab: zum einen von der pharmakologischen Eigenschaft der Stoffe, der konsumierten Menge, von individuellen Charakteristika, aber auch von sozialen und Umweltfaktoren (EMCDDA, 2002). Hinzu kommt die Schwierigkeit der Differenzierung zwischen einem aufeinander folgenden und einem gleichzeitigen Konsum. Einige Stoffwechselprodukte können sich immer noch im Körper befinden, wenn eine weitere Substanz Stunden oder Tage später konsumiert wird (Smit, 2002). Die teilweise erwünschte Verstärkung der Substanzwirkung birgt noch unkalkulier-

bare gesundheitliche Risiken. So kommt die Überlegung zum Tragen, ob die bisher validierten Grenzwerte für beispielsweise Alkohol und Tabak bei einem gleichzeitigen Konsum weiterhin Gültigkeit besitzen.

Auf Grund der Uneinheitlichkeit des Begriffs Polykonsum wäre eine standardisierte Definition anzustreben, um Ergebnisse länderübergreifend vergleichbar zu machen. Ein besonderes Augenmerk sollte deshalb auf die Untersuchung des gleichzeitigen Konsums (SPU) gelegt werden, auch wenn die Schwierigkeit weiter besteht, die zahlreich möglichen Substanzkombinationen und die daraus resultierenden Wirkungen messbar zu machen. Eine offene Frage bleibt, wie die Krankheitslast, die von einem kombinierten Konsum ausgeht, gemessen werden kann.

Um das allgemeine Risiko zu reduzieren, kommt der Prävention eine Schlüsselrolle zu. Notwendig wären Präventionsansätze, die mehrere Substanzen, z.B. Alkohol und Tabak, mit einbeziehen, anstatt separate Kampagnen zu initiieren. Gleichzeitig sollten gerade in Freizeitsettings umfassende Informationen und Beratungen bereitstehen, um über die Gefahren eines Polykonsums aufzuklären (EMCDDA, 2002). Aus Public Health-Sicht ist nicht nur allein interessant, wie dem Konsum vorgebeugt werden kann, sondern auch, wie sich Konsumenten dazu bewegen lassen, ihren Konsum einzuschränken oder ganz zu beenden. Gerade die Rauchgewohnheiten konnten durch eine Tabakpräventions- und Kontrollpolitik noch nicht nachhaltig beeinflusst werden (Lampert & Burger, 2002). Im Sinne eines Präventionsansatzes spielt die Verhältnisprävention eine Rolle, die neben Steuererhöhungen auch Werbungseinschränkung oder gar -verbote und eine Einschränkung der medialen Präsenz beinhaltet. Die 2004 eingeführte Sondersteuer auf spirituosenhaltige Alkopops (AlkopopsStG) soll einem immer früheren regelmäßigen Konsum bei jungen Menschen entgegenwirken und hat offensichtlich zu einem Rückgang der Häufigkeit des Konsums geführt (BZgA, 2008). Weiterhin wäre denkbar, die noch erlaubte Werbung für rezeptpflichtige Medikamente in Nachmittags- und Fröhabendsendungen zu reduzieren, um jungen Erwachsenen Arzneimittel nicht als Problemlöser nahezubringen. Die Verhältnisprävention wird ergänzt durch die Verhaltensprävention, die elementar ist, um das Konsumverhalten zu beeinflussen. Der Fokus sollte auch hier auf Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen, um ein frühes Einstiegsalter zu vermeiden. Einige Studien weisen deutlich darauf hin, dass bestimmte Charakteristika bei Jugendlichen, wie z.B. negative Emotionen, allgemeine Perspektivlosigkeit oder Sensationslust, einen Polykonsum voraussagen (Martin et al., 1992). Der spezifische Substanzkonsum an sich steht in Assoziation mit kontextabhängigen und personellen Faktoren wie der soziale Einfluss, der Kontakt zur Familie oder zu Gleichaltrigen. Weiterhin sollten Ärztinnen und Ärzte, Apotheker, Gesundheitspersonal und Patienten selbst für die Thematik der Medikamen-

tenabhängigkeit sensibilisiert werden, indem auf die Risiken eines kombinierten Konsums von Arzneimitteln mit anderen Substanzen, im speziellen Alkohol, hingewiesen wird.

Eine weitere Lücke bleibt bei der Frage, in welche Richtung Interventionsmaßnahmen zielen sollen. Auf der einen Seite steht eine konsequente Kontroll- und Sanktionspolitik, wie sie von Babor und Kollegen (2003) propagiert wird. Hier steht der bevölkerungsorientierte Ansatz im Mittelpunkt, der auf eine gleichmäßige Verringerung des Konsums in der gesamten Gesellschaft abzielt. Auf der anderen Seite steht der problemorientierte Ansatz, bei dem die Maßnahmen auf Problemgruppen abzielen und individuenzentrierte Maßnahmen gefördert werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass es keinen „besten Ansatz“ gibt und die Lösung nicht in einer substanzunabhängigen Betrachtung zu finden ist. Vielmehr zeigt die vorliegende Arbeit die hohe Prävalenz der alkohol-, tabak- und medikamentenbezogenen Störungen in gerade den Nicht- und Single-Risiko-Gruppen auf. Das bedeutet, dass zwar riskante Polykonsumenten häufiger substanzbezogene Störungen haben als Vergleichspersonen, dass aber auf Grund der großen Zahl an moderaten Konsumenten weit mehr Problemkonsum zu finden ist. Dieser von Kreitmann (1986) als „Präventions-Paradoxon“ bezeichnete Umstand besagt, dass durch den bevölkerungsorientierten Ansatz der Nutzen für die Bevölkerung höher sei. Die Verteilung der cannabisbezogenen Störungen lässt allerdings vermuten, dass hier ein problemorientierter Ansatz sinnvoll ist, da nicht so breite Bevölkerungsgruppen betroffen sind.

Ein zentraler Aspekt von Public Health ist es, nicht nur den Fokus auf den Einzelnen moderaten oder problematischen Konsumenten zu legen, sondern den Blick auch auf die Gesamtbevölkerung zu richten und damit auf die Folgen, die auch für die Gesellschaft entstehen können. Beide Handlungsansätze sollten zur Risikovermeidung eines riskanten Polykonsums weiter verfolgt werden.

Glossar

Chi-Quadrat-Test	Signifikanztest zur Überprüfung der Hypothese, dass zwischen zwei Merkmalen ein Zusammenhang besteht und dieser damit nicht zufällig zustande gekommen ist. Das Ergebnis des Tests ist der p-Wert.
Konfidenzintervall	(KI) „Vertrauensbereich“, innerhalb dessen der „wahre“ Wert in der Grundgesamtheit liegt. Üblicherweise wird das 95%-ige KI-Intervall angenommen.
Odds Ratio	(OR) dt. „Chancenverhältnis“. Ist ein gerichteter Risikoschätzer und gibt die Stärke des Unterschiedes zwischen zwei Gruppen oder zwei Merkmalen an.
Prävalenz	Häufigkeit einer Krankheit innerhalb der Bevölkerung oder umschriebenen Bevölkerungsgruppen. Diese kann entweder zu einem definierten Zeitpunkt oder für eine Zeitperiode bestimmt werden.
Pseudo R^2	Maßzahl, die zur „Erklärungskraft“ eines Modells der Logistischen Regression dient.
p-Wert	p steht für den englischen Begriff „probability“. Er gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der die Nullhypothese fälschlicherweise verworfen wird. Ist der p-Wert kleiner als das festgelegte Signifikanzniveau, liegt statistische Signifikanz vor. Diese besagt, dass es einen Zusammenhang zwischen den zwei untersuchten Variablen gibt und die Ergebnisse nicht zufallsbedingt sind.
Standardabweichung	Maß für die Streuung der Werte einer Zufallsvariablen um ihren Mittelwert.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N. et al. (Hrsg.) (2005). *Alkohol - kein gewöhnliches Konsumgut*. Kraus, L., Rehm, J., Gmel, G. et al. Deutsche Ausgabe mit Beiträgen zur Alkoholpolitik in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Hogrefe Göttingen, 357 Seiten.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden*. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, 818 Seiten.
- Barrett, S. P., Gross, S. R., Garand, I. & Pihl, R. O. (2005). *Patterns of simultaneous poly-substance use in Canadian rave attendees*. Substance Use & Misuse, 40 (9-10): 1525-1537.
- Barrett, S. P., Darredeau, C. & Pihl, R. O. (2006). *Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students*. Human Psychopharmacology, 21 (4): 255-263.
- Baumeister, S. E., Kraus, L., Stonner, T. K. & Metz, K. (2008). *Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. Sucht, 54 (Sonderheft 1): S26-S35.
- Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007). *Logistische Regression*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 132: e33-e35.
- Bloomfield, K., Kraus, L., & Soyka, M., (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin, 31 Seiten.
- Brache, K. & Stockwell, T. (2008). *Patterns, settings and functions of simultaneous use of alcohol and psychostimulants: a literature review*. 34th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Victoria, Canada.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W. et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd 128. Baden-Baden: Nomos, 205 Seiten.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008: Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. URL: http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen_Sucht/Drogen_20und_20Sucht_20allgemein/Drogenaffinit_C3_A4tsstudie_202008_templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Drogenaffinit%C3%A4tsstudie%202008.pdf [letzter Zugriff: 27. Juni 2009].
- Burger, M., Brönstrup, A. & Pietrzik, K. (2000). *Alkoholkonsum und Krankheiten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 134. Baden-Baden: Nomos, 202 Seiten.

- Burger, M. & Mensink, G. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Berlin, 15 Seiten.
- Byqvist, S. (1999). *Polydrug misuse patterns in Sweden - Gender differences*. Substance Use & Misuse, 34 (2): 195-216.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)(2008). Alkohol - Basisinformationen, 48 Seiten.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)(2008). Tabak - Basisinformationen, 48 Seiten.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)(2008). Cannabis - Basisinformationen, 48 Seiten.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)(2008). Medikamente - Basisinformationen, 48 Seiten.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)(2003). Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe: Band1, Hamm, 132 Seiten.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)(2003). Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe: Band1, Hamm, 112 Seiten.
- Diekmann, A. (2007). *Empirische Sozialforschung - Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. rororo, 783 Seiten.
- Coder, B., Meyer, C., Freyer-Adam, J. & John, U. (2009): *Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht, Neuland, 288 Seiten.
- Collins, R. L., Ellickson, P. L. & Bell, R. M. (1999). *Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors*. Journal of Substance Abuse, 10 (3): 233-253.
- Cook, P. J. & Reuter, P. (2007). *When is alcohol just another drug? Some thoughts on research and policy*. Addiction, 102 (8): 1183-1188.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008). *Drogen- und Suchtbericht 2008*. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Earleywine, M. & Newcomb, M. D. (1997). *Concurrent versus simultaneous polydrug use: prevalence, correlates, discriminant validity, and prospective effects on health outcomes*. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 5 (4): 353-364.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002): *Polydrug use: selected issues*. In: EMCDDA (Hrsg.). *EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, p 45-51.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers A. et al. (2002). *Selected major risk factors and global and regional burden of disease*. Lancet 360 (9343): 1347-1369.
- Glaeske, G. (2009). *Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential*. In: Jahrbuch Sucht. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2009) (Hrsg.). Geesthacht, Neuland, 288 Seiten.

- Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003). *Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences*. Sucht, 49 (2): 105-116.
- Gordis, L. (2001). *Epidemiologie*. Verlag im Kilian, Marburg, 365 Seiten.
- Gossop, M., Manning, V. & Ridge, G. (2006). *Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder*. Alcohol and Alcoholism, 41 (2): 121-125.
- Grant, B. F. & Harford, T. C. (1990). *Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: results of national survey*. Drug and Alcohol Dependence, 25 (1): 97-104.
- Grant, B. F. & Dawson, D. A. (1997). *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. Journal of Substance Abuse, 9: 103-110.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2009). *Joint use of drugs and alcohol*. European Addiction Research, 15 (2): 113-120.
- Hammersley et al., (1999). Patterns of ecstasy use by drug users. British Journal of Criminology; 39: 625-647.
- Hoffmann, J.H. et al. (2000). *Trends in combinational use of alcohol and illicit drugs among minority adolescents, 1983.1994*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26: 311-324.
- Holly, A. & Wittchen, H. U. (1998). *Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults*. European Addiction Research, 4 (1-2): 50-57.
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: Wiley, p. 307.
- Huas, C., Hassler, C. & Choquet, M. (2008). *Has occasional cannabis use among adolescents also to be considered as a risk marker?* European Journal of Public Health, 18 (6): 626-629.
- Inoue, H., Stickel, F. & Seitz, H. K. (2001). *Individuelles Risikoprofil bei chronischem Alkoholkonsum*. Aktuelle Ernährungsmedizin, 26: 39-46.
- Ives, R. & Ghelani, P. (2006). *Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review*. Drugs: education, prevention and policy, 13 (3): 225-232.
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J. & Hapke, U. (2002). *Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence*. Addiction, 98: 805-814.
- John, U., Hanke, M. (2002). *Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany*. Alcohol and Alcoholism 37: 581-585.
- Junge, B. & Nagel, M. (1999). *Das Rauchverhalten in Deutschland*. Gesundheitswesen, 61 (Sonderheft 2): S121-S125.

- Kandel, D.B., Yamaguchi, K., Chen, K. (1992). *Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory*. Journal of Study on Alcohol. 53: 447-457.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. (1997). *The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter?*. Social Science & Medicine, 45: (7), 1121-1127
- Kohler, U. & Kreuter, F. (2001). *Datenanalyse mit STATA - Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung*. München - Wien: R. Oldenburg Verlag. Seiten.
- Kolip P, Lademann J, (2005). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter*. Robert Koch-Institut (Hrsg): Berlin.
- Kraus, L., Augustin, R., Kunz-Ebrecht, S. & Orth, B. (2007). *Drug use patterns and drug-related disorders of cocaine users in a sample of the general population in Germany*. European Addiction Research, 13 (2): 116-125.
- Kraus, L. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland*, Sucht, 54 (Sonderheft 1), 64 Seiten.
- Kraus, L., Pabst, A. & Steiner, S. (2008a). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen (IFT-Berichte Bd. 165)*. München: IFT Institut für Therapieforschung, 226 Seiten.
- Kraus, L. & Baumeister, S. E. (2008b). *Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. Sucht, 54 (Sonderheft): S6-S15.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). *Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. Sucht, 54 (Sonderheft): S16-S25.
- Kreitman N (1986). Alcohol consumption and the preventive paradox. British Journal of Addiction, 81: 353-363.
- Lampert, T. & Burger, M. (2004). *Rauchgewohnheiten in Deutschland - Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003*. Gesundheitswesen, 66: 511-517.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). *Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS)*. Bundesgesundheitsblatt 50: 600-608.
- Lampert, T. & List, S. M. (2009): *Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum*. In: Jahrbuch Sucht. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.). Geesthacht, Neuland, 288 Seiten.
- Leri, F., Bruneau, J. & Stewart, J. (2003). *Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use*. Addiction, 98 (1): 7-22.

- Martin, C. S., Clifford, P. R. & Clapper, R. L. (1992). *Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana, and hallucinogens in first-year college students*. Journal of Substance Abuse, 4 (3): 319-326.
- Martin, C. S. (2008). *Timing of alcohol and other drug use*. Alcohol Reserach & Health, 31 (2): 96-99.
- McCabe, S. E., Cranford, J. A., Morales, M. & Young, A. (2006). *Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: prevalence, correlates, and consequences*. Journal of Studies on Alcohol, 67 (4): 529-537.
- Mensink, G.B.M., Burger, M., Beitz, R. et al. (2002). *Was essen wir heute? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Midanik, L. T., Tam, T. W. & Weisner, C. (2007). *Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey*. Drug and Alcohol Dependence, 90 (1): 72-80.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). *Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. Sucht, 54 (Sonderheft): S36-S46.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. & Wolff, F. A. (2002). *Effects of concurrent use of alcohol and cocaine*. Addiction, 97 (7): 773-783.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K. et al. (2008). *The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life*. Addiction, 103 (3): 439-449; discussion 450-431.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Lang, P., Spahlinger, P., Bartscht, G. et al. (2008). *Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen*, 218 Seiten.
- Prinzleve, M. et al. (2004). *Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups*. European Addiction research, 10: 147-155.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.)(2006). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008). *Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. Sucht, 54 (Sonderheft): S47-S56.
- Rothman, K. J. (2002). *Epidemiology : an introduction*. New York, Oxford: Oxford University Press, 223 Seiten.
- Rounsaville, B. J. (2002). *Experience with ICD-10/DSM-IV substance use disorders*. Psychopathology, 35 (2-3): 82-88.
- Smit, F., Mondshouwer, K., & Verdurmen, J. (2002). *Polydrug use among secondary school students: combinations, prevalence and risk profiles*. Drugs: education, prevention and policy, 9(4).

- Sonntag, D., Bauer, C., Eichmann, A. (2009). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Jahrbuch Sucht, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Geesthacht, Neuland, 288 Seiten.
- Stata Corp. (2007). *Survey data reference manual, release 10*. College Station, TX: Stata Press.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Kapitel 2.5. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(2006). *Leben in Deutschland - Haushalte, Familien und Gesundheit*. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B. et al. (2005). *Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Drug and Alcohol Dependence*, 80 (1): 105-116.
- Stockwell, T. (2007). *A cross-cutting research agenda on alcohol, tobacco and other drugs: where to start?* *Addiction*, 102 (8): 1191-1192.
- Sutherland, I., Willner, P. (1998). Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. *Addiction*, 93: 1199-1208.
- Uhl, A., (2005). *Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung*. Aufsatz zum Vortrag: "Wirksamkeit struktureller Prävention" bei der DHS Fachkonferenz "Suchtprävention" in Bielefeld. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien.
- 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*. Bonn, S.123-139.
- West, R. (2001). *Multiple substance dependence: implications for treatment of nicotine dependence*. *Addiction*, 96 (5): 775-776.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G. et al. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), paper-pencil 2.2, 2/95*. Klinisches Institut München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Wittchen, H. U. (1994). *Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review*. *Journal of Psychiatry Research*, 28 (1): 57-84.
- World Health Organization (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organisation. Seiten.
- World Health Organization (2009): *Lexicon of alcohol and drug terms*. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/, [letzter Zugriff: 27. Juni 2009].

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Birgit Höhne

München, den 13. Juli 2009

Anhang

Inhaltsverzeichnis

Anhang 1:

Tabelle 3a: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums je Substanz nach Geschlecht (letzte 30 Tage).....	A-2
Tabelle 4a: Prävalenz einzelner Substanzkombinationen nach Geschlecht Nach Geschlecht (letzte 30 Tage).....	A-3
Tabelle 5a: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums einzelner Substanzkombinationen nach Geschlecht (letzte 30 Tage).....	A-4

Anhang 2:

ESA-Fragebogen.....	A-5
---------------------	-----

Tabelle 3a: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums je Substanz nach Geschlecht (letzte 30 Tage)

	Alkohol		Tabak		Cannabis		Psychoaktive Medikamente	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
risikoarmer Konsum	52,2 (2.210)	47,8 (2.608)	52,4 (831)	47,6 (968)	67,3 (52)	32,7 (31)	40,7 (1.170)	59,3 (2.229)
riskanter Konsum	67,5 (500)	32,5 (301)	66,9 (368)	33,1 (249)	73,8 (88)	26,2 (35)	49,5 (208)	50,5 (276)
Gesamt	(2.710)	(2.909)	(1.199)	(1.217)	(140)	(66)	(1.378)	(2.505)
Abstinente	(1.954)		(5.353)		(7.678)		(3.872)	
Missings	(339)		(143)		(28)		(157)	
Total	(7.912)		(7.912)		(7.912)		(7.912)	

^a risikoarmer Konsum: ≤ 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer; riskanter Konsum: > 12 g/24 g pro Tag für Frauen/Männer

^b risikoarmer Konsum: ≤ 20 Tabakwaren täglich; riskanter Konsum: > 20 Tabakwaren täglich

^c risikoarmer Konsum: ≤ 5 mal mtl.; riskanter Konsum: > 5 mal mtl.

^d risikoarmer Konsum: keines täglich; riskanter Konsum: eines oder mehrere mindestens täglich

Tabelle 4a: Prävalenz einzelner Substanzkombinationen nach Geschlecht (letzte 30 Tage)

	Alkohol	Tabak	Cannabis	Psychoaktive Medikamente	Total		Männer		Frauen	
					%	(n)	%	(n)	%	(n)
Abstinente^a	0	0	0	0	9,4	(737)	41,0	(264)	59,0	(473)
Eine Substanz konsumiert	1	0	0	0	26,1	(1.861)	61,2	(1.046)	38,8	(815)
	0	1	0	0	3,0	(222)	53,8	(106)	46,2	(116)
	0	0	1	0	0,0	(3)	80,4	(2)	19,6	(1)
	0	0	0	1	8,3	(631)	37,3	(195)	62,7	(436)
Zwei Substanzen konsumiert	1	1	0	0	11,2	(785)	69,7	(489)	30,3	(296)
	1	0	1	0	0,2	(26)	72,0	(17)	28,0	(9)
	1	0	0	1	23,9	(1.770)	39,4	(594)	60,6	(1.176)
	0	1	1	0	0,1	(5)	57,7	(3)	42,3	(2)
	0	1	0	1	4,1	(296)	37,0	(91)	63,0	(205)
Drei Substanzen konsumiert	0	0	1	1	0,0	(1)	100,0	(1)	0,0	(0)
	1	1	1	0	0,6	(59)	87,4	(48)	12,6	(11)
	1	0	1	1	0,1	(13)	56,1	(8)	43,9	(5)
	1	1	0	1	11,9	(880)	50,6	(375)	49,4	(505)
	0	1	1	1	0,1	(5)	71,8	(3)	28,2	(2)
Vier Substanzen konsumiert	1	1	1	1	0,9	(85)	64,3	(52)	35,7	(33)
Gesamt					100,0	(7.379)	50,8	(3.294)	49,2	(4.085)
Missings						(533)				
Total						(7.912)				

^a keine der vier Substanzen konsumiert

0 = Substanz nicht konsumiert

1 = Substanz konsumiert

Tabelle 5a: Prävalenz des risikoarmen und riskanten Konsums einzelner Substanzkombinationen nach Geschlecht (letzte 30 Tage)

	Psychoaktive				Männer		Frauen		Männer		Frauen				
	Alkohol ^a	Tabak ^b	Cannabis ^c	Medikamente ^d	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)			
Keine Substanz riskant konsumiert	0	0	0	0	73,9	(4.933)	48,3	(2.081)	51,7	(2.852)	Cluster 1: Nicht-Risiko-Konsumenten				
Eine Substanz riskant konsumiert	1	0	0	0	8,7	(581)	63,4	(340)	36,6	(241)	Cluster 2: Single-Risiko-Konsumenten				
	0	1	0	0	7,0	(401)	61,8	(215)	36,6	(186)	22,0	(1.397)			
	0	0	1	0	0,6	(57)	68,0	(38)	32,1	(19)					
	0	0	0	1	5,7	(358)	44,5	(138)	5,5	(220)					
Zwei Substanzen riskant konsumiert	1	1	0	0	1,9	(107)	81,9	(82)	18,1	(25)	Cluster 3: Multi-Risiko-Konsumenten				
	1	0	1	0	0,2	(20)	87,6	(16)	12,4	(4)					
	1	0	0	1	0,6	(40)	68,0	(25)	32,9	(15)					
	0	1	1	0	0,2	(17)	77,0	(13)	23,0	(4)					
	0	1	0	1	0,6	(35)	68,6	(22)	31,4	(13)					
	0	0	1	1	0,1	(5)	85,1	(3)	15,0	(2)					
Drei Substanzen riskant konsumiert	1	1	1	0	0,1	(9)	62,6	(7)	37,4	(2)	4,1	(252)			
	1	0	1	1	0,0	(2)	100,0	(2)	0,0	(0)					
	1	1	0	1	0,2	(10)	59,5	(5)	40,5	(5)					
	0	1	1	1	0,1	(4)	55,0	(2)	45,0	(2)					
Alle Substanzen riskant konsumiert	1	1	1	1	0,1	(3)	92,7	(2)	7,3	(1)					
Gesamt					100,0	(6.582)	51,6	(2.991)	48,4	(3.591)	(6.582)	51,6	(2.991)	48,4	(3.591)
Abstinente (keine der vier Substanzen konsumiert)						(737)						(737)			
Missings						(593)						(593)			
Total						(7.912)						(7.912)			

Hinweis: Alle Konsumenten der letzten 30 Tage, die mind. eine der aufgeführten Substanzen konsumierten

0 = risikoarm konsumiert (bzw. nicht konsumiert)

1 = riskant konsumiert

^a Alkohol: 0 = risikoarmer Konsum (≤ 12 g/24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer); 1 = riskanter Konsum (> 12 g/24 g pro Tag für Frauen/Männer)

^b Tabak: 0 = risikoarmer Konsum (≤ 20 Tabakwaren tgl.); 1 = riskanter Konsum (> 20 Tabakwaren tgl.)

^c Cannabis: 0 = risikoarmer Konsum (≤ 5 mal mtl.); 1 = riskanter Konsum (> 5 mal mtl.)

^d Psychoaktive Medikamente: 0 = risikoarmer Konsum (keines tgl.); 1 = riskanter Konsum (eines oder mehrere mind. tgl.)

Leben und Gesundheit 2006

Schriftlicher Fragebogen

Alle Rechte für die Formulierung des Fragebogens liegen bei
IFT Institut für Therapieforschung, München.
Die formale Gestaltung des Fragebogens erfolgte durch
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn.

März 2006

3707

Wer führt die Studie durch:

Die Untersuchung wird vom **IFT Institut für Therapieforschung München**, und **infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn** durchgeführt. Der Auftraggeber ist das **Bundesministerium für Gesundheit**.

Worum wir Sie bitten:

Sie wurden für diese bundesweite repräsentative Befragung zufällig ausgewählt. Mit Ihnen werden in den nächsten Monaten ca. 8000 Männer und Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren befragt. **Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig**. Der Erfolg dieser Untersuchung hängt davon ab, dass sich möglichst alle ausgewählten Personen an der Befragung beteiligen. Nur so lassen sich die erhobenen Einzelinformationen nachher zu einem schlüssigen Gesamtbild zusammenfügen.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Kuvert zurückzuschicken an:
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Postfach 24 01 01, 53154 Bonn.

Was mit Ihren Angaben geschieht:

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, d.h. 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 der Fragebogen auszufüllen ist:

Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach.

- Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an.
- Die Fragen sind immer „fett“ gedruckt, zumeist finden Sie die Antwortmöglichkeiten rechts daneben. Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, also nur **ein** Kästchen anzukreuzen:

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann? ... ₁
...eine Frau? ... ₂

- Wenn mehrere Antworten auf eine Frage angekreuzt werden können, wird ausdrücklich darauf hingewiesen:
 *Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!*
- Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen.

Beispiel: **In welchem Jahr sind Sie geboren?** 19

- Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen.

Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise

darauf hingewiesen wird: ➔

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

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Dr. Angela Prussog-Wagner

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

Friedrich-Wilhelm-Str. 18, 53113 Bonn

Tel.: 0228 / 3822-420, Fax: 0228 / 310071, E-Mail: lebenundgesundheit2006@infas.de

Beginnen Sie jetzt bitte mit der Frage 1 auf der gegenüberliegenden Seite.

Wir möchten den Fragebogen zunächst mit einigen statistischen Fragen beginnen.

1. Sind Sie...

...ein Mann? 1

 Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!

...eine Frau? 2

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

19

3. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!

Deutsche.....1

Andere.....1  Bitte angeben:

4. Wie groß sind Sie?

cm

5. Wieviel wiegen Sie?

kg

6. Welchen Familienstand haben Sie?

Ich bin... verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen 1

verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt..... 2

ledig..... 3

geschieden 4

verwitwet 5

7. Wie viele Kinder haben Sie?

Kinder

Ich habe keine Kinder 96

8. Wie viele Kinder leben zur Zeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kinder

Keine Kinder im Haushalt... 96

9. Mit wem wohnen Sie gegenwärtig hier im Haushalt zusammen?

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

Mit niemandem, lebe allein..... 1

Mit (Ehe-)Partner und Kind(ern)

Mit (Ehe-)Partner, aber ohne Kind(er)

Mit Kind(ern), aber ohne (Ehe-)Partner...

Mit (Schwieger-)Eltern/Vater/Mutter

Mit Geschwistern

Mit anderen Verwandten.....

Wohne in einer Wohngemeinschaft.....

Wohne in einem Heim

Sonstiges

10. Wie viele Personen leben hier in Ihrem Haushalt?

 Rechnen Sie sich selbst bitte mit dazu!

Lebe alleine 1

Personen

**11. Nun geht es um Ihre Gesundheit.
Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?**

- Sehr gut 1
- Gut 2
- Durchschnittlich 3
- Schlecht 4
- Sehr schlecht 5

12. Wie schätzen Sie zur Zeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?

- Sehr gut 1
- Gut 2
- Durchschnittlich 3
- Schlecht 4
- Sehr schlecht 5

13. Waren Sie in den letzten 12 Monaten über mindestens vier Tage hinweg ungewöhnlich (d.h. über das sogenannte Normale hinaus) glücklich, erregt oder überdreht?

Ja 1 Nein 2

Wenn ja, wie häufig war das in den letzten 12 Monaten?

Einmal 1
 Mehr als einmal 2

14. Nun einige Fragen zu Formen von Unterstützung und Belastung in Ihrer sozialen Umgebung:

Unter sozialer Umgebung versteht man (Ehe-)Partner, Freund/in, Verwandte, Arbeitskollege/in, Bekannte aus Gruppen oder Vereinen, Nachbar/in.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, wie häufig Sie in etwa die folgenden Dinge in den letzten 12 Monaten erfahren haben.

In den letzten 12 Monaten					
mehrmals pro Woche	1mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	seltener als 1mal pro Monat	nie
1	2	3	4	5	6

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

Wie oft haben Ihnen Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **mit Ratschlägen oder Informationen weiter geholfen?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie mit praktischer Hilfe unterstützt** (z.B. Besorgungen gemacht, Ihnen etwas geliehen, etwas repariert)?

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie ermutigt und Ihnen Bestätigung gegeben?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung Ihnen **Wärme, Zuneigung und Verständnis gegeben?**

Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie kritisiert oder an Ihnen herumgörgelt haben?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **Sie im Stich gelassen oder enttäuscht?**

Wie oft haben Personen aus Ihrer sozialen Umgebung **zu hohe Ansprüche an Sie gestellt oder Sie mit ihren Problemen belastet?**

15. Bitte geben Sie an, welche der folgenden chronischen Krankheiten Ihr Arzt bei Ihnen festgestellt hat.

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

Trifft zu

	1
Rückenleiden (z.B. Probleme mit Bandscheiben, Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen.....	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen.....	<input type="checkbox"/>
Gelenk-/Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Arthritis, Rheuma).....	<input type="checkbox"/>
Krebs.....	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische/psychische Erkrankungen (z.B. Depression, vegetative Dystonie)...	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>
Drogen-/Alkoholerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion.....	<input type="checkbox"/>
Fettleber, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

16. Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können.

Die folgenden Aussagen beziehen sich nur auf Medikamente, die Sie einnehmen,

- 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	1	1

Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Tabletten angelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, haben wir die gebräuchlichsten Medikamente zusammengestellt.

Beispiele der gebräuchlichsten Medikamente:

Schmerzmittel	Aktren, Almogran, Allegro, Antituss, Aspirin, Azur, Buscopan, Capros, Develin retard, Dilaudid, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Fortral, Gelonida, Lonarid, L-Polamidon, Meptid, Migraeflux, Morphin Merck, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma Tabletten, Nedolon, Nubain, Paracetamol, Relpax, Sevredol, Spalt, Thomapyrin, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Temgesic, Togonal, Valoron N., Vioxx, Vivimed.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Dormigoa, Eaton N, Ergocalm, Eusedon mono, Fluninoc, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Luvised, Moradorm, Mogadan, Neodorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Sedovegan, Sonata, Staurodorm, Stilnox, Visano, Vivinox Schlafdragees.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Atosil, Bikalm, Bromazanyl, Demetrin, Dolestan, Durazanyl, Eusedon, Faustan, Gityl, Laubeel, Lexostad, Lexotanil, Librium, Limbatril, Nitrazepam, Noctazepam, Normoc, Praxiten, Radepur, Rohypnol, Rudotel, Sedariston, Sedovegan, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranquase, Tranxilium, Valium, Valiquid, Visano, Xanax.
Anregungsmittel	AN1, Captagon, HalloWach, Percoffedrinol, Ritalin, Tradon, Tempil N.
Appetitzügler	Cardanat N, Recatol, Regenon retard.
Antidepressiva	Amineurin, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralex, Comipramin, Deprilept, Doxepin, Fevarin, Fluctin, Herphonal, Hydiphen, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprolu, Mianserin, Noveril, Novoprotect, Paroxetin, Pertofran, Prozac, Pryleugan, Saroten, Seroxat, Siquan, Stangyl, Tagonis, Thombran, Tofranil, Tolvin, Trevilor, Trimipramin.
Neuroleptika	Abilify, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Colzapin, Decentan, Dehydrobenzperidol, Dogmatil, Fluanxol, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyorodin, Melleril, Meresa, Neogama, Neurocil, Omca, Orap, Propaphenin, Protactyl, Psyquil, Risperdal, Sigaperidol, Sulpirid, Tiapridex, Truxal, Zeldox.

17. 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

Schlafmittel.....

Beruhigungsmittel

Anregungsmittel

Appetitzügler

Antidepressiva.....

Neuroleptika

↓

Habe in den letzten 12 Monaten
keines dieser Medikamente
genommen⁹⁶ →

**Bitte weiter mit Frage 20
Seite 8**

Bitte weiter mit Frage 18

18. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Medikamente genommen?

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie
	1	2	3	4	5
Schmerzmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten eher auf Sie zutrifft oder eher nicht zutrifft.

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu
	1	2
Ohne Medikamente wäre ich nur ein halber Mensch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal wüsste ich wirklich nicht, wie ich meinen (Arbeits-)Tag ohne Medikamente durchstehen könnte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungs- und Schlafmittel sind in schwierigen, sorgenvollen Situationen eine Hilfe für mich, auf die ich nicht verzichten möchte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Kopfschmerzen habe, nehme ich sofort ein Schmerzmittel dagegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es hat schon Tage gegeben, wo ich wahrscheinlich eher etwas zuviel Schmerzmittel genommen habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist für mich unverständlich, dass jemand Kopfschmerzen hat und kein Medikament dagegen nimmt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da ich mich genau kenne und weiß, wann ich Schmerzen bekomme, nehme ich schon ein Medikament, bevor die Schmerzen richtig einsetzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Schmerzen habe, versuche ich möglichst lange ohne Medikamente auszukommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Schmerzmittel nicht nur wegen der schmerzstillenden Wirkung, sondern weil sie mich auch anregen und leistungsfähig machen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Rauchen

20. Haben Sie jemals Schnupftabak oder Kautabak genommen?

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

Nein,
habe ich
nicht
1

Ja,
in den letzten
12 Monaten
1

Ja, aber
vor mehr als
12 Monaten
1

Schnupftabak

Kautabak

21. Rauchen Sie zur Zeit?

Ja ₁

Nein ₂

22. Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten/
Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja ₁

Nein ₂ 

Bitte weiter mit Frage 45, Seite 12

23. Was rauchen Sie, oder falls Sie nicht mehr rauchen, was haben Sie früher geraucht?

 Kreuzen Sie bitte **alles** an, was zutrifft!

Zigaretten ₁

Zigarren

Zigarillos

Pfeife

24. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)?

War etwa Jahre alt

25. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben täglich zu rauchen?

War etwa Jahre alt Habe nie täglich geraucht ₉₆ 

Bitte weiter mit Frage 27

26. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht?

Habe etwa Jahre täglich geraucht

Habe weniger als 1 Jahr täglich geraucht ₉₅

27. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

 Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

In den letzten 30 Tagen ₁ 

Bitte weiter mit Frage 28, Seite 9

Vor 1 bis 6 Monaten ₂ 

Bitte weiter mit Frage 40, Seite 10

Vor 7 bis 12 Monaten ₃ 

Vor 1 bis 2 Jahren ₄ 

Bitte weiter mit Frage 45, Seite 12

Vor mehr als 2 Jahren ₅ 

**28. 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 so einem Tag, an dem Sie rauchen,
wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?**

Etwa Zigaretten

Habe in den letzten 30 Tagen
gar keine Zigaretten geraucht..... ₉₅

**29. 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 so einem Tag, an dem Sie rauchen,
wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?**

Etwa Zigarren/Zigarillos/Pfeifen
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Habe in den letzten 30 Tagen gar keine
Zigarren, Zigarillos, Pfeifen geraucht..... ₉₅

**30. 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

**31. Finden Sie es schwierig an Orten nicht zu rauchen,
wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.)?**

Ja ₁

Nein ₂

**32. 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

**33. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr
als am Rest des Tages?**

Ja ₁

Nein ₂

**34. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind
und tagsüber im Bett bleiben müssen?**

Ja ₁

Nein ₂

35. Bitte kreuzen Sie nur die Aussage an, die auf Sie derzeit zutrifft:

Ich habe in den letzten 30 Tagen ...

...geraucht, aber rauche zur Zeit nicht mehr ₁ 

Bitte weiter mit Frage 40

...geraucht und rauche auch weiterhin ₂ 

Bitte weiter mit Frage 36

36. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

Kreuzen Sie bitte nur **ein** Kästchen an!

- Ich rauche und habe nicht die Absicht, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören..... 1
- Ich rauche, überlege aber ernsthaft, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören..... 2
- Ich rauche, habe aber beschlossen, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören..... 3

37. Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und waren für mindestens 24 Stunden abstinent?

- Ja 1
- Nein 2

38. Wie wichtig ist es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? Wie denken Sie im Moment darüber?

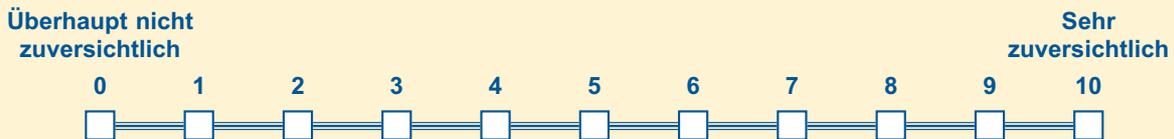
Kreuzen Sie bitte nur **ein** Kästchen an!

0 bedeutet, dass es Ihnen unwichtig ist, mit dem Rauchen aufzuhören,
10 bedeutet, dass es Ihnen sehr wichtig ist.
 Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.



39. Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, mit dem Rauchen aufzuhören: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen das gelingen würde?

Kreuzen Sie bitte nur **ein** Kästchen an!



40. Wie war das in den letzten 12 Monaten: 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

41. Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Nein, niemals	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
--	------------------	-------------------------------------	--

- | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie festgestellt, dass Sie wesentlich mehr rauchen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?..... | 1
<input type="checkbox"/> | 1
<input type="checkbox"/> | 1
<input type="checkbox"/> |
| Haben Sie festgestellt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht, als Sie sich vorgenommen hatten?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie Kettenraucher, d.h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie wiederholt wichtige Aktivitäten wegen Rauchens über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einmal während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. Hat Rauchen bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltender Husten, Herzbeschwerden oder Probleme mit dem Blutdruck oder mit der Lunge?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorrief?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

43. Hat Rauchen Sie unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen diese psychischen Beschwerden hervorrief?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

44. Wenn Sie nicht rauchten bzw. das Rauchen einstellten, einschränkten oder aufgeben wollten, hatten Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden?

Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1	Nein, niemals 1
Niedergeschlagenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit/Ärger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhelosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrations-schwierigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langsamer Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein, niemals“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 45

Wenn mindestens einmal mit „Ja“ geantwortet wurde:

Haben Sie wieder mit dem Rauchen angefangen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

An alle:**45. Wie häufig halten Sie sich in Räumen auf, in denen geraucht wird?**☞ Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Täglich oder fast täglich	2-3mal pro Woche	1mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	Seltener als 1mal pro Monat	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Freizeit (Kneipe, Bar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46. Wie sehr stört es Sie,
wenn andere in Ihrer Gegenwart rauchen?**☞ Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

Sehr				Gar nicht
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

**47. Meiden Sie nach Möglichkeit Orte (wie z.B. Kneipen, Bars, Diskos,
Raucherabteil im Zug), an denen viel geraucht wird?**Ja 1Nein 2**Fragen zu Alkohol****50. Trinken Sie mindestens einmal im Monat Alkohol oder haben Sie früher mindestens einmal im Monat Alkohol getrunken?**Ja 1 Nein 2**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**51. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?**Ja 1 Nein 2**Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?**Etwa mal Überhaupt nicht 00**Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?**War etwa Jahre alt**52. Wie lange ist es her, dass Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt, Spirituosen
(z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) oder Alcopops getrunken haben?**Nicht länger als 30 Tage 1 ➔ **Bitte weiter mit Frage 53, Seite 13**Zwischen 1 und 12 Monate 2 ➔ **Bitte weiter mit Frage 59, Seite 14**Länger her als 1 Jahr 3 ➔ **Bitte weiter mit Frage 73, Seite 17**Habe noch nie Alkohol getrunken 4

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

53. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?

An etwa Tagen

54. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Bier getrunken..... 00

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).....

55. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Wein oder Sekt getrunken 00

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).....

56. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Spirituosen getrunken 00

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).....

57. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alcopops getrunken?

 Alcopops sind vorgefertigte spirituosenhaltige süsse Mixgetränke.

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Alcopops getrunken..... 00

An so einem Tag, an dem Sie Alcopops trinken, wie viel Alcopops trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter).....

58. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?

An etwa Tagen

An keinem Tag 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken..... 00

Bitte weiter mit Frage 65, Seite 15

Sie haben nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken.

59. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?

An etwa Tagen

60. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Bier getrunken?

An etwa Tagen

Nie..... ₀₀



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).....

61. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa Tagen

Nie..... ₀₀



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).....

62. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa Tagen

Nie..... ₀₀



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).....

63. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alcopops getrunken?

 *Alcopops sind vorgefertigte spirituosenhaltige süsse Mixgetränke.*

An etwa Tagen

Nie..... ₀₀



An so einem Tag, an dem Sie Alcopops trinken, wie viel Alcopops trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter).....

64. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder Alcopops?

An etwa Tagen

An keinem Tag 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken ₀₀

**65. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken:
Wie häufig haben Sie in den folgenden Situationen Alkohol getrunken?**

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Täglich oder fast täglich	3-5mal pro Woche	1-2mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	Seltener als 1mal pro Monat	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Zum Essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Arbeit mit Kollegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Abend zu Hause.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Restaurant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Bar, Kneipe, Disko, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei festlichen Anlässen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Ist es schon einmal vorgekommen, dass ...

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft!

	Nein, niemals	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
	1	1	1
...Ihnen der Führerschein wegen Alkohol entzogen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Sie wegen Alkohol zur medizinisch-psychologischen Untersuchung des TÜV mussten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Haben Sie in den letzten 12 Monaten auf Alkohol verzichtet...

	immer	häufig	manchmal	selten	nie	kein Fahrzeug gelenkt
	1	2	3	4	5	
...wenn Sie anschließend ein Fahrzeug gelenkt haben?	<input type="checkbox"/>					
...während oder nachdem Sie Medikamente eingenommen haben?	<input type="checkbox"/>	keine Medikamente genommen <input type="checkbox"/>				

68. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft!

In den letzten 12 Monaten

	Nein	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal
	1	1	1
Hatten Sie wegen Alkohol erhebliche Schwierigkeiten in der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt, wie z.B. Fernbleiben, schlechte Leistungen, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie unter Alkoholeinfluss in Situationen, in denen eine große Verletzungsgefahr besteht, z.B. beim Rad fahren, Auto und Boot fahren oder beim Gebrauch von Maschinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie wegen Alkohol Ärger mit der Polizei, z.B. wegen Alkohol am Steuer oder wegen Randalierens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Alkohol Vorwürfe gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist wegen Ihres Alkoholkonsums eine Beziehung, z.B. zu Ihrem Partner, einem Familienmitglied oder einem Freund auseinandergegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihres Alkoholkonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Alkoholeinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

Nein, niemals	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
1	1	1

Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr trinken mussten als früher, um dieselbe Wirkung zu erzielen, dass Sie also wesentlich mehr vertragen konnten?.....

Haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge Alkohol bei Ihnen eine geringere Wirkung hatte als früher, dass Sie also wesentlich mehr vertragen konnten?.....

Haben Sie oft mehr, häufiger oder über eine längere Zeitspanne als beabsichtigt getrunken?.....

Ist es mehrmals vorgekommen, dass Sie Alkohol getrunken haben und dann feststellten, dass es für Sie sehr schwierig war, damit aufzuhören, bevor Sie vollkommen betrunken waren?

Haben Sie häufiger erfolglos versucht, weniger Alkohol zu trinken oder ganz damit aufzuhören?.....

Hatten Sie eine Zeitspanne, in der Sie über mehrere Tage hinweg viel Alkohol tranken, betrunken waren oder unter den Auswirkungen des Alkohols, z.B. einem „Kater“, litten?

Haben Sie wegen Alkohol wichtige Aktivitäten, wie Ihre Arbeit, Sport oder Treffen mit Freunden oder Verwandeten, eingeschränkt oder ganz aufgegeben?.....

70. **Hatten Sie im Zusammenhang mit Alkohol irgendwelche körperlichen Erkrankungen oder seelische Probleme, wie z.B. Leberkrankheit, Zittern, Taubheitsgefühl, Gedächtnisprobleme, Interesselosigkeit oder Niedergeschlagenheit?**

Ja, in den letzten 12 Monaten 1 Nein, niemals 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Wenn ja, haben Sie weiter Alkohol getrunken, obwohl Sie wussten, dass dies derartige Probleme verursacht?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1 Nein, niemals 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

71. **Wenn Sie einmal weniger als üblich oder nichts getrunken haben, haben Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden bei sich beobachtet?**

Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1	Nein, niemals 1
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Krampf-) anfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Erbrechen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein, niemals“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 73

Wenn mindestens einmal mit „Ja“ geantwortet wurde:

Haben Sie Alkohol getrunken, um das Auftreten derartiger körperlicher Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1 Nein, niemals 1
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Fragen zu Drogen

73. Hat Ihnen schon mal jemand Drogen angeboten?

Nein, nie..... 1

Ja, einmal 1

Ja, mehrmals 1

74. 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, Opium, Morphinum)

Methadon

Kokain

Crack

Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert

75. Haben Sie schon einmal Schnüffelstoffe als Rauschmittel probiert?

Nein..... 2

Ja 1  Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:

Klebstoffe 1

Lösungsmittel..... 1

Treibgase 1

76. 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 (Psylocybin)..... 1

77. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen:

... schon irgendwann mal probiert 1 

Bitte weiter mit Frage 78, Seite 18

... noch nie probiert 2 

Bitte weiter mit Frage 96, Seite 23

83. 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 <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel, Amphetamine	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
LSD	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Heroin	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum)	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Methadon	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Kokain	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Crack	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Pilze	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>

84. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch / Marihuana) konsumiert?Ja 1
↓Nein..... 2. →

Bitte weiter mit Frage 96, Seite 23

85. In welcher Form haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert?☞ Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Nie 1	Selten 2	Manchmal 3	Häufig 4
Haschisch (Cannabisharz).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana (Blüten, Blätter).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabisöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. An einem typischen Konsumtag, wie oft nehmen Sie da Cannabis normalerweise (z.B. Joints am Tag)?

 mal pro Tag

Wieviel Gramm Cannabis sind das ungefähr am Tag?

 Gramm pro Tag87. Wie schwierig fanden Sie es, in den letzten 12 Monaten auf Cannabis zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig	Ein bisschen schwierig	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.**In den letzten 12 Monaten**Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Nein 1	Ja, einmal 1	Ja, mehr als einmal 1
Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabis erhebliche Probleme bei der Arbeit, in der Schule oder bei der Versorgung Ihres Haushalts (z.B. Fernbleiben und schlechte Leistungen, Ausschluss von der Schule, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standen Sie unter dem Einfluss von Cannabis, wenn Sie sich in Situationen mit erhöhter Verletzungsgefahr befanden, z.B. im Straßenverkehr oder in der Arbeit, wenn Sie eine Maschine bedienten oder eine gefährliche Tätigkeit ausführten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich unabsichtlich verletzt, d.h. hatten Sie einen Unfall oder sind schwer gestürzt, nachdem Sie Cannabis eingenommen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Zusammenhang mit Cannabis rechtliche Probleme, z.B. wegen Besitz von Drogen, Diebstahl zur Beschaffung von Cannabis oder Fahren unter Cannabiseinfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Ihnen Ihre Familie oder Freunde wegen Cannabis Vorwürfe gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging wegen Ihres Cannabiskonsums eine Beziehung auseinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Ihres Cannabiskonsums in finanzielle Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unter Cannabiseinfluss jemanden körperlich angegriffen oder verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile an, was auf Sie zutrifft!**

	Nein, niemals 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1
--	-----------------------	--	---

Haben Sie festgestellt, dass Sie mehr Cannabis einnehmen mussten als vorher, um den gleichen Effekt zu erzielen oder haben Sie festgestellt, dass die gleiche Menge einen geringeren Effekt hatte als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es vorgekommen, dass Sie mehr Cannabis eingenommen haben oder Cannabis über eine längere Zeitspanne eingenommen haben als Sie ursprünglich beabsichtigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mehrmals erfolglos versucht oder hatten Sie den anhaltenden Wunsch, den Konsum von Cannabis zu reduzieren oder ganz einzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Zeit damit verbracht, Cannabis zu besorgen, es einzunehmen oder sich von seiner Wirkung zu erholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wegen Cannabis wichtige Aktivitäten, wie z.B. Sport, die Arbeit oder das Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile an**, was auf Sie zutrifft!

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 Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabis gesundheitliche Probleme (z.B. anhaltender Husten, Kreislaufprobleme, Heiserkeit, Übelkeit, Augen- und Mundtrockenheit)?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

Wenn ja, haben Sie trotz dieser Gesundheitsprobleme den Konsum von Cannabis fortgesetzt?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

92. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Einnahme von Cannabis irgendwelche emotionalen oder psychischen Probleme - waren Sie z.B. interesselos, fühlten Sie sich niedergeschlagen, waren Sie anderen Menschen gegenüber misstrauisch, hatten Sie das Gefühl, verfolgt zu werden oder seltsame Ideen zu haben?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

Wenn ja, haben Sie trotz dieser psychischen Probleme den Konsum von Cannabis fortgesetzt?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

93. Wenn Sie Cannabis in geringeren Mengen als üblich oder gar nicht einnehmen, bekamen Sie da Beschwerden wie z.B. Schlafstörungen, Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

Wenn ja, haben Sie Cannabis genommen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

94. Haben Sie schon einmal daran gedacht, wegen Ihres Cannabis-Konsums (Haschisch, Marihuana) professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja ₁ Nein ₂

95. Haben Sie wegen Ihres Cannabis-Konsums (Haschisch, Marihuana) schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen (z.B. Arzt, Drogenberatung, Psychotherapie etc.)?

Ja, in den letzten 12 Monaten ₁ Nein, niemals ₁
 Ja, aber vor mehr als 12 Monaten ₁

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Wetten oder Spiele mit Geldeinsatz

96. Wie häufig haben Sie an den folgenden Wetten bzw. den folgenden Glücksspielen teilgenommen?

☞ Kreuzen Sie in jeder Zeile alles Zutreffende an!

	Nein, niemals	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den letzten 12 Monaten	Weniger als einmal pro Woche	Ein bis mehrmals pro Woche
A Fernsehlotterie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Klassenlotterie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Lotto/Toto/Keno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Quicky (Lottoautomaten, Internet).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Sportwetten in Annahmestellen (Oddset).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Sportwetten im Internet (Oddset u. andere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Pferdewetten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Roulette, Black Jack, Poker etc. im Spielcasino (großes Spiel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K AutomatenSpiel im Spielcasino (kl. Spiel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Roulette/AutomatenSpiel im Internet (Internetspielcasino).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Pokerturniere/Kartenspiele im Internet (mit Geldeinsatz).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Illegales Glücksspiel („Hinterzimmer“).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Tragen Sie in das Kästchen bitte den Buchstaben (aus Frage 96) des Glücksspiels ein, das für Sie in den letzten 12 Monaten die größte Bedeutung hatte (z.B. „H“ für Geldspielautomaten in Spielhallen, Gaststätten etc.).

Habe in den letzten 12 Monaten an keiner dieser Wetten oder Glücksspiele teilgenommen..... 1

98. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 50 Euro pro Monat insgesamt bei den in Frage 96 genannten Wetten bzw. Glücksspielen eingesetzt?

Ja..... 1

Nein..... 2 ➔

Bitte weiter mit Frage S 1, Seite 26

99. Bitte geben Sie für alle Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten auf Sie zutreffen. Unter dem Sammelbegriff Glücksspiel sind alle Wetten und Spiele zu verstehen, die in Frage 96 aufgeführt sind.

In den letzten 12 Monaten

☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

Ja 1 Nein 2

Gab es Phasen, in denen Sie sehr viel Zeit damit verbrachten, über Ihr vergangenes oder zukünftiges Glücksspielen nachzudenken/zu grübeln?.....

Haben Sie oft über Möglichkeiten nachgedacht, wie Sie den Geldeinsatz für Glücksspiele beschaffen könnten (z.B. durch Kredit, Leihgabe durch Freunde oder Verwandte, Diebstahl)?.....

Gab es Zeiten, in denen Sie häufiger als vorher spielen mussten, um denselben Reiz beim Glücksspiel zu erleben (z.B. durch längeres und/oder häufigeres Spielen)?.....

Gab es Phasen, in denen Sie mit größeren Geldbeträgen oder höheren Einsätzen als vorher spielen mussten, um denselben Reiz beim Glücksspiel zu verspüren (z.B. indem Sie immer mehr Geld für das Glücksspiel ausgegeben haben)?.....

Haben Sie mehrmals versucht, Ihr Glücksspielen zu reduzieren oder zu kontrollieren und das als schwierig empfunden?.....

- Fortsetzung von Frage 99 -

Bitte geben Sie für alle Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten auf Sie zutreffen. Unter dem Sammelbegriff Glücksspiel sind alle Wetten und Spiele zu verstehen, die in Frage 96 aufgeführt sind.

In den letzten 12 Monaten

Ja Nein

1 2

Haben Sie mehrmals ohne Erfolg versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören?.....

Haben Sie sich unruhig oder reizbar gefühlt, nachdem Sie versucht hatten, Ihr Glücksspielen zu reduzieren oder ganz damit aufzuhören?.....

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie gespielt haben, um persönlichen Problemen zu entfliehen?.....

Hatten Sie den Eindruck, dass Ihnen Ihr Glücksspielen geholfen hat, unangenehme Gefühle wie Angst oder Depression zu mildern?.....

Ist es öfter vorgekommen, dass Sie Geld verloren haben und innerhalb weniger Tage erneut gespielt haben, um das verlorene Geld wiederzugewinnen?

Ist es vorgekommen, dass Sie große Spielschulden hatten und Sie dann immer häufiger gespielt haben in der Hoffnung, Ihre Verluste wieder zurück zu gewinnen?.....

Haben Sie Familienmitglieder, Freunde, Mitarbeiter oder Lehrer oft angelogen, wenn es um das Ausmaß Ihres Glücksspielens oder um die Höhe Ihrer Spielschulden ging?.....

Haben Sie Ihr Glücksspielen gegenüber anderen (z.B. Familienmitgliedern) oft verheimlicht oder versucht, es zu verheimlichen?

Es kommt vor, dass Personen einen Scheck fälschen oder etwas stehlen, um ihr Glücksspiel zu finanzieren. Ist dies bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen?.....

Es kommt vor, dass Personen etwas Illegales tun, etwa Veruntreuung oder Betrug, um Geld für das Glücksspielen zu haben. Ist dies bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

Gab es Phasen, in denen Ihr Glücksspielen zu Problemen in der Beziehung zu Ihrer Familie, Ihren Freunden, Mitarbeitern oder Lehrern geführt hat?

Haben Sie wegen Ihres Glücksspielens Arbeits- oder Schultage, soziale Aktivitäten oder Familienaktivitäten versäumt?

Haben Sie andere Personen wegen Ihrer finanziellen Probleme durch das Glücksspielen gebeten, Ihnen Geld zu leihen?.....

Haben Sie andere Ihre Glücksspielschulden bezahlen lassen (d.h. sich aus der Klemme helfen lassen), wenn Sie wegen Ihrer finanziellen Lage verzweifelt waren?.....

100. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Glücksspielproblemen in Beratung oder Behandlung?

- Gar nicht 6
- 1 mal 1
- 2 - 10 mal 2
- 11 - 20 mal..... 3
- 21 - 30 mal 4
- 30 mal und häufiger..... 5

101. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten in einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit Glücksspielproblemen?

- Gar nicht 6
- 1 mal 1
- 2 - 10 mal 2
- 11 - 20 mal..... 3
- 21 - 30 mal 4
- 30 mal und häufiger..... 5

102. Denken Sie noch einmal an die letzten 12 Monate. Bitte versuchen Sie zu schätzen, wie viel Euro pro Monat Sie durchschnittlich bei den folgenden Wetten bzw. den folgenden Glücksspielen eingesetzt/verloren haben.

Bitte geben Sie die Beträge auf ganze Euro gerundet an!

durchschnittlich
eingesetzt
pro Monat
in Euro

Fernsehloterie.....	<input type="text"/>
Klassenlotterie.....	<input type="text"/>
Lotto/Toto/Keno.....	<input type="text"/>
Quicky (Lottoautomaten, Internet).....	<input type="text"/>
Sportwetten in Annahmestellen (Oddset).....	<input type="text"/>
Sportwetten im Internet (Oddset und andere).....	<input type="text"/>
Pferdewetten.....	<input type="text"/>

durchschnittlich
verloren
pro Monat
in Euro

Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben.....	<input type="text"/>
Roulette, Black Jack, Poker etc. im Spielcasino (großes Spiel).....	<input type="text"/>
Automatenspiel im Spielcasino (kleines Spiel).....	<input type="text"/>
Roulette/Automatenspiel im Internet (Internetspielcasino).....	<input type="text"/>
Pokerturniere/Kartenspiele im Internet (mit Geldeinsatz).....	<input type="text"/>
Illegales Glücksspiel („Hinterzimmer“).....	<input type="text"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf das Spielen an Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben etc., nicht auf Automatenspiele in Spielcasinos.

103. Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Geldspielautomaten gespielt?

Ja ₁

Nein..... ₂ ➔

Bitte weiter mit Frage S1

Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Wie viele Stunden oder Minuten haben Sie im Durchschnitt pro Woche an einem Geldspielautomaten gespielt?

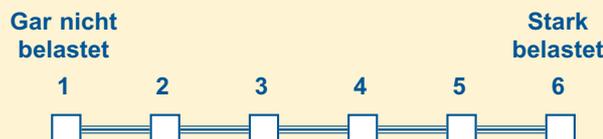
Benutzen Sie bitte nur eine Zeitkategorie, also **entweder** Stunden **oder** Minuten!

Durchschnittlich pro Woche: etwa Stunden oder etwa Minuten

Habe in den letzten 3 Monaten seltener als einmal pro Monat gespielt ₉₉₅

104. Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie an einem Geldspielautomaten spielen?

Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!



Zum Schluss noch einige statistische Fragen, die für die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind.

S 1 Besuchen Sie zur Zeit eine Schule, machen Sie eine Berufsausbildung oder studieren Sie?

Ja, besuche eine Schule..... 1

Ja, mache eine Berufsausbildung..... 1

Ja, studiere..... 1

Nein, nichts davon..... ➔

Bitte weiter mit Frage S 3

S 2 Was trifft derzeit auf Sie zu?

 Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

• Besuche eine **allgemeinbildende Schule**, und zwar:

Förderschule 1

Hauptschule/Hauptschulzweig 2

Realschule/Realschulzweig 3

Gymnasium/Gymnasiale Oberstufe 4

Gesamtschule 5

• Bin in **Berufsausbildung**, und zwar:

beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) 10

beruflich-schulische Ausbildung
(z.B. Berufsfachschule, Handelsschule) 11

Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs-, oder
Fachakademie 12

sonstige berufliche Ausbildung 13

• Bin im **Studium**, und zwar:

Fachhochschule 20

Universität 21

S 3 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

 Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule 1

Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.ä. 2

Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... 3

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... 4

Realschulabschluss (Mittlere Reife)..... 5

Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) 6

Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule 7

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur
(Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) 8

Einen anderen Schulabschluss..... 9

S 4 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?

 Kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

Bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)..... 1

Habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung

Habe eine Anlern-Ausbildung gemacht

Habe beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen.....

Habe beruflich-schulische Ausbildung (z.B. Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen.....

Habe Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.....

Habe Fachhochschulabschluss

Habe Universitäts-, Hochschulabschluss.....

Habe eine andere Ausbildung abgeschlossen

S 5 Sind Sie gegenwärtig erwerbstätig?

 Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

- Voll erwerbstätig..... 1
- Teilzeitbeschäftigt..... 2
- Altersteilzeit (unabhängig davon in welcher Phase befindlich) 3
- Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job 4
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) 5
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt 6
- Berufliche Ausbildung/Lehre 7
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten,
Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst) 8

S 7 Bitte sehen Sie auch die folgenden Vorgaben einmal durch, ob noch etwas auf Sie zutrifft.

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- Ich befinde mich in einer Umschulung 1
- Ich bin zur Zeit arbeitslos (gemeldet)
- Ich bin im „Praktischen Jahr“, Volontariat, Praktikum.....
- Ich mache zur Zeit ein freiwilliges soziales Jahr
- Ich bin im Erziehungsurlaub/Elternzeit
- Ich bin Hausfrau, Hausmann
- Ich bin beim Wehrdienst/Zivildienst
- Ich bin ohne Lehrstelle, ohne Studienplatz (auf Suche)
- Ich bin in Rente, Pension, Vorruhestand
- Nichts davon trifft zu

S 8 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

Sofern Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind:

Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Beschäftigung?

 Bitte kreuzen Sie nur **ein** Kästchen an!

- Ungelernter / angelernter Arbeiter 1
- Facharbeiter 2
- Einfache Angestellte/Beamte (z.B. Verkäuferin, Busfahrer) 3
- Angestellte/Beamte mit gehobener Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter)..... 4
- Angestellte/Beamte mit hoch qualifizierter Tätigkeit (z.B. Lehrerin, Wissenschaftler, Richter)..... 5
- Angestellte/Beamte in Leitungsposition (z.B. Direktor, Betriebsleiter)..... 6
- Selbständige in Handel, Gewerbe, Industrie, Dienstleistung (auch Ich-AG/früher auch PGH) 7
- Freiberufliche, selbständige Akademiker, freischaffende Künstler 8
- Selbständige in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Tierzucht, Fischerei (früher auch LPG)..... 9
- Mithelfende Familienangehörige 10
- Nichtsozialversicherungspflichtig beschäftigt..... 11
- Berufliche Ausbildung/Lehre 95
- Ich war (noch) nie berufstätig 96

S 9 Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos gemeldet?

In den letzten 5 Jahren

↓

mal

Gar nicht.....⁹⁵**Bitte weiter mit Frage S 11****S 10 Wie viele Monate waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos gemeldet?**

Monate

S 11 Wie finanzieren Sie überwiegend Ihren Lebensunterhalt? Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

1

- Eigene Erwerbstätigkeit.....
- Erwerbstätigkeit des (Ehe-)Partners
- Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld 2
- Rente, Pension, Altersruhegeld.....
- Sozialhilfe/Sozialgeld.....
- Unterstützung durch Angehörige.....
- Ausbildungsbeihilfe (z.B. BAFöG).....
- Andere Einkünfte, z.B. Vermögenseinkünfte,
Erbschaft, Mieteinkünfte.....
- Sonstiges.....

S 12 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt? 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 2.000 Euro..... 6
- 2.000 bis unter 2.500 Euro..... 7
- 2.500 bis unter 3.000 Euro..... 8
- 3.000 Euro und mehr..... 9

S 13 Haben Sie hier im Haushalt Telefon?Ja..... 1Nein..... 2**S 14 Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?**Ja, alleine ausgefüllt..... 1Nein, nicht alleine ausgefüllt..... 2**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