

*Use and misuse of
prescription drugs.
Results of the 2006
Epidemiological Survey of
Substance Abuse*

Key words

Population survey, prescription-drug use, prescription-drug misuse, attitudes, trends

Abstract

Aims: The cross-sectional 2006 Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) continues the observations made earlier on the use of prescription and over-the-counter drugs. The study provides information on the frequency of use, attitudes towards use, and behavioural patterns, as well as trends in use since 1995. **Method:** A sample of 7,912 individuals aged 18 to 64 years was drawn from the general population. The survey used both self-administered questionnaires and telephone interviews (mixed-mode design); the response rate was 45%. **Results:** Overall 64.1% of the 18- to 64-year-olds reported that they had used at least one prescription medicine during the last 12 months, and 4.7% met the criteria for problematic use. Women (71.3%) and elderly people used prescription and over-the-counter drugs more often than men (57.0%) and young adults and tended more often towards problematic use. The use of hypnotics, tranquilizers, stimulants and anorectics decreased during the last ten years. The use of antidepressants increased significantly from 2.3% in 2000 to 3.0% in 2006. **Conclusions:** The majority of the respondents did not use medications regularly. Nevertheless, the prevalence of problematic use was high. Further sensitivity of both prescribing doctors and consumers to the potential problems associated with the misuse of medications is necessary.

► Susanne Rösner¹, Susanne Steiner^{1,2} & Ludwig Kraus¹

Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006

Schlüsselwörter

Bevölkerungsbefragung, Arzneimittelgebrauch, Arzneimittelmissbrauch, Einstellungen, Trends

Zusammenfassung

Ziel: Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2006 werden die seit 1995 in Deutschland vorgenommenen Beobachtungen zum Arzneimittelgebrauch fortgesetzt. Untersucht werden Gebrauchsprävalenzen, medikamentenorientierte Einstellungen sowie Trends im Gebrauch von Arzneimitteln. **Methodik:** Die Datenerhebung an einer Zufallsstichprobe der 18- bis 64-jährigen Allgemeinbevölkerung (n=7.912) erfolgte durch postalische und telefonische Befragung (Mixed-Modus-Design). Die Antwortrate betrug 45%. **Ergebnisse:** Insgesamt berichteten 64,1% der 18- bis 64-Jährigen die Einnahme mindestens eines der gelisteten Arzneimittel in den letzten 12 Monaten und 4,7% der Befragten zeigten Muster eines problematischen Gebrauchs. Frauen (71,3%) und Personen höherer Altersgruppen nahmen mehr Medikamente ein als Männer (57,0%) oder jüngere Personen und tendierten häufiger zu einem problematischen Umgang mit Arzneimitteln (Frauen: 5,6%; Männer: 4,0%). Der über die letzten zehn Jahre zu verzeichnende Rückgang der Gebrauchszahlen für Schlaf- und Beruhigungsmittel, Anregungsmittel sowie für Appetitzügler stagniert auf reduziertem Niveau. Der Konsum von Antidepressiva hat sich seit 2000 signifikant von 2,3% auf 3,0% erhöht. **Schlussfolgerungen:** Obwohl sich die überwiegende Zahl der Arzneimittelanwendungen auf einen gelegentlichen Gebrauch beschränkt, sind medikamentenbezogene Störungen und problematische Gebrauchsmuster relativ weit verbreitet. Eine weitere Sensibilisierung der verordnenden Ärzte sowie der Arzneimittelkonsumenten erscheint dringend erforderlich.

Einleitung

Die Gesamtzahl medikamentenabhängiger Personen in Deutschland wird auf 1,9 Millionen geschätzt (Soyka, Queri, Kufner & Rösner, 2005). Damit ist der Störungsbereich in quantitativer Hinsicht mit dem der Alkoholabhängigkeit vergleichbar. Neben suchtmedizinischen Implikationen, die sich aus der hohen Prävalenz medikamentenbezogener Störungen ergeben, verdeutlichen Studien zu unerwünschten Arzneimittelereignissen eine weitere gesundheitspolitische Dimension des Problems (Bates et al., 1995; van den Bemt, Egberts, de Jong-van den Berg & Brouwers, 2000). Trotzdem wird die auch als »stille Sucht« bezeichnete Erkrankung anders als die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen (Rabbata, 2005). Auch aus wissenschaftlicher Sicht besteht erheblicher Informationsbedarf (Soyka et al., 2005). Dieser betrifft neben den Ursachen, Symptomen und Folgen der Arzneimittelabhängigkeit vor allem epidemiologische Daten, die neben einer Erfassung medikamentenbezogener Störungen eine Abschätzung

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

2 Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

problematischer Konsummuster unterhalb der Schwelle zur Abhängigkeit erlauben.

Verordnungs- und Verbrauchszahlen von Arzneimitteln werden in Deutschland regelmäßig durch verschiedene Informationssysteme erfasst (Übersicht bei Dietrich, 2002). Das GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystem (GAmSi) ist ein vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) entwickeltes Analysesystem, das auf einer zeitnahen Auswertung aller von den Apotheken bei den Krankenkassen eingereichten Arzneimittelrezepte basiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch monatlich erscheinende Berichte über die aktuellen Verordnungsentwicklungen innerhalb der GKV informiert (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2007).

Umfangreiche Informationen zum Verbrauch von Arzneimitteln liefert auch ein von IMS Health, einem privatwirtschaftlichen Informationsdienstleister der Pharma- und Gesundheitsindustrie, initiiertes Netzwerk, an dem deutschlandweit mehr als 2000 Betriebsärzte teilnehmen. Patientenbezogene Daten zu verordneten Präparaten, zu Diagnosen sowie zu Krankheits- und Behandlungsverläufen werden über Praxiscomputer erfasst und von IMS Health zur Beantwortung der von der Pharma- und Gesundheitsindustrie angeforderten Informationen zu Fragestellungen aus dem Bereich der Pharmakoökonomie, der Arzneimittelsicherheit und des Arzneimittelmarketings ausgewertet und bereitgestellt. Die umfangreichste Analyse ärztlicher Arzneimittelverordnungen wird jährlich mit dem Arzneiverordnungs-Report bereitgestellt (Schwabe & Paffrath, 2007). Der seit 1985 veröffentlichte Report basiert auf der Erfassung von mehr als 400 Millionen Rezepten, die im Laufe eines Kalenderjahres zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgestellt wurden. Die am Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen gesammelten Verordnungszahlen werden nach Indikations-, Arzt- und Patientengruppen aufbereitet und unter Einbeziehung aktueller Ergeb-

nisse zum Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil der Substanzen bewertet. Vergleiche mit den Daten des Vorjahres ermöglichen zudem eine Abschätzung aktueller Verordnungs- und Marktentwicklungen.

Allerdings sind die Informationen des Arzneiverordnungs-Reports nur begrenzt für bevölkerungsrepräsentative Aussagen nutzbar (Knopf & Melchert, 2003), da diese keine Rückschlüsse über den freiverkäuflichen Over-the-Counter-Marktanteil von Medikamenten und über den Umfang der auf Privatrezepten verordneten Arzneimittel zulassen. Knopf und Melchert (2003) bemängeln außerdem, dass die Aufnahme der Patienten in die IMS-Datenbank an die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung gebunden ist, was zu einer mit dem Schweregrad der Erkrankung assoziierten Stichprobenselektion führen kann. Der als arzneimittelspezifisches Modul des Bundes-Gesundheitssurveys konzipierte Arzneimittelsurvey (Knopf & Melchert, 2003) versucht diese Informationslücken durch eine bevölkerungsrepräsentative Analyse nichtstationärer Arzneimittelanwendung zu schließen. Der Survey wird im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes seit 1998 von der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichtserstattung am Robert Koch-Institut durchgeführt. Datengrundlage des Surveys sind Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der deutschen Wohnbevölkerung, die durch physiologische, klinisch-chemische sowie hämatologische Parameter ergänzt werden. Unter Berücksichtigung von Over-the-Counter-Präparaten werden auch Aspekte der Selbst-, Co- und Multimedikation ambulant versorgter Bevölkerungsgruppen berücksichtigt. Motive sowie individuelle Einstellungs- und Bewertungsmuster werden im Rahmen des Arzneimittelsurveys allerdings nicht explizit erfasst, sodass Aussagen über problematische und missbräuchliche Konsummuster nur eingeschränkt ableitbar sind. Vom IFT Institut für Therapieforschung wurde im Jahr 1988 mit PHAR-MON (ehemals *ebis-med*) ein

Monitoring-System eingeführt, das deutschlandweit speziell den Bereich des missbräuchlichen und abhängigen Arzneimittelkonsums überwacht. Datengrundlage sind Informationen über Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen, einer Personengruppe, die Arzneimittel oftmals als Wirkungsmodulatoren oder als Ersatz für Drogen oder Alkohol verwendet, zur Behandlung psychischer und körperlicher Folgen des Substanzkonsums einsetzt und oftmals über einen erleichterten Zugang zum Arzneimittelschwarzmarkt verfügt. Dadurch erfolgt eine sehr sensitive Überwachung des Problembereichs, die aufgrund der Spezifität der Stichprobe allerdings keine bevölkerungsrepräsentativen Schlussfolgerungen erlaubt (Rösner & Küfner, 2007a; 2007b).

Seit 1995 werden im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys, einer repräsentativen Befragung der deutschen Wohnbevölkerung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen, auch regelmäßig Informationen zum Arzneimittelgebrauch der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland erhoben. Primäre Zielsetzungen des Surveymoduls zum Arzneimittelgebrauch ist die bevölkerungsrepräsentative Erfassung des regulären Arzneimittelkonsums sowie problematischer Gebrauchsformen von Arzneimitteln, die unterhalb der Schwelle zur Abhängigkeit einzuordnen sind. Die wiederholte Durchführung des Epidemiologischen Suchtsurveys unter Konstanthaltung der methodischen Rahmenbedingungen ermöglicht darüber hinaus eine regelmäßige Analyse von Trendentwicklungen. Entsprechend seiner Zielsetzung legt der Epidemiologische Suchtsurvey einen besonderen Fokus auf Arzneimittel mit potenziellem Abhängigkeits- und Missbrauchsrisiko. Die Analyse problematischer Gebrauchsformen und aktueller Entwicklungen im Bereich des Arzneimittelkonsums ist für die Abschätzung von Risikobelastungen verschiedener Konsumentengruppen sowie für die Planung gesetzlicher und präventiver Maßnahmen unerlässlich.

Methoden

Stichprobe und Datenerhebung

Nach der Anhebung der oberen Altersgrenze von 59 auf 64 Jahre basiert die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 auf einer Zufallsauswahl von 7.912 Personen aus der Grundgesamtheit der 18- bis 64-jährigen deutschen Wohnbevölkerung. Im ersten Schritt des zweistufigen Verfahrens zur Stichprobenrekrutierung wurde eine zufällige Auswahl von Primäreinheiten (Sample-Points) aus der Gesamtheit deutscher Stadtteile und Gemeinden getroffen; anschließend wurde eine Zufallsauswahl an Zielpersonen anhand der Einwohnermelderegister der Primäreinheiten rekrutiert. Unter Kombination postalischer und telefonischer Befragungsmethoden wurde im Jahr 2006 erstmals ein Mixed-Modus-Design der Datenerfassung umgesetzt. Die korrigierte Response rate nach Abzug stichprobenneutraler Fälle beträgt 45%. Die Methodik der Auswahlverfahren, der Ablauf der Datenerhebung und die Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys sind bei Kraus und Baumeister (2008) detailliert beschrieben.

Arzneimittelbezogene Informationen und Instrumente

Die Gebrauchsprävalenzen werden für den Zeitraum der letzten 12 Monate sowie der letzten 30 Tage vor der Befragung für folgende Arzneimittelgruppen erfasst: Schmerzmittel (Analgika), Schlafmittel (Hypnotika), Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Anregungsmittel (Analeptika) und Appetitzügler (Anorektika). Die Auswahl der Arzneimittelgruppen basiert auf einer Analyse der Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiken verschiedener Arzneimittel- und Substanzklassen (z. B. Kuhs, 1994; Maffli & Gmel, 1999; Laux, Dietmaier & König, 2000). Vor dem Hintergrund häufiger Fehlanwendungen (Maffli & Bahner, 1999) wurden zusätzlich Antidepressiva und Neuroleptika abgefragt. Die Zuordnung der konsumierten Medikamente zu den Arzneimittelgruppen wird durch die Befragten selbst vorgenommen. Um

die entsprechenden Zuordnung zu erleichtern, wird seit dem Jahr 2000 eine Liste mit den gebräuchlichsten Präparaten und deren Zuordnung zu den oben genannten Gruppen als Beispiel vorgegeben. Beibehalten wurde zudem die im Jahr 2003 eingeführte Erweiterung der Präparatliste durch die Aufnahme von Substanzen aus der Gruppe der Nicht-Opioid-Analgetika.

Neben Informationen zur Gebrauchsprävalenz ausgewählter Arzneimittelgruppen werden im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys auch emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Aspekte des Arzneimittelgebrauchs erhoben. Der auf elf Items basierende Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM) von Watzl, Rist, Höcker und Miehle (1991) erlaubt eine Bewertung problematischer Konsummuster, die aber nicht notwendigerweise die Kriterien von Missbrauch und Abhängigkeit erfüllen. Vier positive Antworten im KFM gelten als Cutoff-Wert für einen problematischen Medikamentenkonsum. Durch vier weitere Items werden Indikatoren einer medikamentenorientierten Lebensbewältigung, durch sechs Items Hinweise auf einen problematischen Schmerzmittelkonsum erfasst (Schär, Hornung, Gutscher & May, 2007).

Analysen

Deskription. Die Analyse der Gebrauchsprävalenzen wird für die Gesamtstichprobe und nach Alter und Geschlecht getrennt vorgenommen. Die Prävalenzen beziehen sich auf die letzten 12 Monate sowie die letzten 30 Tage vor Befragung. Die 12-Monats-Prävalenz beinhaltet die zumindest einmalige Einnahme von mindestens einer Substanz der gelisteten Arzneimittelgruppen während dieses Zeitraums. Als regelmäßige Einnahme in den letzten 30 Tagen ist ein mindestens einmal wöchentliches Konsum während des letzten Monats, als tägliche Einnahme ein mindestens einmal täglicher Konsum eines oder mehrerer Arzneimittel, definiert. Aufgrund fehlender Angaben weichen die angegebenen Stichprobenumfänge mitunter

vom Gesamtstichprobenumfang ($n=7.912$) ab. Die Anzahl der zugrunde liegenden Fälle (ungewichtet) ist in den Tabellen angegeben. In Tabellen, die verschiedene Items mit unterschiedlichen fehlenden Angaben enthalten, wurde aus Platzgründen auf die Angabe der Fallzahlen verzichtet.

Trends für Medikamentenkonsum

Trendvergleiche wurden für die 30-Tages-Prävalenz der mindestens einmaligen wöchentlichen Einnahme von Medikamenten und für die Prävalenzen problematischer Konsummuster nach KFM vorgenommen. Die dazu durchgeführten Signifikanzprüfungen basieren auf dem jeweiligen Vergleich der Prävalenzen früherer Surveys (1995–2003) mit dem Prävalenzwert aus dem Jahr 2006. Um die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren zu gewährleisten, wurde die 2006 erstmals erfasste Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen aus der Trendanalyse ausgeschlossen.

Statistische Verfahren

Als Maß für das Verhältnis der geschlechtsspezifischen Prävalenzen werden Odds Ratios und die zugehörigen 95%-Konfidenzintervalle angegeben. Die Odds Ratios wurden mittels logistischer Regressionen mit Altersgruppe und Geschlecht als Kontrollvariablen berechnet. Die Prüfung von Trendvergleichen erfolgte ebenfalls durch logistische Regression, wobei neben dem Alter und dem Geschlecht der Befragten auch das Jahr der Befragung berücksichtigt wurde. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurden im Trendvergleich exakte Tests von Fisher verwendet.

Zum Ausgleich disproportionaler Auswahlwahrscheinlichkeiten demographischer Strukturmerkmale wie Alter und Geschlecht wurden die Daten mittels Poststratifikationsgewichten an die Verteilungen der Grundgesamtheit der bundesdeutschen Bevölkerung angeglichen (Stand 31.12.2004; Statistisches Bundesamt). Die Besonderheiten des komplexen Stichprobendesigns wurden durch die Survey Verfahren in SPSS 15.0 Complex Samples

(SPSS Inc., 2007) und Stata Special Edition 9.2 (Stata Corp., 2005) berücksichtigt. Zur Varianzschätzung wurden Taylorreihenentwicklung sowie Jackknife-Schätzer verwendet (Korn & Graubard, 1999).

Ergebnisse

Prävalenz der mindestens einmaligen Medikamenteneinnahme

Knapp zwei Drittel (64,1 %) der Befragten nahmen in den letzten 12 Monaten mindestens eines der gelisteten Medikamente ein. Ihren höchsten Wert erreicht die 12-Monats-Prävalenz mit 72,3 % in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen. In den jüngeren Altersgruppen zeigt sich mit zunehmendem Alter ein Anstieg der 12-Monats-Prävalenzen, in den darüber liegenden Altersgruppen dagegen eine kontinuierliche Abnahme (Tabelle 1).

Wie die Analyse nach Arzneimittelgruppen zeigt, gehen die Prävalenzwerte vor allem auf den Konsum von Schmerzmitteln zurück. Diese dominieren mit einem durchschnittlichen Anteil von knapp über 60 % vor allen anderen Arzneimittelgruppen. Seltenere als Analgetika wurden Psychopharmaka wie Schlafmittel (5,2 %), Beruhigungsmittel (5,1 %) und Antidepressiva (4,3 %) eingenommen. Neuroleptika sowie Wirkstoffen aus der Gruppe der Anregungsmittel und Appetitzügler kommt mit Prävalenzwerten zwischen 0,5 % und 1,1 % zahlenmäßig eine weitaus geringere Bedeutung zu.

Frauen haben in den letzten 12 Monaten vor Befragung häufiger Medikamente eingenommen als Männer

(71,3 % vs. 57,1 %; OR 1,86, KI 1,68–2,06). Ein höherer Anteil weiblicher Konsumenten lässt sich für den überwiegenden Teil der Arzneimittelgruppen nachweisen und betrifft neben Analgetika (68,3 % vs. 53,4 %; OR 1,88, KI 1,70–2,08) und Appetitzüglern (0,8 % vs. 0,5 %; OR 1,64, KI 0,86–3,14) vor allem auch Psychopharmaka (Hypnotika: 6,0 % vs. 4,5 %; OR 1,41, KI 1,14–1,74; Tranquilizer: 5,7 % vs. 4,5 %; OR 1,32, KI 1,03–1,69; Antidepressiva: 5,6 % vs. 3,1 %; OR 1,90, KI 1,43–2,52). Männer nahmen dagegen doppelt so häufig wie Frauen Neuroleptika ein (1,4 % vs. 0,8; OR 1,89, KI 1,13–3,15). Zudem konsumierten Männer mit einem Prävalenzwert von 0,7 % häufiger als Frauen (0,4 %) Wirkstoffe aus der Gruppe der Anregungsmittel (OR 1,87, KI 0,95–3,67).

Prävalenz der regelmäßigen und täglichen Medikamenteneinnahme

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, berichtete jeder Sechste (16,8 %) eine mindestens einmal wöchentliche Einnahme von einem oder mehreren im Fragebogen gelisteter Arzneimittel während der letzten 30 Tage. Jeder fünfzehnte Befragte (6,6 %) nahm in diesem Zeitraum sogar täglich mindestens ein Arzneimittel ein (Tabelle 3). Der überwiegende Teil der Einnahmen geht wiederum auf Analgetika zurück: 12,6 % gaben an, mindestens einmal pro Woche Arzneimittel mit schmerzstillender Wirkung zu konsumieren (vgl. Tabelle 2), die Prävalenz des täglichen Analgetika-Gebrauchs ist mit 2,8 % deutlich geringer (vgl. Tabelle 3). Hypnotika und Tranquilizer wurden

von jeweils 2 % der Befragten mindestens einmal wöchentlich konsumiert, knapp jeder zweite Hypnotika-Konsument (0,9 % der Befragten) berichtete von einem täglichen Gebrauch. 3,2 % der Befragten nahmen regelmäßig Antidepressiva ein, wobei diese vom überwiegenden Teil (2,8 % aller Befragten) täglich eingenommen wurden. Die Prävalenzen regelmäßiger Einnahmen liegen bei allen weiteren Substanzen unter 1 %. Die bereits für die 12-Monats-Prävalenzen nachgewiesenen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Arzneimittelkonsum gelten auch für die regelmäßige Medikamenteneinnahme: Ein mindestens einmaliger Konsum pro Woche wurde von 19,1 % der Frauen, aber nur von 14,5 % der Männer angegeben (OR 1,41, KI 1,23–1,61). Bei der täglichen Medikamenteneinnahme sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede weniger deutlich ausgeprägt; hier liegt der Frauenanteil mit 6,7 % nur noch geringfügig über dem der Männer (6,4 %) (OR 1,07, KI 0,87–1,31).

Abweichungen zwischen der 12-Monats-Prävalenz und dem regelmäßigen Arzneimittelgebrauch ergeben sich dagegen für die Verteilung der Altersgruppen. Während sich bei den 12-Monats-Prävalenzen des Arzneimittelgebrauchs bis zur Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen eine Zunahme, in den darüber liegenden Altersgruppen wieder eine Abnahme zeigt (vgl. Tabelle 1), ist beim regelmäßigen Gebrauch von Arzneimitteln mit zunehmendem Alter ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenzen zu beobachten. Die Zunahme betrifft neben Analgetika vor

Tabelle 1: Prävalenz der mindestens einmaligen Medikamenteneinnahme (letzte 12 Monate)

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | | |
|---------------------------|------------|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 | 60–64 |
| Schmerzmittel | 60,8 | 53,4 | 68,3 | 62,9 | 63,6 | 67,0 | 69,4 | 59,9 | 53,3 | 49,3 |
| Schlafmittel | 5,2 | 4,5 | 6,0 | 3,3 | 3,9 | 3,5 | 3,6 | 4,8 | 7,6 | 9,1 |
| Beruhigungsmittel | 5,1 | 4,5 | 5,7 | 3,7 | 3,5 | 3,4 | 4,0 | 4,9 | 7,0 | 7,4 |
| Anregungsmittel | 0,5 | 0,7 | 0,4 | 0,8 | 1,2 | 0,8 | 0,4 | 0,3 | 0,6 | 0,4 |
| Appetitzügler | 0,7 | 0,5 | 0,8 | 0,6 | 1,5 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,8 | 0,7 |
| Antidepressiva | 4,3 | 3,1 | 5,6 | 1,6 | 2,8 | 2,3 | 3,5 | 4,5 | 6,3 | 6,1 |
| Neuroleptika | 1,1 | 1,4 | 0,8 | 0,5 | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 1,1 | 1,4 | 1,1 |
| Mindestens ein Medikament | 64,1 | 57,1 | 71,3 | 64,7 | 65,5 | 69,4 | 72,3 | 63,2 | 57,5 | 54,8 |

allem Hypnotika, Tranquilizer und Antidepressiva. Für Neuroleptika ist der Anstieg ab dem 21. Lebensjahr deutlich schwächer ausgeprägt (von 0,8 % auf 1,0 %). Appetitzügler und Anregungsmittel wurden am häufigsten von den 21- bis 24-Jährigen konsumiert. Aufgrund der geringen Gesamtprävalenzen der letztgenannten Gruppen wirkt sich dies jedoch nicht auf die lineare Altersverteilung der Gesamtprobe aus.

Problematische Einnahme von Medikamenten

Einen problematischen Gebrauch von Arzneimitteln (ein Wert von vier oder mehr positiven Antworten im Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch) weisen 4,7 % der Befragten

auf (Tabelle 4). Beschränkt man sich auf die Gruppe derjenigen Befragten, die während der letzten 12 Monate Arzneimittel konsumiert haben, liegt der entsprechende Anteil bei 7,0 %. Die Kriterien eines problematischen Medikamentengebrauchs werden häufiger von Frauen als von Männern erfüllt (5,6 % vs. 4,0 %; OR 1,07, KI 0,87–1,31). Dies gilt auch unabhängig von der 12-Monats-Prävalenz (7,5 % vs. 6,3 %; OR 0,71, KI 0,43–1,15). Neben dem Geschlecht spielt auch das Alter der Befragten eine Rolle: Während der Anteil eines problematischen Arzneimittelgebrauchs bei den unter 40-Jährigen unter 4 % bzw. 6 % lag, erfüllten bei den 60- bis 64-Jährigen 8,5 % der Befragten bzw. 13,4 % die entsprechenden Kriterien.

Medikamentenorientierte Einstellung

Tabelle 5 zeigt die Angaben der Befragten mit positiver 12-Monats-Prävalenz zu arzneimittelorientierten Verhaltens- und Einstellungsmustern. Demnach versucht der überwiegende Teil der Befragten (83,4 %) grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen. Ohne Arzneimittel fühlt sich immerhin jeder elfte Konsument nur »als halber Mensch« (Frauen: 8,7 % vs. Männer: 8,7 %; OR 1,27, KI 1,02–1,58) und jeder Zehnte würde sich ohne Medikamente in seiner Alltagsbewältigung beeinträchtigt fühlen (Frauen: 12,4 % vs. Männer: 10,1 %; OR 1,26, KI 0,97–1,63). 7,7 % der Konsumenten können in machen Situationen nicht auf Beruhigungs- und Schlafmittel verzichten (Frauen: 8,4 % vs. Männer: 6,9 %; OR

Tabelle 2: Prävalenz der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (letzte 30 Tage)

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | | |
|---------------------------|------------|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 | 60–64 |
| Schmerzmittel | 12,6 | 10,8 | 14,4 | 9,4 | 8,7 | 10,0 | 9,8 | 12,7 | 16,5 | 17,6 |
| Schlafmittel | 2,0 | 1,6 | 2,3 | 0,9 | 0,6 | 1,0 | 1,2 | 1,6 | 3,5 | 4,2 |
| Beruhigungsmittel | 2,0 | 1,8 | 2,2 | 0,7 | 1,1 | 0,7 | 1,3 | 2,1 | 2,8 | 4,5 |
| Anregungsmittel | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,7 | 0,6 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,3 |
| Appetitzügler | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,2 |
| Antidepressiva | 3,2 | 2,4 | 4,0 | 0,7 | 1,8 | 1,7 | 2,2 | 3,5 | 4,7 | 4,9 |
| Neuroleptika | 0,8 | 1,1 | 0,6 | 0,2 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 1,0 |
| Mindestens ein Medikament | 16,8 | 14,5 | 19,1 | 10,6 | 12,1 | 12,5 | 14,0 | 16,6 | 21,3 | 24,5 |

Tabelle 3: Prävalenz der täglichen Medikamenteneinnahme (letzte 30 Tage)

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | | |
|---------------------------|------------|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 | 60–64 |
| Schmerzmittel | 2,8 | 2,7 | 2,9 | 1,0 | 0,5 | 0,8 | 0,9 | 2,5 | 5,3 | 6,9 |
| Schlafmittel | 0,9 | 0,8 | 1,0 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 0,7 | 1,6 | 2,4 |
| Beruhigungsmittel | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,9 | 0,6 | 1,6 | 2,3 |
| Anregungsmittel | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,2 |
| Appetitzügler | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| Antidepressiva | 2,8 | 2,2 | 3,4 | 0,7 | 1,6 | 1,3 | 2,0 | 3,1 | 4,2 | 3,9 |
| Neuroleptika | 0,8 | 1,0 | 0,6 | 0,2 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 0,9 |
| Mindestens ein Medikament | 6,6 | 6,4 | 6,7 | 2,0 | 3,5 | 2,8 | 4,8 | 6,0 | 10,1 | 13,2 |

Tabelle 4: Prävalenz problematischer Medikamenteneinnahmen (letzte 12 Monate)

| | Geschlecht | | | Altersgruppen | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------|--------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 | 60–64 |
| Gesamtstichprobe | 7473 | 3334 | 4139 | 904 | 914 | 870 | 1249 | 1367 | 1361 | 808 |
| KFM (≥ 4) | 4,7 (365) | 4,0 | 5,6 | 3,7 | 3,5 | 2,6 | 3,9 | 4,7 | 5,9 | 8,4 |
| Konsumenten ^a | 5014 | 1928 | 3086 | 602 | 630 | 616 | 935 | 912 | 845 | 474 |
| KFM (≥ 4) | 7,0 (340) | 6,3 | 7,5 | 5,3 | 5,4 | 3,8 | 5,4 | 7,0 | 9,5 | 13,4 |

^a bezogen auf 12-Monats-Prävalenz Medikamenteneinnahme

Tabelle 5: Anteile positiver Antworten auf die Items zur Lebensbewältigung und zum »Instant Relief« (letzte 12 Monate)

| | Geschlecht | | | | Altersgruppen | | | | | | |
|--|------------|--------|--------|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | 18–20 | 21–24 | 25–29 | 30–39 | 40–49 | 50–59 | | |
| Lebensbewältigung^a | | | | | | | | | | | |
| Versuche grundsätzlich ohne Medikamente auszukommen | 83,4 | (4141) | 81,8 | 84,6 | 89,8 | 90,0 | 88,7 | 86,4 | 82,3 | 79,6 | 68,2 |
| Ohne Medikamente ein halber Mensch | 8,7 | (410) | 8,7 | 8,7 | 1,9 | 3,5 | 4,3 | 5,4 | 7,9 | 14,8 | 23,5 |
| Weiß nicht, wie Tag ohne Medikamente durchstehen | 11,4 | (539) | 10,1 | 12,4 | 5,5 | 7,2 | 6,3 | 8,8 | 11,4 | 16,9 | 20,8 |
| In manchen Situationen nicht auf Beruhigungs- und Schlafmittel verzichten können | 7,7 | (374) | 6,9 | 8,4 | 4,2 | 4,7 | 4,1 | 5,5 | 7,8 | 10,6 | 17,7 |
| Instant Relief^b | | | | | | | | | | | |
| Versuche bei Schmerzen möglichst lange ohne Medikamente auszukommen | 78,4 | (3708) | 77,5 | 79,1 | 81,3 | 78,8 | 79,9 | 78,3 | 78,8 | 76,8 | 76,9 |
| Nehme bei Kopfschmerzen sofort Schmerzmittel | 26,4 | (1215) | 24,1 | 28,1 | 21,9 | 24,4 | 24,1 | 27,2 | 29,0 | 25,7 | 22,9 |
| Nehme eher zuviel Schmerzmittel | 6,8 | (327) | 6,7 | 6,8 | 6,6 | 8,0 | 8,8 | 6,2 | 6,6 | 6,4 | 5,9 |
| Unverständlich, dass jemand bei Kopfschmerzen keine Medikamente nimmt | 22,1 | (990) | 21,4 | 22,7 | 14,8 | 14,8 | 18,8 | 20,1 | 22,8 | 27,5 | 30,8 |
| Nehme ein Medikament schon, bevor Schmerzen einsetzen | 8,7 | (407) | 8,3 | 9,1 | 6,0 | 9,0 | 9,2 | 8,2 | 8,9 | 9,0 | 9,9 |
| Nehme Schmerzmittel wegen anregender Wirkung | 4,1 | (181) | 4,5 | 3,7 | 1,8 | 1,4 | 1,7 | 3,3 | 3,9 | 5,4 | 12,2 |

^a bezogen auf 12-Monats-Prävalenz Medikamenteneinnahme

^b bezogen auf 12-Monats-Prävalenz Schmerzmitteleinnahme

1,21, KI 1,01–1,44). Für ältere Personen spielen Medikamente im Rahmen der Alltags- und Lebensbewältigung eine größere Bedeutung als für Jüngere.

Mehr als drei Viertel (78,4%) der befragten Personen, die während der letzten 12 Monate mindestens einen Wirkstoff aus der Analgetika-Gruppe eingenommen haben, versuchten beim Auftreten von Schmerzen möglichst lange auf die Einnahme von Medikamenten zu verzichten. Umgekehrt gab etwa ein Viertel (26,4%) an, bei Kopfschmerzen sofort ein Schmerzmittel einzunehmen. 6,8% der Analgetika-Konsumenten nahmen nach eigener Einschätzung zu oft Schmerzmittel ein. Knapp über ein Fünftel der Konsumenten (22,1%) kann nicht nachvollziehen, wenn im Fall von Kopfschmerzen auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet wird. Knapp jeder zwölfte Analgetika-Konsument gab an, Medikamente bereits vor Einsetzen der Schmerzen einzunehmen (8,7%). Die Einnahme von Schmerzmitteln

wegen ihrer anregenden Wirkung berichteten 4,1%, eine zu häufige Einnahme von Schmerzmittel gaben 6,8% der Befragten an. Wie ein geschlechtsspezifischer Vergleich verschiedener Items zum *Instant Relief* zeigt, haben sich Frauen im Vergleich zu Männern tendenziell schneller für eine medikamentöse Therapie von Kopfschmerzen entschieden. Männer tendierten dagegen etwas häufiger als Frauen zur Einnahme von Analgetika wegen der anregenden Wirkkomponente (Männer: 4,5% vs. Frauen: 3,7%, OR 1,20, KI 0,87–1,66).

Trends

Seit Durchführung des letzten Surveys im Jahr 2003 zeigt sich ein signifikanter Rückgang im Gebrauch von Appetitzüglern (Tabelle 6). Damit setzt sich der seit 1997 zu beobachtende Rückgang dieser Substanzgruppe weiter fort. Wie die geschlechtsspezifische Analyse zeigt, ist dieser Trend vor allem auf die Veränderung der Gebrauchsgewohnheiten weiblicher Kon-

sumenten zurückzuführen. Nach einem kurzfristigen Rückgang ist die 30-Tage-Prävalenz von Analgetika wieder auf ihrem ursprünglichen Niveau. Der Gebrauch von Tranquilizern hat sich seit der ersten Erhebung im Jahr 1995 in etwa halbiert; seitdem stagniert die Prävalenz mit einem Wert von 2,0% (2003) bzw. 1,8% (2006) auf einem vergleichsweise geringen Niveau. Für den Konsum von Hypnotika zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Antidepressiva wurden im Vergleich zur ersten Erfassung der Substanzgruppe im Jahr 2000 häufiger konsumiert. Der Gebrauch von Neuroleptika erweist sich mit einer Prävalenz von 0,8% als konstant.

Der bereits im Survey 2003 nachgewiesene Anstieg des problematischen Gebrauchs von Arzneimitteln in der Gesamtgruppe der Befragten, bleibt auch im Jahr 2006 weiter bestehen (Tabelle 7). Wie die Ergebnisse zur Altersverteilung zeigen, ist der Anstieg seit 2000 überwiegend auf Veränderungen des Arzneimittelkonsums bei den

Tabelle 6: Trends der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (letzte 30 Tage)

| | Erhebungsjahr | | | | |
|-------------------|---------------|------|-------|------|------|
| | 1995 | 1997 | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | | | | | |
| Schmerzmittel | 11,9 | 11,1 | 10,7* | 13,1 | 12,1 |
| Schlafmittel | 3,0* | 2,6* | 1,8 | 1,9 | 1,8 |
| Beruhigungsmittel | 4,1* | 3,2* | 2,6* | 2,0 | 1,8 |
| Anregungsmittel | 0,9* | 0,9* | 0,3 | 0,4 | 0,2 |
| Appetitzügler | 0,8* | 0,8* | 0,7* | 0,5* | 0,2 |
| Antidepressiva | 0,0 | 0,0 | 2,3* | 2,4 | 3,0 |
| Neuroleptika | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| Männer | | | | | |
| Schmerzmittel | 9,6 | 8,7 | 9,0 | 10,6 | 10,2 |
| Schlafmittel | 2,7* | 2,0 | 1,8 | 1,4 | 1,4 |
| Beruhigungsmittel | 3,2* | 2,0* | 2,1* | 1,7 | 1,5 |
| Anregungsmittel | 1,0* | 1,0* | 0,4 | 0,5 | 0,3 |
| Appetitzügler | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| Antidepressiva | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 1,5* | 2,3 |
| Neuroleptika | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,8 | 1,1 |
| Frauen | | | | | |
| Schmerzmittel | 14,3 | 13,6 | 12,5* | 15,6 | 14,1 |
| Schlafmittel | 3,4 | 3,3 | 1,7* | 2,3 | 2,1 |
| Beruhigungsmittel | 5,1* | 4,4* | 3,1* | 2,4 | 2,1 |
| Anregungsmittel | 0,9 | 0,8 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| Appetitzügler | 1,2* | 1,2* | 1,1* | 0,7* | 0,3 |
| Antidepressiva | 0,0 | 0,0 | 2,7* | 3,4 | 3,8 |
| Neuroleptika | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,9 | 0,6 |

* $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurde Fisher's exakter Test verwendet

unter 25-Jährigen zurückzuführen. Bei Frauen dieser Altersgruppe ist eine Zu-

nahme problematischer Konsummuster stärker ausgeprägt als bei Männern.

Tabelle 7: Trends der problematischen Medikamenteneinnahme (letzte 12 Monate)

| Alter | Erhebungsjahr | | |
|---------------|-------------------------|-------------|-------------|
| | 2000 | 2003 | 2006 |
| Gesamt | 7969^a | 7641 | 6665 |
| 18–59 | 3,3 * | 4,3 | 4,4 |
| 18–24 | 2,1 * | 2,8 | 3,6 |
| 25–39 | 2,8 | 3,1 | 3,5 |
| 40–59 | 4,1 * | 5,7 | 5,2 |
| Männer | 3601 | 3423 | 2942 |
| 18–59 | 2,6 * | 3,2 | 3,5 |
| 18–24 | 1,2 | 1,2 | 1,7 |
| 25–39 | 2,3 | 2,2 | 3,0 |
| 40–59 | 3,3 * | 4,5 | 4,2 |
| Frauen | 4368 | 4218 | 3723 |
| 18–59 | 4,1 * | 5,5 | 5,4 |
| 18–24 | 3,1 * | 4,5 | 5,6 |
| 25–39 | 3,4 | 4,0 | 3,9 |
| 40–59 | 5,0 | 7,0 | 6,3 |

^a ungewichtete n der 18- bis 59-Jährigen

* $p < .05$ für Vergleich mit dem Jahr 2006; logistische Regression zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2006), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen ($n \leq 5$) wurden exakte Tests verwendet

Diskussion Gebrauchsprävalenzen nach Alter und Geschlecht

Knapp zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland haben im Laufe der letzten zwölf Monate mindestens einmal von Analgetika, Psychopharmaka, Appetitzüglern oder Anregungsmitteln Gebrauch gemacht. Jeder sechste Befragte gab an, diese Medikamente mindestens einmal pro Woche einzunehmen, jeder Fünfzehnte berichtete von einer täglichen Einnahme. Frauen griffen häufiger zu Arzneimitteln als Männer und tendierten darüber hinaus stärker zu problematischen Einstellungs- und Konsummustern.

Als Ursachen der bereits in früheren Studien aufgezeigten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Umgang mit Medikamenten (Fichter, 1990; Graham & Vidal-Zeballos, 1998; Maffli & Bahner, 1999; Ohayon, Caulet, Priest

& Guilleminault, 1998; Weyerer & Dilling, 1991) werden neben differierenden Merkmalen des sozialen Rollenbildes, der psychosozialen Beanspruchung und der Konfliktbewältigung (Vogt, 1996; Füller, 1994) auch Unterschiede im Gesundheits- und Vorsorgeverhalten diskutiert (Kolip & Koppelin, 2002; Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurth, 2005). Die geschlechtsspezifischen Verteilungen gelten jedoch nicht substanzübergreifend; Neuroleptika und Anregungsmittel werden häufiger von Männern als von Frauen eingenommen. Die höheren Gebrauchsprävalenzen für Neuroleptika, die vor allem männliche Befragte der jüngeren Altersgruppen betreffen, sind vermutlich mit dem niedrigeren Alter der Erstmanifestation schizoaffektiver Erkrankung assoziiert (Beratis, Gabriel & Holidas, 1994). Als Ursachen für die Unterschiede im Gebrauch von Anregungsmitteln sind vermutlich Bedingungsfaktoren zu diskutieren, die auch für geschlechtsspezifische Unterschiede im Gebrauch illegaler Drogen eine Rolle spielen (Brady & Randall, 1999).

Auch die nachgewiesene Altersverteilung des Arzneimittelgebrauchs ist seit langem bekannt. Eine Zunahme im regelmäßigen Gebrauch von Medikamenten ist den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys zufolge bereits bei den 50- bis 60-Jährigen zu erkennen. Die Steigerung setzt sich in der darüber liegenden Altersgruppe weiter fort. Neben einer altersassoziierten Steigerung des Risikos bestimmter somatischer und psychiatrischer Erkrankungen (wie z. B. Herz-Kreislauferkrankungen, orthopädische Erkrankungen, organische verursachte Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen), dürften in diesem Zusammenhang auch Veränderungen der Kosten-Nutzen-Bewertungen im Rahmen von Therapieentscheidungen zugunsten pharmakologischer Behandlungsstrategien von Bedeutung sein.

Gebrauch nach Arzneimittelgruppen

Von allen Arzneimittelgruppen werden Schmerzmittel mit einer Prävalenz

von knapp über 60 % am häufigsten verwendet. Knapp jeder siebte Befragte hat während der letzten zwölf Monate mindestens einmal ein Schlafmittel, ein Beruhigungsmittel oder ein Antidepressivum eingenommen. Allen weiteren Arzneimittelgruppen kommt mit Prävalenzen unter 1 % eine weit aus geringere Bedeutung zu. Der vom Robert Koch-Institut erstellte Arzneimittelsurvey (Knopf & Melchert, 2003) gelangt insgesamt zu ähnlichen Prävalenzschätzungen, die Gebrauchszahlen für Analgetika werden jedoch etwas niedriger eingeschätzt als im Epidemiologischen Suchtsurvey, die für Hypnotika und Tranquilizer dagegen geringfügig höher. Aufgrund der Altersverteilung innerhalb dieser Substanzgruppen sind die Abweichungen beider Surveys vermutlich vor dem Hintergrund der unterschiedlich gewählten Altersgrenzen (Epidemiologischer Suchtsurvey: 64 Jahre; Arzneimittelsurvey: 79 Jahre) zu interpretieren.

Verbreitung problematischer Konsummuster

Ein Vergleich mit den 30-Tage-Prävalenzen macht deutlich, dass die überwiegende Zahl der Arzneimittelanwendungen auf einen gelegentlichen Gebrauch in Bedarfssituationen beschränkt ist. Selbst hohe Gebrauchsfrequenzen erlauben keine Schlussfolgerungen zu qualitativen Merkmalen des Arzneimittelkonsums; diese sind häufig medizinisch indiziert und stellen mitunter sogar eine Vorbedingung einer erfolgreichen Pharmakotherapie dar. Hinweise über problematische Konsumformen lassen sich dagegen aus den Einstellungs- und Gebrauchsmustern im Umgang mit Arzneimitteln ableiten. Obwohl die Mehrheit der Befragten grundsätzlich versuchte, die Einnahme von Medikamenten auf Bedarfssituationen zu beschränken, sind Arzneimittel bei jedem zehnten Befragten zum festen Bestandteil der Alltags- und Lebensbewältigung geworden. Mitunter werden Schmerzmittel aufgrund ihrer anregenden Wirkkomponente außerhalb des eigentlichen

Indikationsbereichs eingenommen. Besonders problematisch erscheint eine prophylaktische Einnahme von Analgetika, d. h. Medikamente mit schmerzstillender Wirkung werden bereits vor Einsetzen der Schmerzen eingenommen. Der KFM liefert Hinweise, wonach knapp 5 % aller Befragten problematische Konsum- und Einstellungsmuster im Umgang mit Medikamenten zeigen. Die Kriterien des KFM fokussieren dabei vor allem die subjektive und funktionale Bedeutung des Arzneimittelkonsums für den Befragten in Hinblick auf seine Lebensqualität, seine Alltagsbewältigung und seine Leistungsfähigkeit sowie die Ausprägung der damit assoziierten Einstellungen und Verhaltensweisen. Entsprechende Einstellungs- und Verhaltensmuster im Arzneimittelgebrauch können den Übergang zu schädlichen und abhängigen Konsummustern fördern (Fahrnbacher-Lutz, 2004). Daher ist deren Abschätzung vor Eintreten eines schädlichen Gebrauchs und der Manifestation von Abhängigkeitskriterien besonders relevant.

Trendentwicklungen

Trotz der Verbreitung problematischer Gebrauchsmuster von Arzneimitteln lassen die Trendanalysen ein gesteigertes Problembewusstsein im Umgang mit Medikamenten erkennen. Zwischen 1995 und 2000 war eine kontinuierliche Abnahme im Konsum von Hypnotika, Tranquilizern, Anregungsmitteln und Appetitzüglern zu beobachten, seitdem stagnieren die Gebrauchsprävalenzen auf reduziertem Niveau. Für den Konsum von Appetitzüglern hat sich die Abnahme seit 2003 in signifikanter Weise fortgesetzt. Ein Vergleich mit den Zahlen des Arzneiverordnungs-Reports (Schwabe & Paffrath, 2007) lässt eine überwiegend parallele Entwicklung zwischen dem Gebrauch und der Verordnung dieser Arzneimittelgruppen erkennen. So hat sich die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gehende Verordnung benzodiazepinhaltiger Hypnotika und Tranquilizer seit 1995 auf knapp ein Drittel reduziert (Lohse & Müller-

Oberlinghausen, 2007). Zwar wurden Benzodiazepine neben den so genannten Z-Drugs wie Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon in den letzten Jahren häufiger durch Privatrezepte verordnet (Hoffmann, Glaeske & Scharffetter, 2006), sodass vermutlich nur von einer Halbierung der Verordnungszahlen auszugehen ist. Dennoch sind die Daten des Arzneiverordnungs-Reports als Hinweis auf eine Sensibilisierung der behandelnden Ärzte und der Patienten zu interpretieren. Darüber hinaus ist die Mehrzahl appetitzügelnder Präparate nach einer anfänglichen Euphorie über die neuen »Diät- bzw. Schlankheitsspillen« mittlerweile nicht mehr im Handel. Nur die im Epidemiologischen Suchtsurvey nachgewiesene Reduktion im Gebrauch von Anregungsmitteln wird auf Ebene der Verordnungen nicht bestätigt. Die Abweichungen gehen überwiegend auf die Verordnung des Wirkstoffs *Methylphenidat* zurück, der nahezu ausschließlich zur Therapie hyperkinetischer Verhaltensstörungen bei Kindern eingesetzt wird (Lohse, Lorenzen & Müller-Oberlinghausen, 2007) und demzufolge durch die Alterstruktur des Epidemiologischen Suchtsurveys nicht erfasst wurde. Entgegen der abnehmenden Gebrauchszahlen für Hypnotika, Tranquilizer, Anregungsmittel und Appetitzügler zeichnet sich für Antidepressiva eine umgekehrte Trendentwicklung ab. Seit der erstmaligen Erfassung dieser Arzneimittelgruppe im Jahr 2000 ergibt sich im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys eine Gebrauchssteigerung um knapp ein Viertel. Die Ursachen der nachgewiesenen Zunahme, die sich auch in den Verordnungszahlen widerspiegelt (Lohse et al., 2007), dürften vielfältiger Natur sein. Beispielhaft zu nennen sind gesellschaftliche Faktoren, die sowohl das Erkrankungsrisiko als auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe beeinflussen; die Verbesserung der diagnostischen Vorgehensweisen und Instrumente sowie die Erweiterung der Indikationsbereiche für Antidepressiva (z. B. Zwangsstörungen, Essstörungen, Angststörungen).

In diesem Zusammenhang ist auch eine zunehmende Etablierung von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) im Sinne von »Lifestyle«-Medikamenten zu diskutieren. Eine Entwicklung vergleichbaren Ausmaßes wie in den USA ist in Deutschland bislang jedoch nicht zu erkennen (Lohse et al., 2007).

Methodische Überlegungen

In die Interpretation der Ergebnisse sind eine Reihe methodischer Überlegungen einzubeziehen, die sich speziell bei Befragungen zum Arzneimittelkonsum ergeben. Zum einen sind die Anwender von Arzneimitteln in der Regel weniger gut als Konsumenten illegaler Drogen über die Bezeichnungen konsumierter Substanzen informiert, was zu einer hohen Fehleranfälligkeit bei der Erfassung von Präparaten und Wirkstoffkonzentrationen führt. Dazu kommt eine Steigerung der Komplexität in Fällen eines multiplen Arzneimittelkonsums. Um den Abruf arzneimittelspezifischer Informationen zu erleichtern, wurde den Befragten im Epidemiologischen Suchtsurvey eine Auflistung der gebräuchlichsten Handelsnamen unter Verweis auf die zugehörige Arzneimittelgruppen vorgegeben. Derartige Erinnerungshilfen tragen zwar einerseits zur Erhöhung der Datenausschöpfung bei, andererseits ist vor allem bei ähnlichen Arzneimittel- oder Wirkstoffbezeichnungen mit fehlerhaften Zuordnungen zu rechnen. Eine instruierte Erfassung der Pharmazentralnummer, die eine eindeutige Identifikation des Wirkstoffs, der Darreichungsform, der Packungsgröße sowie der Wirkstoffkonzentration erlaubt, würde zur weiteren Reduktion dieser Fehlerquellen beitragen.

Die Items der verwendeten Skalen zum Arzneimittelgebrauch sind mitunter substanzspezifisch formuliert, obwohl die abgefragten Einstellungs- und Verhaltensmuster theoretisch auch den Gebrauch weiterer Arzneimittel- und Substanzgruppen betreffen können. Als Beispiele sind in diesem Zusammenhang antizipierende Arzneimittel-

anwendungen und der Gebrauch von Medikamenten zur Alltags- und Lebensbewältigung zu nennen. Um die entsprechende Informationsausschöpfung zu erhöhen, ist künftig eine substanzübergreifende Formulierung ausgewählter Items zu Einstellungs- und Verhaltensmustern in Erwägung zu ziehen.

Aufgrund der repräsentativen Auswahlverfahren erheben die Daten zum Arzneimittelgebrauch, wie der Epidemiologische Suchtsurvey insgesamt, grundsätzlich den Anspruch der Repräsentativität. Dem Problem systematischer Selektionseffekte wurde zusätzlich durch die kombinierte Anwendung schriftlicher und telefonischer Befragungsmethoden (Mixed-Mode-Design) begegnet. Einschränkungen ergeben sich jedoch in Bezug auf die Altersstruktur der Befragten. Zwar wurden die Altersgruppen durch Miteinbeziehung der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen im Vergleich zu früheren Untersuchungen erweitert. Allerdings ist in den darüber liegenden Altersgruppen mit einer starken Zunahme des Arzneimittelkonsums zu rechnen. Eine ungewichtete Hochrechnung der untersuchten Altersgruppen auf die gesamte Wohnbevölkerung würde zu einer Unterschätzung der Gebrauchszahlen führen. Dies ist bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend belegen die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys einen relativ verbreiteten und häufigen Gebrauch von Arzneimitteln mit potenziellem Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko in der deutschen Bevölkerung. Obwohl sich die überwiegende Zahl der Arzneimittelanwendungen auf einen gelegentlichen Gebrauch beschränkt, zeigt sich eine vergleichsweise starke Verbreitung problematischer Konsummuster im Umgang mit Arzneimitteln. Geschlechts- und altersspezifische Aspekte verleihen dem Problembereich eine zusätzliche gesellschaftspolitische Dimension. Obwohl die nachgewiesenen Gebrauchsmuster nicht notwendigerweise die

Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen, können diese unter bestimmten Rahmenbedingungen in einen chronischen und letztendlich abhängigen Gebrauch übergehen. Immerhin nimmt die Abhängigkeit von Arzneimitteln nach wie vor einen der vordersten Ränge in der Statistik der Suchterkrankungen ein. Neben einer weiteren Sensibilisierung auf Seiten der behandelnden Ärzte, der Patienten und des sozialen Umfelds der Betroffenen ist auch eine der hohen Prävalenz angemessene Erforschung des Problembereichs zu fordern. Eine kontinuierliche und systematische Erfassung problematischer Verhaltensmuster ermöglicht es, Risikobelastungen abzuschätzen um geeignete präventive und legislative Maßnahmen ableiten und in ihrer Effektivität zu überprüfen.

Danksagung

Die Studie wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: 119-4914-8/32). Mit der Finanzierung sind keinerlei Auflagen verbunden. Die Autoren bedanken sich für die konstruktive Kritik einer früheren Version des Artikels bei den anonymen Gutachtern.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Bates, D. W., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Servi, D., Laffel, G., Sweitzer, B. J., Shea, B. F. & Hallisey, R. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *Journal of the American Medical Association*, 274 (1), 29–34.
- Beratis, S., Gabriel, J. & Hoidas, S. (1994). Age at onset in subtypes of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 20 (2), 287–296.
- Brady, K. T. & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22, 241–252.

- Dietrich, E. S. (2002). *Grundlagen der Pharmakoepidemiologie und Pharmakoökonomie*. Eschborn: GOVI-Verlag.
- Fahrmbacher-Lutz, C. (2004). *Suchtberatung in der Apotheke*. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag.
- Fichter, M. M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Füller, I. (1994). Medikamentenkonsum bei Frauen. In J. Burmeister (Hrsg.), *Schlucken und dicken. Medikamentenmissbrauch bei Frauen und Kindern* (S. 7–12). Geesthacht: Neuland.
- Graham, K. & Vidal-Zeballos, D. (1998). Analyses of use of tranquilizers and sleeping pills across five surveys of the same population (1985–1991): the relationship with gender, age and use of other substances. *Social Science and Medicine*, 46 (3), 381–395.
- Hoffmann, F., Glaeske, G. & Scharffetter, W. (2006). Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privatrezepten in Deutschland. *SUCHT*, 52 (6), 360–366.
- Knopf, H. & Melchert, H. U. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich* (S. 491–504). Bern: Huber.
- Korn, E. L. & Graubard, B. I. (1999). *Analysis of health surveys*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Kraus, L. & Baumeister, S. E. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *SUCHT*, 54 (Sonderheft 1), S6–S15.
- Kuhs, H. (1994). Medikamentenmissbrauch: Ursachen, Folgen und Behandlung. In G. Nissen (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht, Prävention und Therapie* (S. 76–87). Bern: Huber.
- Laux, G., Dietmaier, O. & König, W. (2000). *Pharmakopsychiatrie*. München Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2007). Hypnotika und Sedativa. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2006* (S. 641–654). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lohse, M. J., Lorenzen, A. & Müller-Oerlinghausen, B. (2007). Psychopharmaka. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2006* (S. 819–868). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Maffli, E. & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Maffli, E. & Gmel, G. (1999). Die Entwicklung des Gebrauchs von Medikamenten mit Missbrauchspotential zwischen 1992 und 1997. *Abhängigkeiten*, 5, 39–66.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., Priest, R. G. & Guilleminault, C. (1998). Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 273–283.
- Rabbata, S. (2005). Medikamentenmissbrauch: Die stille Sucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (14), 207.
- Rösner, S. & Küfner, H. (2007a). Arzneimittelmissbrauch bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Ergebnisse des Monitoring-Systems ebis-med. *Suchtmedizin*, 1, 7–23.
- Rösner, S. & Küfner, H. (2007b). Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON). *SUCHT*, 53 (Sonderheft 1), S65–S77.
- Schär, M., Hornung, R., Gutscher, H. & May, U. (2007). *Selbstmedikation – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2007). *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76 (1), 72–77.
- SPSS Inc. (2007). *SPSS for Windows Version 15*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Stata Corp. (2005). *Survey data reference manual, release 9*. College Station, TX: Stata Press.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.M. (2005). Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. *Bundesgesundheitsblatt*, 48, 296–306.
- van den Bemt, P. M., Egberts, T. C., de Jong-van den Berg, L. T. & Brouwers, J. R. (2000). Drug-related problems in hospitalised patients. *Drug Safety*, 22 (4), 321–333.
- Vogt, I. (1996). Frauen und psychotrope Substanzen: Konsummuster, Abhängigkeiten und die Suchtkrankenhilfe. *Zeitschrift für Frauenforschung*, 14 (3), 117–128.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W. & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide & H. Lieb (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123–139). Bonn: Nagel.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44 (3), 303–311.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2007). *GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystem (GAmSi)*. Verfügbar unter: <http://www.wido.de/gamsi.html> [Letzter Zugriff: 04.12.2007].

Korrespondenzadresse

PD Dr. Ludwig Kraus
IFT Institut für Therapieforschung
Leiter des Fachbereichs Epidemiologische Forschung
Parzivalstr. 25
80804 München
Tel. +49-89-36 08 04-30
Fax +49-89-36 08 04-49
kraus@ift.de

Eingereicht: 16.09.2007
Angenommen: 06.12.2007