



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



Deutsche Referenzstelle für die Europäische  
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht



Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung  
Marion David-Spickermann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

## **Bericht 2006 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD**

# **DEUTSCHLAND**

**Neue Entwicklungen, Trends  
und Hintergrundinformationen zu  
Schwerpunktthemen**

**Drogensituation 2006**

**IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)**

Roland Simon (Dipl.-Psych., Leiter der DBDD)

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

Tel.: +49 (0) 89 - 36080440

Fax: +49 (0) 89 - 36080449

Email: [simon@ift.de](mailto:simon@ift.de)

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Prävention)**

Marion David-Spickermann

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

Tel.: +49 (0) 221-8992 - 290

Fax: +49 (0) 221-8992 - 300

Email: [marion.spickermann@bzga.de](mailto:marion.spickermann@bzga.de)

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)**

Gabriele Bartsch

Westring 2

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381-901521

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: [bartsch@dhs.de](mailto:bartsch@dhs.de)

Hinweis: Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form subsumiert wurden.

# Inhaltsverzeichnis

## Teil A: Neue Entwicklungen und Trends

<b>1</b>	<b>NATIONALE POLITIK UND IHR KONTEXT</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>ÜBERBLICK</b>	<b>1</b>
1.1.1	Die Struktur Deutschlands	1
1.1.2	Gesetzliche Grundlagen	2
1.1.3	Ziele und Schwerpunkte der nationalen Drogen- und Suchtpolitik	3
1.1.4	Koordination	4
<b>1.2</b>	<b>RECHTLICHE ASPEKTE</b>	<b>5</b>
1.2.1	Gesetze	5
1.2.2	Rechtspraxis	6
<b>1.3</b>	<b>INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN, STRATEGIEN UND POLITIK</b>	<b>7</b>
1.3.1	Koordination	7
1.3.2	Nationale Pläne und Strategien	7
1.3.3	Umsetzung von Politik und Strategien	8
1.3.4	Effekte von Politik und Strategien	11
<b>1.4</b>	<b>BUDGETS UND ÖFFENTLICHE AUSGABEN</b>	<b>12</b>
<b>1.5</b>	<b>SOZIALER UND KULTURELLER KONTEXT</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>ÜBERBLICK</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG</b>	<b>17</b>
2.2.1	Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen	17
2.2.2	Konsum einzelner Drogen im Vergleich	18
<b>2.3</b>	<b>DROGENKONSUM AN SCHULEN UND UNTER JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN</b>	<b>18</b>
<b>2.4</b>	<b>DROGENKONSUM IN SPEZIFISCHEN GRUPPEN</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>PRÄVENTION</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>ÜBERSICHT</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>UNIVERSELLE PRÄVENTION</b>	<b>24</b>
3.2.1	Kindergarten/-tagesstätte:	25
3.2.2	Schule	26
3.2.3	Familie	26
3.2.4	Gemeinde	27
3.2.5	Andere Settings	27
<b>3.3</b>	<b>SELEKTIVE/ INDIKATIVE PRÄVENTION</b>	<b>28</b>
3.3.1	Der organisierte Freizeitbereich	28
3.3.2	Der nicht-organisierte Freizeitbereich	29
3.3.3	Risikofamilien	29
3.3.4	Andere Risikogruppen	30
<b>3.4</b>	<b>QUALITÄTSSICHERUNG UND FORSCHUNG</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>ÜBERSICHT</b>	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>SCHÄTZUNGEN DER PRÄVALENZ UND INZIDENZ</b>	<b>37</b>
4.2.1	EBDD-Schätzverfahren	37
4.2.2	Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum	39

<b>4.3</b>	<b>BESCHREIBUNG BEHANDELTEN KLIEN- TEN</b>	<b>40</b>
4.3.1	Ambulante Betreuung	41
4.3.2	Stationäre Betreuung	46
4.3.3	Diagnosedaten aus anderen Bereichen	49
<b>5</b>	<b>DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG</b>	<b>50</b>
5.1	ÜBERSICHT	50
5.2	BEHANDLUNGSSYSTEM	53
5.3	DROGENFREIE BEHANDLUNG	55
5.4	MEDIKAMENTENGESTÜTZTE BEHANDLUNG	61
5.5	QUALITÄTSSICHERUNG	63
5.6	FORSCHUNG	65
<b>6</b>	<b>GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN</b>	<b>69</b>
6.1	ÜBERSICHT	69
6.2	DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE UND MORTALITÄT VON DROGENKONSUMENTEN	71
6.2.1	Drogentote	71
6.2.2	Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten	74
6.3	INFEKTIONSKRANKHEITEN BEI DROGENKONSUMENTEN	75
6.3.1	HIV	75
6.3.2	Virushepatitiden	76
6.3.3	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere	77
6.4	PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	78
6.5	ANDERE GESUNDHEITLICHE FOLGEN	78
<b>7</b>	<b>UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS</b>	<b>79</b>
7.1	ÜBERSICHT	79
7.2	PRÄVENTION DROGENBEZOGENER TODESFÄLLE	79
7.3	PRÄVENTION UND BEHANDLUNG VON DROGENBEDINGTEN INFEKTIONSKRANKHEITEN	80
7.4	MAßNAHMEN GEGEN PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	82
7.5	MAßNAHMEN GEGEN ANDERE GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN	82
<b>8</b>	<b>SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN</b>	<b>84</b>
8.1	ÜBERBLICK	84
8.2	SOZIALER AUSSCHLUSS	84
8.3	DROGENKRIMINALITÄT	85
8.3.1	Beschaffungskriminalität	85
8.3.2	Konsumnahe Delikte	86
8.3.3	Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten	86
8.3.4	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug	87
8.3.5	Drogenkonsum und Unfallgeschehen	88
8.4	DROGENKONSUM IM GEFÄNGNIS	88
8.5	SOZIALE KOSTEN	89

<b>9 UMGANG MIT SOZIALEN BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN</b>	<b>90</b>
<b>9.1 ÜBERSICHT</b>	<b>90</b>
<b>9.2 SOZIALE REINTEGRATION</b>	<b>90</b>
9.2.1 Allgemeine Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und ihre Folgen für Menschen mit Substanzproblemen	90
9.2.2 Wohnung	90
9.2.3 Ausbildung	91
9.2.4 Beschäftigung	91
9.2.5 Soziale Hilfen und Unterstützung	92
<b>9.3 PRÄVENTION VON DROGENKRIMINALITÄT</b>	<b>92</b>
9.3.1 Hilfen für Drogenkonsumenten im Gefängnis	92
9.3.2 Andere Interventionen zur Vermeidung von Drogenkriminalität	93
<b>10 DROGENMARKT</b>	<b>94</b>
<b>10.1 ÜBERBLICK</b>	<b>94</b>
<b>10.2 VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG</b>	<b>95</b>
10.2.1 Verfügbarkeit	95
10.2.2 Produktion, Vertriebsquellen und Versorgung	95
<b>10.3 BESCHLAGNAHMUNGEN VON BETÄUBUNGSMITTELN</b>	<b>96</b>
<b>10.4 PREIS UND REINHEIT DER DROGEN</b>	<b>97</b>
10.4.1 Preis	97
10.4.2 Reinheit	98

## **Teil B: Ausgewählte Themen**

<b>11 DROGENKONSUM UND VERWANDTE PROBLEME UNTER SEHR JUNGEN PERSONEN</b>	<b>102</b>
<b>11.1 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>102</b>
<b>11.2 KONSUM UND PROBLEMATISCHER KONSUM</b>	<b>102</b>
<b>11.3 THERAPIENACHFRAGE</b>	<b>103</b>
<b>11.4 RISIKOGRUPPEN</b>	<b>105</b>
<b>11.5 BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN DES DROGENKONSUMS</b>	<b>106</b>
<b>11.6 POLITIK UND DIE RECHTLICHE LAGE</b>	<b>106</b>
<b>11.7 PRÄVENTION UND BEHANDLUNG</b>	<b>106</b>
<b>12 KOKAIN UND CRACK: STAND UND REAKTIONEN</b>	<b>108</b>
<b>12.1 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>108</b>
<b>12.2 PRÄVALENZ, KONSUMMUSTER UND TRENDS BEIM KOKAIN- UND CRACKKONSUM</b>	<b>108</b>
<b>12.3 PROBLEME DURCH DEN KONSUM VON KOKAIN UND CRACK</b>	<b>110</b>
<b>12.4 REAKTIONEN UND INTERVENTIONEN</b>	<b>111</b>
<b>12.5 POLITIK UND STRATEGIEN IM UMGANG MIT KOKAIN UND CRACK</b>	<b>112</b>
<b>13 DROGEN UND FAHREN</b>	<b>114</b>
<b>13.1 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>114</b>
<b>13.2 POLITIK</b>	<b>114</b>
<b>13.3 PRÄVALENZ UND EPIDEMIOLOGISCHE METHODIK</b>	<b>114</b>
<b>13.4 ENTDECKUNG, MESSUNG UND STRAFVERFOLGUNG</b>	<b>116</b>
<b>13.5 PRÄVENTION</b>	<b>118</b>

## **Teil C: Bibliographie und Anhang**

<b>14 BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>119</b>
<b>14.1 LITERATUR ZUM BERICHT</b>	<b>119</b>
<b>14.2 WEBSITES</b>	<b>126</b>
<b>15 ANHANG</b>	<b>127</b>

## **TEIL D: STANDARD TABELLEN UND STANDARDFRAGEBOGEN**

<b>16 STANDARD TABELLEN (ST) UND STRUKTURIERTE FRAGEBÖGEN (SQ)</b>	<b>128</b>
--	------------

## Abkürzungen

AMG	Arzneimittelgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtM	Betäubungsmittel
BtM-ÄndV.	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMG-ÄndG	Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
BUB-Richtlinien	Richtlinien über die Bewertung von ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DBDD	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DND	Drogennotdienst
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECDP	European Cities on Drug Policy
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action (Austausch über Aktivitäten zur Reduzierung der Drogennachfrage)
ESA	Epidemiological Survey on Addiction (früher „Bundesstudie“)
EU	Europäische Union
GRV	Gesetzliche Rentenversicherungen
HAART	Highly Activating Antiretrovirale Treatment
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
IFT	Institut für Therapieforschung
IVU	Intravenös applizierende Drogenkonsumenten
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LAAM	Levoalphaacetylmethadol
NGO	Non-governmental organization (Nichtstaatliche Organisation)
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht
RKI	Robert Koch - Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt (DESTATIS)
StGB	Strafgesetzbuch
THC	Tetrahydrocannabinol
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentrales Institut der Kassenärztlichen Versorgungen

Abkürzung	Bundesland	Abkürzung	Bundesland
BW	Baden-Württemberg	NI	Niedersachsen
BY	Bayern	NW	Nordrhein-Westfalen
BE	Berlin	RP	Rheinland-Pfalz
BB	Brandenburg	SL	Saarland
HB	Bremen	SN	Sachsen
HH	Hamburg	AT	Sachsen-Anhalt
HE	Hessen	SH	Schleswig-Holstein
MV	Mecklenburg-Vorpommern	TH	Thüringen





## Einführung

Der REITOX-Bericht für Deutschland für das Berichtsjahr 2005 folgt den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten.

Jedes Kapitel des Berichts enthält zu Beginn einen Abschnitt, der die wichtigsten Informationen zum Hintergrund enthält – etwa zur Struktur der Gesundheitsversorgung eines Landes oder zu den vorhandenen Datenquellen bei der Übersicht über den Drogenkonsum in der Bevölkerung. Diese Teile werden bei Bedarf überarbeitet und beschreiben jeweils die aktuelle Situation für das Berichtsjahr.

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten über neue Daten und Ergebnisse zum Berichtsjahr. Ältere Daten werden dort zu Vergleichszwecken herangezogen, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen. Es wird im Text jeweils auf die betreffenden Standardtabellen (ST) und Strukturieren Fragebogen (SQ) der EBDD verwiesen, welche die Basisinformationen enthalten. Da diese bisher nur elektronisch verfügbar sind und nicht alle ein druckfähiges Layout besitzen, sind sie nicht im Bericht enthalten. Auf Anfrage werden sie gern elektronisch zur Verfügung gestellt. Sie werden in Kürze auch auf der Website der DBDD zur Verfügung stehen.

Weitere Informationen finden Sie für den nationalen Bericht unter [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de), für den europäischen Bericht unter [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

Roland Simon

Geschäftsführer DBDD



## **Zusammenfassung**

Der vorliegende Bericht zur Drogensituation in Deutschland wird für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellt, eine Agentur der Europäischen Union. Die Arbeit wurde von der Deutschen Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) durchgeführt, in der das IFT Institut für Therapieforschung (IFT), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zusammenarbeiten. Die DBDD wird finanziell durch das Bundesministerium für Gesundheit und die EBDD gefördert. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de) elektronisch zur Verfügung.

### **Nationale Politik und ihr Kontext**

An der Stelle isolierter „Drogen“-konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotroper Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Der aktuelle „Aktionsplan Drogen und Sucht“ stellt das politische Gesamtkonzept dar, in das die unterschiedlichen Aktivitäten eingebettet sind. Der „Drogen- und Suchtrat“, der die Ziele und Maßnahmen des Aktionsplans begleiten und überprüfen soll, hat im September 2005 ein Arbeitsprogramm verabschiedet. Schwerpunkte darin sind die Senkung der Raucherquote und der Quote der Alkoholkonsumenten bei Jugendlichen sowie die Senkung der Quote der Probierer und der regelmäßigen Konsumenten von Cannabis.

### **Drogenkonsum: Verbreitung und Prävention**

Nationale Studien aus den Jahren 2003/2004 zeigen, dass rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat. 7% haben in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert, knapp 4% in den letzten 30 Tagen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Verbreitung noch höher. Die letzte Erhebung, die in Hamburger Schulen stattfand, zeigte zwischen 2004 und 2005 keine signifikante Veränderung bei der Prävalenz des Drogenkonsums im letzten Monat. Allerdings zeigte sich ein Trend zur Angleichung der Situation zwischen den Geschlechtern.

### **Problematischer Drogenkonsum: Umfang und Behandlung**

Berechnungen des Umfangs problematischen (d.h. riskanten, schädlichen oder abhängigen) Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 78.000 bis 195.000 Personen (0,1-0,4%%). Problemkonsum nach der Definition der EBDD liegt bei unter 0,5% der Gesamtpopulation im Alter zwischen 18 und 65 Jahren vor. Zu problematischem Konsum im Weiteren Sinne finden sich folgende aktuelle Zahlen: „Regelmäßiger“ Konsum bei 12-25-Jährigen in 3%; gewohnheitsmäßiger (Mindestens 25 Mal im Lebenszeitraum), bis in den letzten Monat fortgesetzter Konsum von Cannabis bei 12%, von anderen illegalen Drogen bei 2%.

52% der Klienten, die in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, haben ein primäres Opiatproblem, 31% leiden primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das

erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 58%. Im stationären Bereich spielen Opioide unter den illegalen Drogen die größte Rolle. Auch hier steigt jedoch die Zahl der Cannabisfälle. Kam 2002 noch ein Cannabispatient auf acht Patienten mit einer Opiatdiagnose, betrug die Relation in 2004 schon 1:5.

### **Gesundheitliche Folgen des Drogenkonsums und ihre Bekämpfung**

2005 starben in Deutschland 1.326 Menschen an Drogen. Dies entspricht einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Gegenüber dem letzten Höchstwert von 2.030 im Jahr 2000 bedeutet diese Zahl einen Rückgang um etwa ein Drittel. Ursächlich für die Todesfälle sind in der Regel Opiate, die häufig in Kombination mit anderen psychotropen Suchtmitteln einschließlich Alkohol gebraucht wurden.

### **Soziale Folgen des Drogenkonsums und ihre Bekämpfung**

Im Jahr 2005 wurden rund 194.000 Delikte im Zusammenhang mit Rauschgiftkonsum erfasst. Handelsdelikte sind dabei nicht berücksichtigt. Die Zahl entspricht einem Rückgang von 3% gegenüber dem Vorjahr. Ursächlich dafür waren rückläufige Deliktzahlen für Heroin (-2,5%), Cannabis (-5,6%) und Ecstasy (-14,3%). Amphetamin- (+12,9%) und sonstige Drogendelikte (+13,2%) nahmen dagegen im gleichen Zeitraum zu, so dass insgesamt ein Rückgang von 3% festzustellen ist.

Arbeitslosigkeit, Lücken in der Ausbildung und ein niedriges Einkommen finden sich unter Drogenkonsumenten häufig. Spezielle Maßnahmen der Arbeitslosenversicherung und Angebote des zweiten Arbeitsmarkts setzen an diesem Problem an, das für einen dauerhaften Therapieerfolg von sehr großer Bedeutung ist. Unter den aktuellen Arbeitsmarktbedingungen sind jedoch die Chancen in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren sehr begrenzt.

### **Drogenmarkt**

Die Drogenpreise im Straßenhandel haben sich im Jahr 2005 für Kokain, Amphetamin und Cannabis insgesamt nur wenig verändert. Die Preise für Heroin und LSD waren 2005 im Mittel um mehr als 10% niedriger als im Vorjahr, was für ein großes Angebot im Vergleich zur Nachfrage spricht. Der Drogenmarkt zeigt auf Seiten der Händler für alle Drogen wenig Veränderung zwischen den Jahren 2004 und 2005. Einzige Ausnahme ist dabei Ecstasy, für das sich der Preis im Mittel um 11% reduziert hat. Der Wirkstoffgehalt der Straßendrogen lag 2005 etwas niedriger als im Vorjahr. Am auffälligsten ist dabei die Entwicklung für Marihuana, das 2005 zum ersten Mal seit acht Jahren wieder einen sinkenden THC-Gehalt zeigte.

### **Sonderthema: Drogenkonsum bei sehr jungen Personen**

Drogenkonsum bei Personen unter 15 Jahren ist in Deutschland selten, wie Schulumfragen ebenso wie Statistiken aus ambulanten Beratungsstellen zeigen. Die Prävalenz des Drogenkonsums im Lebenszeitraum lag 2004 für 12-14-Jährige bei 3,8% für Cannabis bzw. 1,4% für andere Drogen. Dennoch darf man nicht übersehen, dass sich die Zahl der ambulant betreuten Fälle dieser Altersgruppe in den letzten 10 Jahren verzehnfacht hat. Rund ein Drittel der Personen mit Drogenerfahrung hat dabei häufiger als 10 Mal konsumiert.

Verschiedene Projekte versuchen zurzeit, über eine Verbindung von Angeboten der Jugend- und Drogenhilfe dieser Zielgruppe besser gerecht zu werden.

### **Sonderthema: Kokain und Crack**

Etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung hat Erfahrungen mit Kokain. In jüngeren Altersgruppen ist die Erfahrung weiter verbreitet. Die Lebenszeitprävalenz von Kokain ist in Deutschland in den letzten 10 Jahren gestiegen. Wegen der oft nur kurzen Konsumdauer hat die Prävalenz des Konsums in den letzten 12 Monaten jedoch kaum zugenommen. Kokain wird in recht unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen benutzt. In der Heroinszene ist es heute die zweithäufigste Substanz. Sie wird in der Regel gemeinsam mit oder alternierend mit Heroin konsumiert. In anderen Bevölkerungsgruppen wird Kokain eher mit anderen Drogen kombiniert. Insgesamt finden sich dabei weniger problematische Folgeerscheinungen als in der Heroinszene. Der problematischste Teil der Kokainkonsumenten verwendet inzwischen auch häufiger Crack, das außerhalb der Drogenszene keinerlei Interesse findet. In Deutschland ist die Crackszene seit Jahren auf Hamburg und Frankfurt beschränkt. Dort sind allerdings Zuwächse feststellbar.

Obwohl etwa 7% der Klienten wegen eines primären Kokainproblems in die ambulanten oder stationären Einrichtungen der Drogenhilfe kommen, bestehen kaum spezialisierte Angebote für diese Personengruppe. Auffällig ist der hohe Anteil von Häftlingen in dieser Klientel. Kokainbedingte Todesfälle und negative Folgen der Substanz werden im Vergleich zu Heroin selten berichtet.

### **Sonderthema: Drogen und Autofahren**

Im Jahr 2004 haben sich in Deutschland insgesamt 336.619 Unfälle mit Personenschaden ereignet, an denen 413.942 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren. Dabei standen 0,3% der Unfallbeteiligten unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ – in den meisten Fällen wohl Cannabis - und 5,0% unter dem Einfluss von Alkohol. Die schnelle Erfassung einer Drogenintoxikation im Straßenverkehr bereitet immer noch Schwierigkeiten. Am Ende eines mehrjährigen internationalen Projekts mit deutscher Beteiligung („ROSITA“), das Speichel-Schnelltests zur Drogenerkennung getestet hat, wurde wegen unzureichender Spezifität keines der getesteten Verfahren zum praktischen Einsatz empfohlen.

Auch Fahren unter Medikamenteinfluss kann ein erhebliches Risiko darstellen, da manche Medikamente die psychomotorische Leistungsfähigkeit und das Reaktionstempo des Patienten vermindern. Außerhalb experimenteller und klinischer Untersuchungen gibt es jedoch kaum Daten hierzu.

Ein spezielles Thema ist die Führerschein-(Wieder-)Erteilung für Opiatabhängige in Substitution. Die Substitutionsbehandlung muss hierzu schon eine geraume Zeit stabil gelaufen sein, der Beikonsum anderer Drogen sollte beendet sein. Selbst unter sehr günstigen Bedingungen ist es jedoch oft schwierig für den Substituierten, den Führerschein wieder zu bekommen. Dies reduziert die Chancen des Substituierten auf dem Arbeitsmarkt weiter, weshalb das zumindest zeitweise Fahrverbot bei der Substitution teilweise missachtet wird.

## **Summary**

The present report on the drug situation in Germany has been prepared on behalf of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) which is an agency of the European Union. The report is the result of joint work between the German Reference Centre (DBDD), the Institute for Therapy Research (IFT), the Federal Centre for Health Education and the German Head Office for Dependence Matters (DHS). The German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction is funded by the Federal Ministry for Health and Social Affairs and the EMCDDA. The overall report is structured according to EMCDDA guidelines and is available for download under [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de).

### **National Policy in context**

Isolated “drug” concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction” policy which increasingly sets the focus on common aspects of the whole range of psychotropic substances. The current “Action Plan Drugs and Addiction” is the mainstay of the overall political concept in which various activities are embedded. The “Council for Drugs and Addiction” which is to accompany and evaluate the goals and measures laid down in the action plan, introduced its work program in September 2005. The program focuses on reducing smoking and alcohol consumption among teenagers as well as on bringing down experimental and regular use of cannabis.

### **Drug consumption: prevalence and prevention**

Studies carried out in the years 2003/2004 show that about a quarter of the adult population in Germany had experience with drugs (lifetime prevalence). 7% of this group used drugs in the last 12 months, little less than 4% in the last 30 days. Prevalences are higher among teenagers and young adults. The last data collection, which was conducted in schools in Hamburg, didn't show any significant change in the prevalence of drug use in the 30-day-category between 2004 and 2005. However, there are indications that gender differences seem to level off.

### **Problem drug use: extent and treatment**

Based on the figures from treatment, police contacts and records of drug-related death cases, estimates on the prevalence of problem (i.e. risky, harmful or dependent) drug use make the number of problematic users of heroin range between 78,000 and 195,000. This corresponds to a quota of 1.4 to 3.5 persons per 1000 inhabitants aged between 15 and 64 years.

52% of the clients who present to outpatient drug counselling facilities, have a primary opiate problem; 31% suffer primarily from cannabis-related problems. Of those who are in therapy for the first time, 58% have cannabis-related disorders. In inpatient facilities, opioids continue

to play a predominant role. Here also, the number of cannabis cases is on the rise. Whereas in 2002, there was one cannabis patient in eight opiate patients, the ratio in 2004 was 1:5.

### **Health aspects of drug use and measures to curb them**

1,326 people died of drugs in Germany in 2005. This is a slight decrease relative to the previous year and a substantial decrease by about a third compared to the peak of 2,030 death cases in the year 2000. The death cases are mostly related to opiates which were frequently used in combination with other psychotropic substances including alcohol.

### **Social effects of drug use and measures to curb them**

In the year 2005, about 194,000 offences in connection with drug use (excluding drug dealing) were recorded. This corresponds to a decrease of 3% relative to the previous year, which can be explained by declining figures for heroin (-2,5%), cannabis (-5,6%) and ecstasy-related offences (-14,3%) and rising figures for amphetamine (+12,9%) and other drug offences (+13,2%) during the same period of time.

Unemployment, low education and low income are commonly found problems among drug users. Special measures undertaken by unemployment insurance institutions and offers made by the second labor market are geared to tackle these problems, which play a decisive role for the outcome of the therapy, but which are hard to solve under current labor market conditions.

### **Drug Market**

There was little change in retail drug prices for cocaine, amphetamine and cannabis in 2005. Prices for heroin and LSD were on average more than 10% lower than the year before, which is an indication of a large offer relative to the demand. Wholesale drug prices didn't change much either between 2004 and 2005, the only exception being ecstasy whose price fell on average by 11%.

The level of active substances of street drugs was somewhat lower in 2005 compared to the year before. Most striking in this context was the development of marijuana whose THC-content started to fall back for the first time in eight years.

### **Selected topic: Drug use in very young people**

Drug use in persons aged under 15 is uncommon in Germany as shown by school surveys and statistical reports from outpatient counselling facilities. In 2004, prevalence of lifetime drug use in the age group 12-14 years was at 3.8% for cannabis and at 1.4% respectively for other drugs. However, it must not be overlooked that the number of those in outpatient therapy has increased tenfold for this age group over the last ten years. About a third of those with drug experience used drugs more than 10 times. Various projects are currently trying to liaise youth welfare and drug aid offers with a view to better cater to the needs of this target group.

### **Selected topic: Cocaine and crack**

About 3% of the adult population has experience with cocaine. In younger age groups prevalences are higher. The lifetime prevalence for cocaine has been on the rise over the last 10 years. However, because of the often very short duration of consumption, consumption prevalence has hardly gone up in the last 12 month-category. Cocaine is used in quite different social strata. It is the second important substance used in the heroin scene. It is generally used simultaneously or alternatingly with heroin. Other groups tend to combine cocaine with other drugs. Here, problematic side-effects are generally less common than in the heroin scene.

Those with very problematic cocaine use have meanwhile started also to use crack, which has however met with no interest outside the drug scene. So far, Germany's crack scene has been limited to the two cities of Frankfurt and Hamburg for years. However, usage has been locally increasing in a few districts.

Although about 7% of the clients presented to an out- or inpatient drug facility because of a primary cocaine problem, there were hardly any specialized therapy offers available for this group of persons. Strikingly high was the portion of detainees in this group. Cocaine-related deaths and negative sequelae were relatively seldomly reported in comparison with heroin.

### **Selected topic: Drugged driving**

In 2004, accidents on German roads with injury to persons totalled 336,619 with 413,942 operators of motor vehicles being involved. Out of these, 0.3% were under the influence of "other intoxicating substances" – in most cases probably cannabis – and 5.0% under the influence of alcohol.

Quick detection of drugged driving is still causing problems. At the end of an international project ("ROSITA") which was carried out with German participation to validate saliva quick tests to detect drug use, none of the tests was recommended for practical use because of insufficient specificity.

Driving under the influence of medical drugs can also pose considerable risks because some of them can impair psycho motility and rate of reaction of the driver. Apart from experimental and clinical tests, there are however hardly any data available on this.

A special topic is the (re-)grant of the driving licence for opiate addicts in substitution treatment. Prerequisites for a (re)grant are a stable course of substitution treatment and stopping of the by-use of other drugs. But even under the most favourable circumstances it is very difficult for opiate addicts in substitution therapy to get back their driving licence. Without a driving licence however, patients have even less chances to find a job under current labour market conditions. That is why temporary suspensions of driving licences get ignored in some cases.



## **TEIL A NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS**

### **1 Nationale Politik und ihr Kontext**

#### **1.1 Überblick**

Der Begriff „Drogenpolitik“ unterliegt in Deutschland einem allmählichen Bedeutungswandel. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts bezog er sich eindeutig nur auf illegale Drogen, die im Schwerpunkt des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik. Seit einigen Jahren stehen (1) Störungen durch legale psychotrope Substanzen und (2) gemeinsame Aspekte aller solcher Substanzen (z. B. in der Primärprävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch) stärker im Mittelpunkt des politischen Interesses. Aus diesem Grunde werden zunehmend die Begriffe „Drogen- und Suchtpolitik“ oder „Suchtpolitik“ anstelle von „Drogenpolitik“ verwendet. Wegen der Unterschiede in den politischen Zielen und Strategien von legalen und illegalen Substanzen wird in der deutschen Sprache vorzugsweise der Begriff „Drogen- und Suchtpolitik“ verwendet.

Darüber hinaus erweitert sich das Blickfeld vom ursprünglichen Hauptinteresse an der Substanzabhängigkeit auch hin zu riskantem und schädlichem Konsumverhalten und damit zu einem umfassenden Verständnis einer Gesundheitspolitik für substanzbezogene Störungen und Risiken. Die deutsche Sprache kennt dafür allerdings keinen Kurzbegriff, so dass vor allem der (unzureichende) Begriff der „Suchtpolitik“ weiterhin Verwendung findet. Für die jährlichen Berichte der DBDD hat das zur Folge, dass auch auf legale Substanzen und gemeinsame Strategien für legale und illegale Substanzen eingegangen werden muss. Eine Trennung ist an vielen Stellen aufgrund der fachlichen und politischen Entwicklung nicht mehr möglich. Wo dies möglich ist, wird dennoch entsprechend der Themenstellung des Berichts ausschließlich auf illegale Substanzen eingegangen.

##### **1.1.1 Die Struktur Deutschlands**

###### **Kompetenzen von Bund und Ländern**

Die Zuständigkeit für Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland ist zwischen Bund und Ländern aufgeteilt: Nach dem Grundgesetz hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz für das Betäubungsmittelrecht, das Strafrecht, das Strafvollzugsrecht und das Recht der sozialen Sicherung. Auf dieser Grundlage hat er einen rechtlichen Rahmen für die Drogenpolitik gesetzt und gewisse Standards vorgegeben. Die Ausführung dieser Bundesgesetze ist jedoch im Wesentlichen Aufgabe der Länder. Diese haben darüber hinaus neben dem Gesetzesvollzug auch eigene Gesetzgebungskompetenzen in Bereichen, die für die Drogen- und Suchtpolitik relevant sind, wie etwa dem Schul-, Gesundheits- und Bildungswesen. Für die konkrete Umsetzung der Drogen- und Suchtpolitik – insbesondere auch ihrer Finanzierung – liegt die überwiegende Verantwortung bei den Ländern und den Kommunen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und gemeinsamer Ziele durchaus unterschiedliche Schwerpunkte setzen können.

Bei der praktischen Umsetzung von Drogenpolitik wird insbesondere in Hinblick auf Beratungs-, Betreuungs- und allgemeine Präventionsaktivitäten in einigen Bundesländern zurzeit verstärkt die Zuständigkeit der Kommunen betont (z.B. Hessisches Sozialministerium, 2006). Dadurch soll nicht zuletzt die Integration von Jugend- und Drogenhilfe verbessert werden. Tendenziell schwieriger wird dadurch allerdings der überregionale Austausch von Informationen und die Erfassung der Gesamtsituation.

### **Die Rolle der Leistungsträger**

Die Finanzierung von Behandlung und Rehabilitation erfolgt weitgehend durch die Krankenversicherungen bzw. Rentenversicherungen. Subsidiär tritt der Sozialhilfeträger ein. Kosten im Zusammenhang mit (sekundären) Erkrankungen in Folge von Drogenkonsum und körperlicher Entgiftung werden in der Regel durch Krankenversicherungen getragen. Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation werden von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Die Träger der Sozialversicherung sind eigenständig als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts tätig. Politische Entscheidungen können deshalb oft nicht direkt auf Veränderungen der Finanzierungspraxis bestimmter Angebote einwirken.

### **Die Rolle von Nichtregierungsorganisationen**

Die Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung und insbesondere der sozialen Arbeit wird in Deutschland vom Prinzip der Subsidiarität geprägt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (d.h. die Zusammenschlüsse der niedergelassenen Ärzte) haben in Deutschland den Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Insbesondere die freie Wohlfahrtspflege organisiert einen großen Teil der sozialtherapeutischen Maßnahmen zur Betreuung von Drogenkonsumenten. Öffentliche Mittel – aus Bundes-, Landes- oder kommunalen Haushalten – werden dafür nach bestimmten Kriterien zur Verfügung gestellt. Nur in wenigen Fällen (z. B. Beratungsstellen in Trägerschaft von Gesundheitsämtern oder Psychiatrische Kliniken) ist der Staat selbst Träger von speziellen Hilfen und Angeboten für Personen mit Suchtproblemen. Auch bei der Jugendhilfe sieht das Gesetz eine Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen vor (SGB VIII und XII).

Eine Übersicht über Politik und institutionelle Rahmenbedingungen findet sich im Strukturierten Fragebogen 32.

## **1.1.2 Gesetzliche Grundlagen**

### **Betäubungsmittelgesetz**

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) enthält alle wesentlichen Vorschriften zum Umgang mit diesen Substanzen. Es berücksichtigt die drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen. Substanzen, die als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittelgesetzes gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt, die alle in den internationalen Suchtstoffübereinkommen genannten Stoffe enthalten:

- Anlage I: Nicht-verkehrsfähige und nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. MDMA, Heroin, Cannabis).

- Anlage II: verkehrsfähige, nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), Dexamphetamin).
- Anlage III: verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (z. B. Amphetamin, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, LAAM, Morphin und Opium).

Im Rahmen einer medizinischen Behandlung unterliegt die Verschreibung von Betäubungsmitteln (der Anlage III) den besonderen Regelungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und erfordert zum Beispiel die Benutzung der speziellen Rezept-Formulare für Betäubungsmittel.

### **Sozialgesetze**

Die Sozialgesetzbücher definieren die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind die Rentenversicherungsträger. Kostenträger für den körperlichen Entzug (Detoxifikation) und die substitions-gestützte Behandlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen.

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen im Rahmen des Arbeitslosengesetzes und im Rahmen der Sozialhilfe im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II) für Menschen mit Suchtproblemen noch wichtiger geworden. Die Gesetzesänderung mit dem zentralen Ziel, Menschen verstärkt in Arbeit zu vermitteln, soll auch die intensivere Bearbeitung von Vermittlungshindernissen beinhalten. Drogenabhängigkeit ist in dieser Betrachtung ein besonders problematisches Hindernis und als solches Gegenstand der Hilfe. Zuständig für die Gewährung von Hilfen nach dem SGB II sind die Agenturen für Arbeit oder Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit.

#### **1.1.3 Ziele und Schwerpunkte der nationalen Drogen- und Suchtpolitik**

Das Amt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ist seit 1998 beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt. Die Drogenbeauftragte koordiniert die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung. Basis sind die folgenden vier „Säulen“:

- Prävention des Drogenkonsums
- Beratung und Behandlung von Konsumenten
- Überlebenshilfen und Schadensreduzierung
- Repression und Reduzierung des Angebots

Dabei wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung angestrebt. Die Suchtpolitik schließt legale psychotrope Substanzen und ihre Risiken ein und berücksichtigt die europäische Entwicklung.

Sucht wird dabei als ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild im breiten Verständnis der WHO betrachtet, das mit Störungen auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene einhergeht und der Behandlung bedarf. Die vorhandenen Maßnahmen zur Suchtbekämpfung sollen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung gestellt werden. Suchtprävention hat einen herausragenden Stellenwert. Riskanter Konsum, schädlicher

Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen verhütet oder zumindest deutlich reduziert werden. Vorhandene Maßnahmen und Angebote sollen weiter ergänzt und qualitativ abgesichert werden. Der im Jahr 2003 verabschiedete nationale „Aktionsplan Drogen und Sucht“ soll als Rahmenplan für die Suchtpolitik der nächsten Jahre dienen. Details hierzu finden sich im REITOX-Bericht 2004.

Im Dezember 2005 wurde Sabine Bätzing als neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung ernannt. Als Schwerpunkte ihrer Arbeit nannte sie die Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums und Maßnahmen gegen Medikamentenabhängigkeit. Daneben hat sie sich zum Ziel gesetzt, den steigenden Konsum von Cannabis unter jungen Leuten zu problematisieren und sich für geeignete Hilfeangebote einzusetzen. Prävention und die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Drogenhilfe sollen dabei helfen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005).

#### **1.1.4 Koordination**

Bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland sowie das Prinzip der Subsidiarität, aber auch in Folge unterschiedlicher Problembelastungen und Ausgangsbedingungen, finden sich regionale Unterschiede im Umgang mit substanzbezogenen Störungen. Infolgedessen existieren Unterschiede in den Leitlinien und Richtlinien sowie in den Drogen- und Suchtprogrammen der Länder. Alle Länder haben gemeinsam ein Anforderungsprofil für ambulante regionale Suchthilfeeinrichtungen vorgelegt. Es bestehen keine einheitlichen formalen Anforderungen bzw. Kriterien bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Ansätze dazu – die Entwicklung von Leitlinien und Programmen zur Qualitätssicherung – werden jedoch auf fachlicher Ebene durch Fach- und Wissenschaftsverbände und durch die Leistungsträger verfolgt, ohne dass deren Anwendung und Berücksichtigung verpflichtend wäre (siehe 5.5). Aus den dargestellten Gründen kommt in den einzelnen Bundesländern und Kommunen eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten zur Anwendung. Zudem sind sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

Die Koordination zwischen Bund und Ländern findet in den Fachministerkonferenzen und deren Gremien statt. Der Drogen- und Suchtrat sowie die Bund-Länder-Steuerungsgruppe spielen in diesem Bereich ebenfalls eine wichtige Rolle. Ihm angegliedert ist die Arbeitsgruppe „Deutsche Suchthilfestatistik“. Sie dient der Abstimmung der statistischen Erhebungen in diesem Bereich. Daneben findet Kooperation zwischen Bund und Ländern projektbezogen statt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist auf Bundesebene verantwortlich für die Planung und Durchführung von Präventionskampagnen und das Monitoring suchtpreventiver Aktivitäten. Bei ihr liegt auch der Vorsitz der Arbeitsgruppe „Suchtprävention“, die ebenfalls dem Drogen- und Suchtrat zugeordnet ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten.

Teil dieser Behörde ist die Bundesopiumstelle, welche die Abgabe von Betäubungsmitteln mengenmäßig erfasst, sowie das nationale Substitutionsregister führt, das seit 2003 arbeitet.

## **1.2 Rechtliche Aspekte**

### **1.2.1 Gesetze**

#### **Das Betäubungsmittelgesetz**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Umgangs mit Drogen haben sich im Jahr 2005 nicht wesentlich geändert. Eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), das den Verkehr mit Betäubungsmitteln regelt, fand im Berichtszeitraum nicht statt. Die letzte Detailänderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgte durch die 19. Betäubungsmittel-Änderungsverordnung im März 2005 (siehe REITOX-Bericht 2005).

#### **Rechtliche Aspekte der Heroinverschreibung**

Nach Beendigung der Studie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger („Heroinstudie“) (Naber & Haasen, 2006) wurde im Frühling 2006 die Zulassung von Diamorphin als Medikament beim BfArM beantragt. Auf dem Hintergrund der positiven Studienergebnisse (siehe 5.6) liegt eine fachliche Befürwortung zur Zulassung durch das BfArM vor. Eine Zulassung von Diamorphin kann jedoch erst erfolgen, wenn entsprechende gesetzliche Änderungen, unter anderem im Betäubungsmittelgesetz, vorgenommen worden sind. Die notwendigen Gesetzesänderungen und die Regelung weiterer Modalitäten, die eine Behandlung mit Diamorphin auch nach Studienende ermöglichen, befinden sich derzeit noch im politischen Entscheidungsprozess.

Kurzfristig ist die Frage zu lösen, wie mit den Patienten verfahren werden soll, die aktuell noch in der Studie mit Heroin behandelt werden. Nach aktueller Planung wird die Studie, die bisher den rechtlichen Rahmen zur Verschreibung von Heroin bietet, Ende des Jahres beendet. Bemühungen sind im Gange, einen nahtlosen Anschluss für die Regelbehandlung zu schaffen (SZ 22.4.2006).

#### **Diskussion eines Präventionsgesetzes**

Im vergangenen REITOX-Bericht (Simon, David-Spickermann & Farke, 2005) wurde berichtet, dass das Bundeskabinett am 22.4.2005 ein Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention beschlossen hatte, in dem „Sucht“ als eines von neun zentralen Handlungsfeldern festgesetzt worden war. Das Gesetz wurde beraten und in 2005 nicht mehr verabschiedet. Nach dem vorzeitigen Regierungswechsel im November 2005 wurde das Präventionsgesetz im Koalitionsvertrag der neuen Regierung vom 11. November 2005 für die laufende Legislaturperiode erneut geplant. Prävention soll dabei zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden, Kooperation und Koordination sowie die Qualität der Maßnahmen verbessert werden. Die Bundesgesundheitsministerin hat im Februar 2006 mitgeteilt, dass mit einem neuen Anlauf zu einem Präventionsgesetz erst in 2007 zu rechnen ist.

## 1.2.2 Rechtspraxis

### Studie zur Rechtspraxis der Strafverfolgung

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) räumt in § 31a die Möglichkeit ein, bei so genannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen. Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Allerdings weisen diese Landesregelungen in entscheidenden Punkten - wie etwa bei der Bestimmung der „geringen Menge“ - Unterschiede auf.

Eine Studie von Schäfer & Paoli (2006) ging im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit den Unterschieden in der Anwendung in den einzelnen Bundesländern nach. Vor allem sollte geklärt werden, ob die Richtlinien der einzelnen Länder insgesamt zu einer einheitlichen Rechtspraxis geführt haben, wie dies ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1994 explizit gefordert hatte. Die Studie baut auf einer früheren Untersuchung von Aulinger (1997) auf, die eingestellte Verfahren ausgewertet hatte. Die aktuelle Studie ging deutlich darüber hinaus. Es wurde eine Zufallsstichprobe von je 450 Verfahren wegen Konsumentendelikten aus 6 Bundesländern herangezogen. Hieraus wurden Akten von insgesamt 2.011 Einzelverfahren gegen Beschuldigte von Betäubungsmittelkonsumentendelikten ausgewertet und umfangreiche Expertenbefragungen (Polizisten, Staatsanwälte, Strafrichter und Strafverteidiger) in elf ausgewählten Städten durchgeführt. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob der Verzicht auf Strafverfolgung zu einer Entlastung der Strafverfolgungsbehörden geführt hat, der Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ dadurch gefördert werden konnte und ob ein Zusammenhang zwischen Prävalenz des Drogenkonsums und Strafverfolgungspraxis in dem einzelnen Bundesland bestand.

Es fanden sich erhebliche regionale Unterschiede in der Anwendung des Drogenrechts. Der unzureichend definierte Begriff des „Gelegenheitskonsums“, der in der Rechtspraxis als ein Kriterium für fehlendes „öffentliches Interesse“ an der Strafverfolgung betrachtet wird, wurde dabei von den Autoren als eines der Kernprobleme gesehen. Die Höchstmengen, die einen Verzicht auf Strafverfolgung erlaubten, variierten bei Cannabis zwischen den Bundesländern von 6 bis 30 Gramm. Die Einstellung des Verfahrens unterhalb dieser Grenze ist in einigen Ländern obligatorisch, in anderen vom Einzelfall abhängig. Dabei ist beispielsweise wichtig, ob es sich um eine Wiederholungstat handelt. Für andere Drogen gibt es in drei Ländern keine entsprechenden Grenzwerte, in anderen beträgt der Wert beispielsweise für Heroin 1g. Die Einstellungsquote von eröffneten Verfahren schwanken entsprechend zwischen 20% und 80%. Da in der Mehrzahl der Fälle Cannabismengen unter 6 Gramm auftraten (in 40% der Fälle weniger als 1 Gramm), war die öffentlich viel diskutierte Höchstmenge für die

Unterschiede in der Rechtspraxis aber wenig relevant. Ein kritischer Faktor war die Frage, ob bis zu der Menge regelmäßig auf eine Strafverfolgung verzichtet wurde oder nur unter bestimmten Bedingungen (Ersttäter, Gelegenheits- vs. Gewohnheitskonsum). Auf ein eröffnetes Verfahren folgen in 4,9% (Schleswig-Holstein) bis 40,7% (Bayern) der Fälle eine Anklage oder es wurde ein Strafbefehl beantragt. Die Einstellungspraxis hat zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung der Strafverfolgungsbehörden geführt, was intendiert war. Die Arbeitsbelastung der Gerichte durch BtM-Delikte hat sich dennoch vergrößert. Zur Umsetzung des Konzepts „Therapie vor Strafe“ kann §31a jedoch nach Einschätzung von Schäfer & Paoli nichts Wesentliches beitragen. Dass die unterschiedliche Rechtspraxis einen erheblichen Einfluss auf den Drogengebrauch in den Bundesländern hatte, halten die Autoren für „eher unwahrscheinlich“, zumal es unklar bleibt, ob die potentiellen Konsumenten diese Unterschiede tatsächlich wahrnehmen. Eine Veränderung des BtMG ist aus den Ergebnissen der Studie bisher nicht entstanden.

### **1.3 Institutionelle Rahmenbedingungen, Strategien und Politik**

#### **1.3.1 Koordination**

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Bereich Gesundheitsversorgung, Sucht und Drogen wird durch eine Reihe von Informationsangeboten unterstützt. Die BZgA hat in Kooperation mit den Landesbeauftragten für Suchtvorbeugung unter dem Namen „Prevnet“ eine nationale Plattform geschaffen, auf der sich Experten und Institutionen der Prävention austauschen können. Das Expertennetzwerk nutzen bis dato über 565 Mitglieder aus 408 Einrichtungen. Es gibt Zugriff auf knapp 260 Materialien (Broschüren, Flyer, Bücher, Videos, Plakate, Zeitschriften und CD Roms), über 300 Projekte für unterschiedliche Settings und Studien sowie Veranstaltungshinweise. Im interaktiven Teil wurden 45 Arbeitsgruppen, 22 Foren und 11 Newsletter eingerichtet. Seit dem Start im September 2004 stieg die Anzahl der Besuche von unter 10.000 kontinuierlich auf fast 40.000 zusammenhängende Seitenabrufe im Mai 2006 an.

#### **1.3.2 Nationale Pläne und Strategien**

Der jährliche Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde von Sabine Bätzing im Mai 2006 der Öffentlichkeit vorgestellt. Als Prioritäten werden die Verbesserung des Nichtraucherschutzes durch Vereinbarungen mit der Gastronomie und das Projekt „Rauchfreie Krankenhäuser“, Kampagnen zur Verringerung des Rauchens und Rauchverbote an Schulen, Modellprogramme zur Reduzierung des Alkoholkonsums Jugendlicher und eine Studie zum Stand der Probleme durch Medikamentabhängigkeit in Deutschland genannt. Schwerpunkte aus dem Bereich illegaler Substanzen beziehen sich auf die Verbesserung der Hilfeangebote für Personen mit Cannabisproblemen und die Umsetzung der Ergebnisse der Heroinstudie in die Praxis.

Der Rahmen der aktuellen Drogen- und Suchtpolitik ist der Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003. Der Drogen- und Suchtrat (siehe 1.3.3) ist das wichtigste Begleit- und Steuerungsgremium für die Umsetzung dieses Plans. Er hat sich nach der Neuwahl der Bundesregierung am 6. März 2006 erneut konstituiert und setzt seine Arbeit aus der letzten Legislaturperiode fort (siehe 1.3.3) (Die Drogenbeauftragte der Bundes, 2006a).

### **1.3.3 Umsetzung von Politik und Strategien**

#### **Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht**

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ beschlossen. Zur Umsetzung des Aktionsplans ist ein „Drogen- und Suchtrat“ eingesetzt worden, der die Ziele und Maßnahmen begleitet und die Ergebnisse der Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung überprüft sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung unterbreitet. Dieser setzt sich aus Vertretern der verantwortlichen Ministerien des Bundes und der Länder sowie der Kostenträger, Verbände, der Forschung und Selbsthilfe zusammen

Nach seiner Neukonstituierung nach den Wahlen im Herbst 2005 bestätigte er die übergeordnete Zielsetzung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“, den Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sowie die stoffungebundenen Süchte zu reduzieren. Folgende Schwerpunkte wurden dabei festgelegt:

- Die Raucherquote bei Jugendlichen (12-17 Jahre) soll bis 2008 auf unter 17% sinken. Sie ist zwischen 2001 und 2005 bereits von 28% auf 20% zurückgegangen.
- Die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken soll von derzeit 20% auf unter 18% bis 2008 gesenkt werden.
- Die Quote von Cannabisprobierern bei 12- bis 25-Jährigen soll von über 31% im Jahr 2004 auf unter 28 % im Jahr 2008 gesenkt werden.
- Die Quote regelmäßiger Cannabiskonsumenten bei 12- bis 25-Jährigen soll auf unter 3 % im Jahr 2008 zurückgehen.

Zur Umsetzung dieser Ziele wird eine breite Palette von Angeboten sowie die Unterstützung der Länder und der Leistungsträger für notwendig erachtet. Die Ergebnisse aus der Verbundforschung des BMBF und aus der Heroinstudie sollen ebenfalls berücksichtigt werden.



## **Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes**

Im Rahmen des Kooperationsprojekts „INCANT“ (International Cannabis Need of Treatment Study) zwischen Deutschland und mehreren Nachbarländern wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Die Einrichtung „Therapieladen“ in Berlin, die seit langem auf die Betreuung von Klienten mit primären Cannabisproblemen spezialisiert ist, war daran beteiligt. Die Hauptstudie startete im Oktober 2006. Informationen über weitere noch laufende Modellprogramme finden sich bereits in früheren REITOX-Berichten.

Seit November 2004 besteht in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung, der in der zweiten Förderperiode bis November 2007 laufen wird. In vier Forschungsverbänden, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert werden, kooperieren Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen in ihrem regionalen Umfeld mit Einrichtungen der Primärversorgung und der Suchthilfe im Rahmen anwendungsorientierter Forschungsprojekte. Schwerpunkt des Arbeitsprogramms ist unter anderem die Optimierung der Zuordnung von Hilfebedarf und Behandlungsangebot (Allokation). Aus der Vielzahl der Teilprojekte werden im Folgenden nur diejenigen aufgeführt, deren Schwerpunkt im Bereich illegaler Substanzen liegt und die im Berichtsjahr noch nicht abgeschlossen waren. Eine Reihe von Ergebnissen, die in dem vorliegenden Bericht enthalten sind sowie die zugehörigen Publikationen, entstammen diesen Projekten:

- **Gezielte Frühinterventionen bei Cannabis, Ecstasy und Alkoholkonsumenten:**  
Eine Analyse von Bedarf und Versorgung mit Angeboten der Suchthilfe in der Region München Stadt und Land) fand trotz substantieller personeller und institutioneller Ressourcenausweitung eine nicht bedarfsgerechte Allokation von Interventions- und Therapieangeboten. Derzeit läuft noch eine Studie zur gezielten Frühintervention bei dieser Personengruppe, die daran ansetzen soll.
- **Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen (CANDIS):**  
Seit Januar 2006 arbeitet in Dresden die erste auf Cannabis spezialisierte Forschungsambulanz in Deutschland. Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Interventionsstudie soll eine spezielle Kurzzeittherapie für cannabisbedingte Störungen entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden. Eine voll standardisierte Version wird dabei mit einer individualisierten Behandlung und einer Wartegruppe verglichen.
- **Versorgungsqualität und Allokation in der Substitutionstherapie (COBRA):**  
Die Studie untersucht die Praxis der Substitutionsbehandlung in Deutschland, vergleicht dabei den Einsatz von Methadon und Buprenorphin, die Effekte bestimmter Praxismerkmale und beschreibt die betreute Klientel.
- **Individualisierte psychosoziale Behandlung und Auswahl der Substitutionssubstanz für Patienten in Substitution:**  
In dieser randomisierten Studie wurden an 182 opiatabhängigen Patienten verschiedene Behandlungsformen und Effekte von Dosierungen verglichen.

### **Aktivitäten der Bundesländer**

Auch die Bundesländer setzten die Schwerpunkte verstärkt bei Kindern und Jugendlichen und bei legalen Suchtmitteln. Daneben sind die stärkere Zielorientierung von Hilfeangeboten, der Vergleich von Bedarf und Betreuungsangebot und die Optimierung des Hilfesystems durch verbesserte Kooperation, Kostenkontrolle und Arbeitsteilung im Zentrum des Interesses. Die Aktivitäten der Länder werden in den jeweiligen thematischen Kapiteln dargestellt.

Viele Bundesländer haben jeweils eigene Koordinationsstellen für die Drogen- und Suchtpolitik geschaffen. So hat zum Beispiel Brandenburg nach der Verabschiedung seines Landesprogramms gegen Sucht eine „Landessuchtkonferenz“ installiert, in der Ziele und Stand regelmäßig diskutiert und verglichen werden. Operationalisierte Indikatoren dienen dazu, das Ergebnis der Maßnahmen zu überprüfen. Ein Beispiel für diesen Ansatz zum Thema Cannabis: Eine Schülerbefragung in den 10. Klassen unter knapp 10.000 Schülern zeigte, dass 5% der männlichen und 2% der weiblichen Schüler in der letzten Woche Cannabis konsumiert hatten. Mit rechtlichen, auf Zielgruppen und Settings bezogenen Maßnahmen und Fortbildung von Betreuern soll die Prävalenz bis 2008 auf 3% bzw. 1% gesenkt werden. Das Ergebnis soll durch eine Wiederholung der Schülerbefragung überprüft werden (Land Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, persönliche Mitteilung vom 27.6.2006).

Die Stadt Hamburg stellt ab 2006 pro Jahr 300.000 bis 500.000 € für den Ausbau von Beratungsangeboten für suchtgefährdete Jugendlichen und junge Erwachsene zur Verfügung. Im Rahmen einer Ausschreibung wurden Träger ambulanter Suchthilfeangebote gesucht, die entsprechende Angebote konzipieren und umsetzen wollen. Zielgruppen sind junge Drogenkonsumenten am Rand des problematischen Konsums, ihre Eltern, Lehrer und andere Fachkräfte im Umfeld. Eine enge Kooperation mit der Jugendhilfe und regelmäßige Dokumentation wird explizit gefordert. Die Weiterentwicklung der Angebote wird mit Methoden der „Wirkungsorientierten Steuerung“ (Schröder & Kettiger, 2001) begleitet (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg).

### **Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Die „Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ aus dem Jahr 1993 wurde aktualisiert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beauftragte Wissenschaftler damit, den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Suchtprävention der Fachöffentlichkeit in Deutschland zusammengefasst zugänglich zu machen. Unterschiedliche Aspekte von Wirksamkeit (Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsums von psychotropen Substanzen bei Kindern und Jugendlichen) und Maßnahmen der Verhaltens- wie auch der Verhältnisprävention wurden bei den Schlussfolgerungen berücksichtigt. Details finden sich in Kapitel 3.

Ein Dokumentationssystem soll im Rahmen des Projekts „Dot.sys“ der BZgA die Übersicht über die durchgeführten Präventionsmaßnahmen vervollständigen. Über 20.000 Datensätze

liegen vor, die derzeit ausgewertet werden. Erste Ergebnisse sind bereits in diesen Bericht eingeflossen. Daneben werden Informationen zu Präventionsmaßnahmen auch von anderen Dokumentationssystemen erfasst. Bisher liegt jedoch keine bundesweite Statistik dieser Daten vor.

### **Tagungen und Arbeitsgruppen**

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung veranstaltete im Oktober 2005 die Fachtagung „Teilhabe am Arbeitsleben – Perspektiven für suchtkranke Menschen“. Thema war die Situation der Suchthilfe in Bezug auf Hilfen zur Arbeit zehn Monate nach der Zusammenführung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe. Mehr als 100 Mitarbeiter von Suchtkrankenhilfeeinrichtungen sowie Vertreter von Hilfeeinrichtungen, Sozialversicherung und Politik diskutierten Probleme und Beispiele gelungener Zusammenarbeit zwischen Arbeitsagenturen, Sozialämtern und Suchthilfe (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006).

Mit der „Fachkonferenz Sucht 2005“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wurde unter dem Titel „Früherkennung und Frühintervention bei substanz- und verhaltensbezogenen Störungen“ im November 2005 in Berlin mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Berliner Senat eine Vielzahl von Konzepten und Projekten dem Fachpublikum vorgestellt und diskutiert.

### **Internationale Zusammenarbeit**

Deutschland kooperiert aktiv mit den internationalen Institutionen im Bereich Sucht und Drogen. Die Europäische Kommission, die Horizontale Gruppe Drogen, die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und die Pompidou-Gruppe beim Europarat sind dabei die wichtigsten Partner. Bilaterale Kooperationen zum Thema Drogen und Sucht fanden mit Polen (Twinningprojekt, Austausch zum Programm FreD) und mit Frankreich (gemeinsame Konferenz zu Cannabis) statt.

#### **1.3.4 Effekte von Politik und Strategien**

Auf einen deutlichen Anstieg des Konsums von spirituosenhaltigen Mischgetränken („Alkopops“) reagierte die Bundesregierung 2004 mit einer Sondersteuer, die diese Getränke deutlich verteuerte. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat zwischen März und April 2005 eine Repräsentativbefragung zur Entwicklung des Alkoholkonsums 12- bis 25-Jähriger durchgeführt und dabei den Konsum von Alkopops in den Mittelpunkt der Erhebung gestellt. Ziel der Untersuchung ist die Überprüfung der Auswirkungen des „Alkopopsgesetzes“. Die jetzt vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass bei Jugendlichen sowohl der Alkopopskonsum als auch der Alkoholkonsum insgesamt zurückgegangen sind (Christiansen, von Rügen & Töppich, 2005). Auch regional fand sich die gleiche Entwicklung in einer Hamburger Studie (Baumgärtner 2006). Die Anlage dieser Erhebungen als naturalistische Studie erlaubt einen Test der Kausalzusammenhänge nicht, da eine entsprechende Kontrollgruppe fehlt. Allerdings geben mehr als 60% der Jugendlichen an, sie hätten ihren Alkopopskonsum auch deshalb reduziert, weil die Getränke „zu teuer“ geworden seien.

Die Alkoholindustrie hat auf die politischen Maßnahmen unter anderem mit der Einführung von Mischgetränken auf der Basis von Bier und Wein reagiert. Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Gesamtkonsummenge müssen in den nächsten Jahren beobachtet werden.

#### **1.4 Budgets und öffentliche Ausgaben**

Hintergrund der Finanzierung sind die föderale Struktur Deutschlands (siehe Kapitel 1.1.1) und das Prinzip der Subsidiarität, was zu einem komplexen Gefüge von Verantwortlichkeiten bei Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern in Bezug auf die Finanzierung und Durchführung von Aufgaben geführt hat. Angaben zu den finanziellen Mitteln, die die Länder und Kommunen für Drogen- oder Suchtprobleme aufbringen, werden wegen eingeschränkter Vergleichbarkeit derzeit nicht bundesweit erhoben und zusammengefasst. Im Folgenden können deshalb lediglich die Budgets aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit dargestellt werden, das sich vor allem mit der nationalen Außenvertretung und der Rahmengesetzgebung beschäftigt. Damit entfallen wesentliche Ausgabebereiche in der Darstellung. Die dargestellten Mittel können deshalb in keinem Falle auch nur annähernd vollständig über die eingesetzten Gesamtmittel im Umgang mit der Drogenproblematik Auskunft geben.

Die Arbeit der ambulanten Suchtberatungsstellen wird weitgehend durch Kommunen und Bundesländer finanziert. Ihr Budget setzte sich 2005 wie folgt zusammen: Kommunen 54,2% (2004: 50,0%), Land 21,6% (2004: 24,2%), Bund 0,1% (2004: 1,6%; nur Modellprogramme), Renten- und Krankenversicherung 7,2% (2004: 8,2%), Kostenbeitrag der Klienten 1,2% (2004: 1,0%), 0,7% Arbeitsverwaltung (2004: 1,5); Eigenmittel der Einrichtungen 8,0% (2004: 2,6%) und diverse 8,4% (2004: 12,9%) (Strobl et al. 2006a).

Projektbezogen finanzieren die Länder noch andere Segmente der Suchthilfe. Ein Beispiel dient der Veranschaulichung der Finanzierungswege und –ansätze. Eine vollständige oder auch nur annähernd repräsentative Übersicht zu den Landesmitteln, die für den Drogen- und Suchtbereich eingesetzt wurden, ist aus den oben genannten Gründen derzeit nicht möglich.

Das Land Baden-Württemberg finanziert unter anderem die Beauftragten für Suchtprophylaxe sowie kommunale Suchtbeauftragte (Ministerium für Arbeit und Soziales, Baden-Württemberg, persönliche Mitteilung).

Die angespannte finanzielle Lage der öffentlichen Haushalte in einigen Ländern trug im Berichtsjahr dazu bei, dass Hilfeangebote noch kritischer in Hinblick auf ihre inhaltliche Ausrichtung, die Inanspruchnahme und die Kostenstrukturen überprüft wurden. Die Ergebnisse dieser Überprüfung haben in einigen Ländern durchaus zur Reduzierung der Angebotsstrukturen etwa in der ambulanten nichtmedizinischen Versorgung, aber auch zur Verringerung der finanziellen Unterstützung von Selbsthilfegruppen geführt (Ärztezeitung, 12.4.2006).

Laut Bundeshaushalt lagen die Aufwendungen des Bundes für „Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ im Jahr 2005 bei 14 Millionen € (2004: 13,5 Mio. €). Bei der Verteilung der Mittel standen für Aufklärungsmaßnahmen 6,7 Mio. € (2004: 6,7

Mio. €), für Zuschüsse an zentrale Einrichtungen 1,0 Mio. € und für die Förderung des nationalen Informationsknotens 0,7 Mio. € (2004: 0,7 Mio. €, 2003: 0,5 Mio. €) zur Verfügung. Modellmaßnahmen wurden mit 4,5 Mio. € (2004: 4,1 Mio.) und Forschungs- und Entwicklungsausgaben mit 1,0 Mio. € gefördert.

Die ambulante und stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ werden durch Leistungen der Rentenversicherung finanziert. Im Jahre 2004 – hierfür liegen die neuesten Statistiken vor – sind die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) für Rehabilitation und sonstige Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) mit 524,6 Mio. € geringfügig unter den Vorjahreswerten geblieben (2003: 527,0; 2002: 493,5; 2001: 478,9). Es zeigen sich rückläufige bis stabile Budgets für stationäre Leistungen (2004: 409,6; 2003: 415,2; 2002: 389,0; 2001: 379,2), Übergangsgeld (2004: 77,1; 2003: 78,8; 2002: 77,9; 2001: 75,9) und sonstige Leistungen (2004: 11,0; 2003: 10,8; 2002: 9,9; 2001: 9,3). Die Finanzierung ambulanter Leistungen hat sich im Gegensatz dazu weiter deutlich erhöht (2004: 26,9; 2003: 22,2; 2002: 16,7; 2001: 14,5), Schätzt man auf der Grundlage des Anteils von Drogen- und Mehrfachabhängigen an der Gesamtheit der Patienten in Reha-Maßnahmen (2004: 26,6%) den Anteil des Budgets für diese Personengruppe, so ergibt sich ein Betrag von etwa 140 Mio. €.

Neben diesen Leistungen, die personenbezogen für die Behandlung von Suchtkranken zur Verfügung gestellt werden, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Jahr auch die regionale Suchtselbsthilfe direkt mit 0,7 Mio. € gefördert. Daneben erhielten die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen Zuwendungen in Höhe von 1,3 Mio. €, welche für die fachliche und organisatorische Unterstützung von Nachsorge und Selbsthilfe eingesetzt wurden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a).

### **1.5 Sozialer und kultureller Kontext**

Im Berichtsjahr war die öffentliche Diskussion in Deutschland stark von den Themen Wirtschaft, Arbeitslosigkeit, Gesundheits- und Steuerpolitik sowie Renten geprägt. Sucht und insbesondere illegale Drogen wurden relativ wenig in der öffentlichen Diskussion und der Presse thematisiert. Das größte Interesse fand dabei immer noch Cannabis als eine Substanz, die inzwischen die gesamte Gesellschaft betrifft.

#### **Öffentliche Meinung zu Drogenfragen**

Es liegen keine neuen Studien hierzu vor.

#### **Einstellungen zu Drogen und Drogenkonsumenten**

Im Rahmen der Hamburger Schülerbefragung werden auch Informationen über das „Image“ verschiedener Substanzen gesammelt und nach drei Dimensionen ausgewertet, um daraus zukünftige Entwicklungen im Konsumverhalten abzuleiten. Die aktuelle Erhebung des Jahres 2005 zeigt im Vergleich zum Vorjahr für Amphetamine, Pilze, Kokain und LSD signifikant rückläufige positive Bewertungen in allen drei Dimensionen, bei Cannabis in zwei Dimensionen und bei Ecstasy und Tabak in einer Dimension. Das Image von Alkohol blieb

unverändert. Folgt man der Logik des Ansatzes, so sind damit in den kommenden Jahren eher rückläufige Prävalenzen des Konsums zu erwarten (Baumgärtner, 2006). Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zeigt im Langzeittrend ebenfalls eine sinkende Bereitschaft zum Konsum von Amphetaminen und Ecstasy (BZgA, 2004).

### **Parlamentarische Initiativen und die Bürgergesellschaft**

Parlamentarier des Bundestags waren an der Diskussion aktueller Themen aktiv beteiligt (zum Beispiel zur diamorphingestützte Behandlung, Umsetzung der Substitutionsbehandlung, Fahren unter Cannabiseinfluss, Verbreitung von Methamphetamin). Neben den Regierungsaktivitäten zur Drogenpolitik fanden keine weiteren spezifischen Initiativen statt.

Durch das Prinzip der Subsidiarität spielt die DHS als Dachorganisation der Wohlfahrtsverbände in der Suchthilfe eine wichtige Rolle in der deutschen Bürgergesellschaft. Im Rahmen des Projektes „Bridging the Gap“ arbeitet sie derzeit mit Partnern aus 30 europäischen Ländern und internationalen Partnerorganisationen an einem Netzwerk für Alkoholpolitik, um die Entwicklung einer umfassenden Strategie zur Reduzierung alkoholverursachter Schäden in Europa zu fördern. Das Projekt wird von der Europäischen Union finanziell gefördert. Größer angelegte nicht-staatliche Initiativen im Bereich der Drogenproblematik sind derzeit nicht bekannt.

### **Darstellung in den Medien**

Sucht und insbesondere illegale Drogen wurden im Vergleich zu früheren Jahren relativ wenig in der öffentlichen Diskussion und der Presse thematisiert. Die Resonanz des Drogenberichts der EBDD war dennoch stärker als in den Vorjahren.

## 2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

### 2.1 Überblick

#### Aspekte des Drogenkonsums

Drogenerfahrung bedeutet in vielen Fällen einen einmaligen oder seltenen Konsum von Substanzen. Nachdem die Droge probiert wurde, wird der Konsum in den meisten Fällen im Lauf der Zeit wieder völlig eingestellt. Der Konsum im Lebenszeitraum ist deshalb nur ein grober Indikator für das Ausmaß des Drogenkonsums in der Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt. Hier werden Personen mitgezählt, die über Erfahrungen berichten, die bereits 20 oder 30 Jahre zurückliegen können.

Der Drogenkonsum in den letzten zwölf Monaten (12-Monats-Prävalenz) vor der Befragung ist ein besserer Indikator, um Anhaltspunkte über die aktuellen Konsumentenzahlen zu gewinnen. Noch aktueller sind die Angaben zum Konsum in den letzten 30 Tagen. Der deutliche Unterschied, der sich in der Gesamtbevölkerung in Deutschland seit vielen Jahren zwischen den Prävalenzen im Lebenszeitraum, in den letzten 12 Monaten sowie in den letzten 30 Tagen findet, weist den experimentellen bzw. kurzzeitigen Konsum als das häufigste Gebrauchsmuster aus.

#### Datenquellen

Epidemiologische Quellen zum Drogenkonsum und zu den Konsumenten liegen in Deutschland vor allem durch regelmäßige nationale, repräsentative Umfragen und Prävalenzstudien vor. Diese werden durch quantitative und qualitative regionale Studien ergänzt.

Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen für den Gebrauch von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Sie findet seit 1973 alle 3-4 Jahre statt. Sie wurde zunächst als persönliches Interview und seit 2001 als telefonisches Interview (CATI) in einer Stichprobe von 3000 Probanden durchgeführt. Die letzte Erhebung fand 2004 statt (BZgA, 2004).

Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; ESA) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren alle 3-4 Jahre statt und wird mit finanzieller Unterstützung des BMGS seit 1990 durch das IFT München durchgeführt. Die Stichprobengröße beträgt seit 1995 jeweils rund 8.000 Personen. Ein Teil der Bundesländer finanziert eine regionale Aufstockung der Stichprobe, um auch für Landesauswertungen eine ausreichende statistische Grundlage sicherzustellen. Die letzte Erhebung fand 2003 statt (Kraus & Augustin, 2005).

Die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen haben sich 2003 erstmalig am „European School Survey Project on Alcohol and Drugs“ (ESPAD) beteiligt, der europäischen Schulumfrage zum Gebrauch von Alkohol und Drogen, die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiiert wurde. Die Umfrage, die von CAN, Stockholm, koordiniert wird, benutzt für die Datenerhebung europaweit gemeinsame Standards. Sie findet in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre bzw. in den entsprechenden Schulklassen statt. Bei der aktuellen Erhebung lag die Stichprobengröße bei 11.043 Schülern aus 556 Klassen an 515 Schulen (Kraus et al., 2004a). Die nächste Erhebung findet voraussichtlich in den gleichen Bundesländern im Jahr 2007 statt.

Im Rahmen der Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC) zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern waren vier Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen, Hessen) an einer Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Rahmen der WHO beteiligt. Bei der Erhebung 2001/2002 wurden auch Angaben zum Konsum illegaler Drogen erfasst. Die neusten Daten stehen für das Jahr 2002 zur Verfügung (Hurrelmann et al., 2003).

Der nationale Knotenpunkt führte mit Unterstützung des BMG ein Symposium mit Vertretern der epidemiologischen Studien zum Suchtmittelkonsum in Deutschland durch. Neben einem Austausch war die Entwicklung eines einheitlichen Kernberichts ein zentrales Thema der Tagung. Eine Synopse der Items aus den verschiedenen Erhebungen steht bereits zur Verfügung, der Kernbericht ist in Entwicklung.

Neben diesen regelmäßig durchgeführten Erhebungen werden im Auftrag einiger Bundesländer in unregelmäßigen Abständen auch Studien auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt, die sich unter anderem auf Ausmaß und Folgen des Konsums einer bestimmten Substanz, auf Gebrauchsmuster oder Merkmale einer bestimmten Konsumentengruppe konzentrieren.

In Hamburg fand im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum zweiten Mal eine Erhebung unter 14 bis 18-jährigen Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ statt. Aus insgesamt fast 3.000 erhobenen Datensätzen gingen 1.147 für diese Altersgruppe in die Auswertung ein. Neben dem Konsum von legalen und illegalen Rauschmitteln wurde nach der familiären und schulischen Situation, Zufriedenheit und Belastung sowie insbesondere nach dem Image verschiedener psychotroper Substanzen gefragt (Baumgärtner, 2006).

Es wird jeweils über die Ergebnisse der aktuellen Drogenaffinitätsstudie und der Bundesstudie sowie über relevante Teilergebnisse der anderen genannten Quellen berichtet. Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, so werden lediglich einige Basiszahlen dargestellt, Details finden sich hierzu in den früheren REITOX-Berichten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen ist allerdings zu berücksichtigen, dass mit einer nicht unerheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen gerechnet werden muss, da insbesondere Personen mit einem hohen Konsum illegaler Drogen schlechter durch solche Studien zu erreichen sind und häufig eine Tendenz zur Untertrei-



bung (Underreporting) bei der Angabe von Konsumhäufigkeit und -mengen besteht. Insbesondere für Heroinabhängige liegen deshalb Schätzverfahren vor, die andere Datenquellen verwenden (unter anderem Polizeidaten). Neben den quantitativen Daten wurden auch aktuelle qualitative Studien berücksichtigt, soweit diese vorliegen.

## 2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

### 2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen

Eine Minimalschätzung zur Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland findet sich in Tabelle 1. Sie basiert auf den letzten vorliegenden Ergebnissen aus ESA und DAS aus den Jahren 2003 und 2004. Die Daten wurden bereits detailliert im REITOX-Bericht 2004 dargestellt. Details sind in der Online Standardtabelle 1 enthalten (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland**

Quelle	Alter		Population	Absolut
<b>Lebenszeit-Prävalenz</b>				
DAS '04	12-17	15,7%	5.684.349	892.000
ESA '03	18-59	25,2%	47.140.383	11.879.000
DAS '04 + ESA '03	12-59	24,2%	52.824.732	12.772.000
<b>12-Monats-Prävalenz</b>				
DAS '04	12-17	10,4%	5.684.349	591.000
ESA '03	18-59	7,3%	47.140.383	3.441.000
DAS '04 + ESA '03	12-59	7,6%	52.824.732	4.032.000
<b>30-Tage-Prävalenz</b>				
DAS '04	12-17	2,5%	5.684.349	892.000
ESS '03	18-59	3,9%	47.197.636	1.180.000
DAS '04 + ESA '03	12-59	3,7%	52.910.625	1.983.000

Quelle: DAS 2004 (BZgA 2004); ESA 2003 (Kraus, Augustin & Orth, 2005)  
Statistisches Bundesamt 2005 (Stand 31.12.2004)

Hinweis: DAS: „gegenwärtiger Konsum“ statt 30-Tage-Prävalenz, Absolut: Zahlen gerundet

Bei einer repräsentativen telefonischen Befragung in Schleswig-Holstein (S-H) (N=3.500) in der Altersgruppe ab 14 Jahren fanden sich in der Gruppe der Erwachsenen deutliche niedrigere Prävalenzen des Konsums in den letzten 12 Monaten als in den nationalen Surveys: Cannabis SH: 4%, Bund: 7%; andere illegale Drogen SH: 0,3%, Bund: 2%. Die Verwendung von Telefoninterviews anstelle schriftlicher Erhebungen kann wohl zumindest einen Teil der Unterschiede erklären. Die Bereitschaft, den Konsum illegaler Substanzen zuzugeben ist bei diesem Verfahren durchgängig geringer als bei Verwendung von Fragebogen (Kraus, Bauernfeind & Bühringer, 1998). Die Vergleichszahlen für die Altersgruppe 12 bis 25 ergaben allerdings auch im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie der BZgA niedrigere Werte: Cannabis SH: 8%, Bund: 13%; andere illegale Drogen SH: 0,3%, Bund: 2%). Da in diesem Fall beide Male Telefoninterviews eingesetzt wurden, kann dieser Unterschied nicht durch die Methodik erklärt werden (Raschke, Buth & Kalke, 2005)

### 2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Auch zur Prävalenz einzelner Drogen liegen keine neuen Ergebnisse vor. Die wichtigsten Angaben zur Prävalenz der Erfahrung mit den einzelnen Substanzen im Lebenszeitraum ist für die beiden Altersgruppen in Tabelle 2 noch einmal zusammengestellt worden. Weitere Details finden sich in den vorhergehenden REITOX-Berichten (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Prävalenz im Lebenszeitraum für weitere illegale Drogen**

Substanz	12-17 Jahre DAS %	18-59 Jahre ESA %	Personen im Alter von 12 bis 59 mit Drogenerfahrung N
Amphetamine	0,7	3,4	1.645.000
Cannabis	15,2	24,5	12.413.000
Ecstasy	1,0	2,5	1.190.000
LSD	< 0,5	2,5	1.180.000
Kokain	< 0,5	3,1	1.463.000
Pilze	0,8	2,7	1.320.000
Schnüffelstoffe	0,9	1,5	748.000
Drogen außer Cannabis	--	7,1	3.351.000

Quelle: DAS 2004 (BZgA, 2004; ESA, 2003 (Kraus, Augustin & Orth, 2005))

Zur Abschätzung des Umfangs des Kokainkonsums in einzelnen Städten bzw. Regionen Deutschlands wurde von Sörgel und Kollegen die Konzentration von Stoffwechselprodukten des Kokain in Flüssen gemessen, für deren Einzugsbereich die Gesamtbevölkerung zahlenmäßig bekannt war. Das Verfahren wurde in Italien entwickelt und erstmalig eingesetzt (Zuccato et al., 2005). Nach Schätzung der Autoren werden in der Rheinregion in Deutschland mit rund 38,5 Millionen Einwohnern pro Jahr 11 Tonnen reines Kokain konsumiert. Der Wert weist auf eine deutliche Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen durch die Umfragen hin. Da verlässliche Zahlen über die durchschnittlichen Konsummengen pro Konsument jedoch fehlen, lässt sich das Ausmaß der Unterschätzung der Prävalenz nicht verlässlich berechnen (Spiegel online, 11.11.2005). Methamphetamine sind insgesamt in Deutschland nicht sehr verbreitet. Sie finden sich vor allem in Bayern und Sachsen im Grenzgebiet zu Tschechien (Süddeutsche Zeitung, 17.4.2006).

## 2.3 Drogenkonsum an Schulen und unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### Konsum legaler psychotroper Substanzen

Im Jahr 2005 wurde in Hamburg die Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln („Schulbus“) zum zweiten Mal durchgeführt. Der Vergleich zwischen 2004 und 2005 ergibt für die Altersgruppe 14 bis 18 Jahre einige statistisch signifikante Veränderungen (Baumgärtner, 2004, 2005). Bei den legalen Substanzen findet sich der deutlichste Rückgang der Konsumhäufigkeit für die Alkopops. Bei den männlichen Schülern ist jedoch

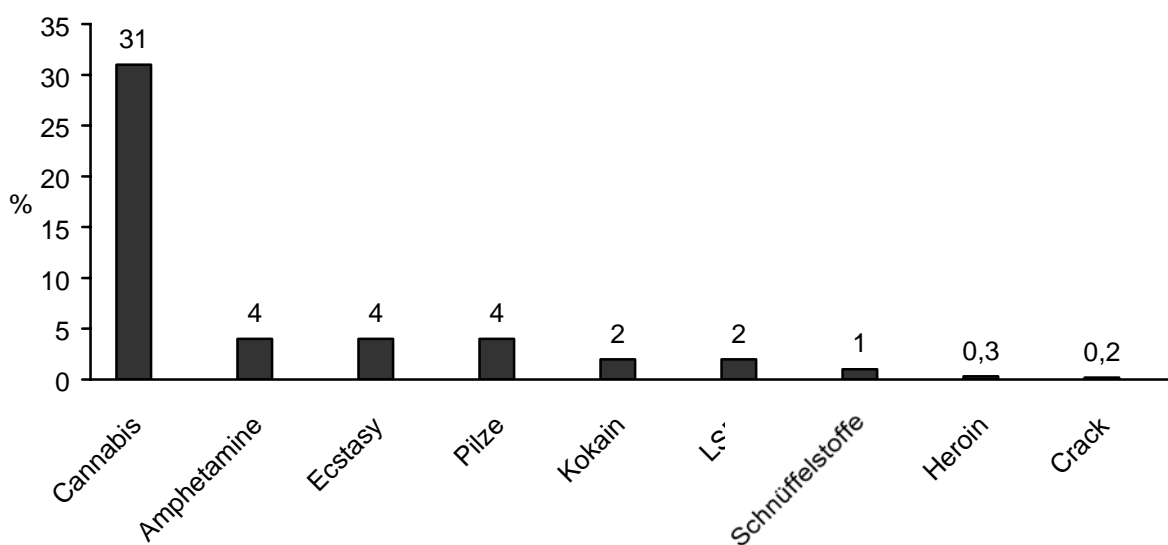
gleichzeitig ein gewisser Anstieg des Bierkonsums zu verzeichnen, so dass neben dem Rückgang des Gesamtkonsums von Alkohol offensichtlich auch eine Verlagerung der Getränkepräferenzen stattgefunden hat.

Während die Raucherquote gleich blieb, nahm bei den Mädchen die durchschnittliche Zahl gerauchter Zigaretten von 7,3 auf 8,1 zu. Die Werte für die Jungen nahmen dagegen geringfügig von 12,7 auf 12,5 Stück ab. Es konsumierten im letzten Monat mehr Mädchen aus dieser Altersgruppe Alkohol oder Tabak als Jungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gerade bei den jungen Altersgruppen ab 14 der Entwicklungsvorsprung der Mädchen dazu führt, dass sie häufiger als Jungen ausgehen und sich mit Gleichaltrigen treffen. Diese Rahmenbedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, Tabak und Alkohol zu konsumieren. Derselbe Vergleich im Alter von 20 Jahren würde vermutlich ein vergleichsweise günstigeres Bild der Konsumsituation bei den weiblichen Befragten ergeben, da der genannte Entwicklungsvorsprung dann nicht mehr besteht. Dennoch sprechen die Zahlen für eine Zunahme zumindest des Tabakkonsums bei Mädchen dieser Altersgruppe.

Eine telefonische Wiederholungsbefragung der BZgA unter jeweils 3.600 Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren in 2003 und 2005 ergab eine leichte Reduzierung der Raucherquote von 28% auf 26%. Der Rückgang betrifft jedoch ausschließlich die „gelegentlichen“ Raucher und hier vor allem Mädchen. Der Anteil der „ständigen“ Raucher hat sich bei beiden Geschlechtern nicht verändert. Der Anteil der Nie-Raucher hat sich bei Mädchen und Jungen erhöht (BZgA, 2006).

### Konsum einzelner Drogen

Erfahrungen mit Cannabis sind am häufigsten; Pilze, Amphetamine und Ecstasy folgen mit deutlich niedrigeren Prävalenzen nach. Erfahrungen mit allen weiteren Substanzen sind noch seltener. Abbildung 1 zeigt die Situation in der Altersgruppe 12 bis 25 für ganz Deutschland für das Jahr 2004. Die Daten wurden bereits im Vorjahr berichtet.



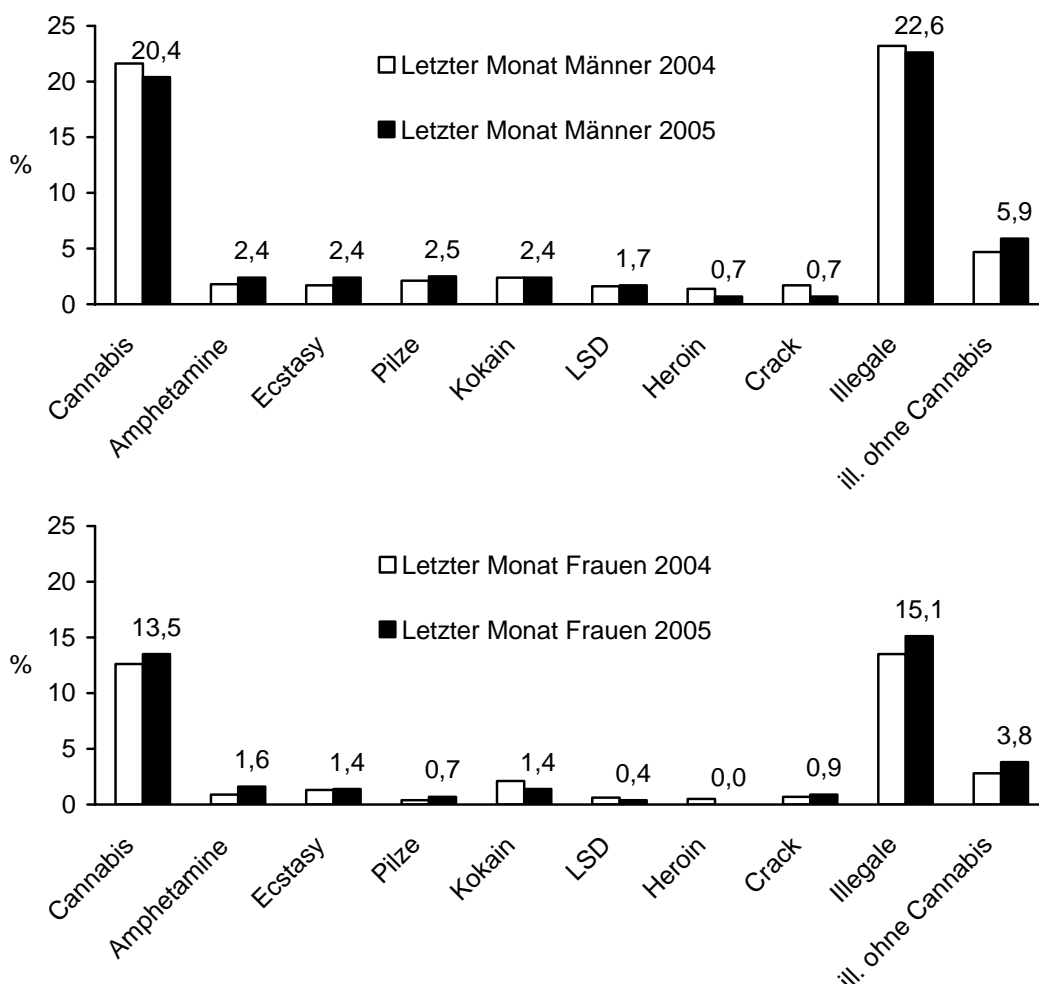
**Abbildung 1: Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre in Deutschland im Jahr 2004**

Quelle: BZgA (2004)

Der Vergleich der beiden Schulumfragen in Hamburg (Baumgärtner, 2004, 2005) zeigt für die Altersgruppe der 14-18-jährigen Schüler ein ähnliches Bild, gibt aber wegen der aktuellen Erhebung möglicherweise Hinweise auf Veränderungen im Konsumverhalten. Die Prävalenz des Cannabiskonsums lag bei den männlichen Schülern für den Lebenszeitraum (2004: 45,4%; 2005: 41,3%) und für den letzten Monat (2004:21,6%; 2005: 20,4%) geringfügig unter den Zahlen des Vorjahres. Bei den Mädchen haben die Prävalenzen leicht zugenommen (Lebenszeit: 2004: 34,7%; 2005: 36,6%; letzter Monat 2004: 12,6, 2005: 13,5%).

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern haben sich also in der Tendenz verringert. Alle Veränderungen sind jedoch mit einer Ausnahme des Rückgangs der Alkoholerfahrung im Lebenszeitraum bei den männlichen Befragten statistisch nicht signifikant.

Auch beim Konsum im letzten Monat haben sich die Prävalenzen zwischen 2004 und 2005 für Hamburg nicht signifikant verändert. Im Trend haben auch hier die Werte bei den Mädchen leicht zugenommen, bei den Jungen dagegen abgenommen (Abbildung 2).



**Abbildung 2: Konsum illegaler Drogen im letzten Monat bei Männer und Frauen zwischen 14 und 18 Jahren in Hamburg in den Jahren 2004 und 2005**

Quelle: Baumgärtner (2005, 2006)

14,9% der Jungen und 8,2% der Mädchen wurden als Gewohnheitskonsumenten klassifiziert, 6,6% bzw. 3,6% als Gelegenheitskonsumenten. Der Anteil der Abstinenter lag

bei 58,8% bzw. 63,3%. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Veränderungen zwischen 2004 und 2005 (Baumgärtner, 2006).

### Gesamtbetrachtung und Trends

Tabellen 3 und 4 fassen für illegale Drogen insgesamt bzw. für Cannabis die Ergebnisse der neuesten vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums noch einmal zusammen. Bei dem Vergleich der Werte ist zu beachten, dass die befragten Altersgruppen nicht identisch sind. Es ist auch zu beachten, dass ESPAD und HBSC nur in 6 bzw. 4 der 16 Bundesländer stattgefunden haben, was ebenfalls eine Ursache für Verzerrungen sein kann.

Während die Konsumerfahrung für die mittlere Altersgruppe mit 32-42% recht gut vergleichbare Werte ergibt, unterscheiden sich die Prävalenzschätzungen für die letzten 30 Tage deutlich. Obwohl die Ergebnisse der ESPAD-Studie städtische und eher ländliche Teile Deutschlands mit einbezogen hat, sind die Zahlen der Schulbus-Ergebnisse, die sich auf eine Metropolenregion beziehen, für den aktuellen Konsum recht ähnlich (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien**

Studie	Erhebung im Jahr	Altersgruppe	Substanz	Region	Zeitraum		
					30 Tage	12 Monate	Lebenszeit
BZgA	2004	12-15	Illegale	National	1,3%	5,5%	7,8%
BZgA	2004	16-17	Illegale	National	5,2%	20,8%	32,2%
BZgA	2004	18-19	Illegale	National	6,0%	20,0%	36,0%
ESPAD	2003	15-16	Illegale	6 Länder	15,0%	26,0%	33,0%
Schulbus	2004	14-18	Illegale	Hamburg	18,5%		41,6%
Schulbus	2005	14-18	Illegale	Hamburg	19,0%		40,5%

Hinweis: BZgA („gegenwärtiger Konsum“ = 30 Tage), Schulbus („aktueller Konsum“ = 30 Tage)

ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt.

Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen der BZgA und der anderen Quellen können auf die von der BZgA verwendete Methode des Telefoninterviews zurückzuführen sein. Sie erzeugt im Vergleich zu persönlichen Befragungen eine Tendenz der Leugnung, die umso stärker ist, je zeitlich näher das erfragte sozial nicht akzeptierte Verhalten ist. Andererseits können Schulerhebungen auch den Effekt der Dissimulation erzeugen, also die Prävalenzen künstlich erhöhen, wenn die Befragten sich über die Fragebogen vor dem Ausfüllen austauschen können. Zudem sind die Formulierungen nicht identisch, die Frage nach dem „gegenwärtigen Konsum“ wird von den Befragten möglicherweise auf ein kleineres Zeitfenster bezogen als 30 Tage.

Die Prävalenz des Cannabiskonsums unterscheidet sich nicht wesentlich von den Zahlen zur Gesamtheit der illegalen Drogen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass praktisch jeder

Konsument illegaler Drogen mit Cannabis begonnen hat und dass diese Substanz auch dann weiter verwendet wird, falls andere hinzukommen. Die Anmerkungen zu den systematischen Unterschieden der Schätzungen aus verschiedenen Quellen von oben gelten auch hier (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien**

Studie	Jahr	Altersgruppe	Substanz	Region	Zeitraum		
					30 Tage	12 Monate	Lebenszeit
HBSC	2002	M=15,7	Cannabis	4 Länder		18,0%	24,0%
BZgA	2004	12-15	Cannabis	National	1,0%	5,0%	7,0%
BZgA	2004	16-17	Cannabis	National	5,0%	15,0%	32,0%
BZgA	2004	18-19	Cannabis	National	6,0%	19,0%	36,0%
ESPAD	2003	15-16	Cannabis	6 Länder		24,0%	31,0%
Schulbus	2004	14-18	Cannabis	Hamburg	17,3%		40,3%
Schulbus	2005	14-18	Cannabis	Hamburg	17,1%		39,1%

Hinweis: BZgA ("gegenwärtiger Konsum" = 30 Tage), Schulbus („aktueller Konsum“ = 30 Tage)  
 ESPAD berücksichtigt Schüler der Klassen 9 und 10, deshalb ist zwar der Altersschwerpunkt 15-16 Jahre, es sind jedoch auch einige Schüler im Alter von 14 bzw. 17 Jahren beteiligt. Quelle: BZgA (2004)

Den engen Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Konsum von legalen Suchtmitteln und Cannabiskonsum zeigt auch die Hamburger Schülerstudie. 37% der Gewohnheitsraucher haben im letzten Monat Cannabis konsumiert, aber nur 26,2% der Gelegenheitsraucher und nur 9% der Probierer. Für Alkohol ergibt sich ein ähnliches Bild (Baumgärtner, 2006). Klein (2006) zeigt bei 11-16-Jährigen eine erhebliche Interdependenz des Konsums verschiedener psychotroper Substanzen. Rund ein Drittel der Starkkonsumenten von Alkohol oder Tabak sind auch regelmäßige Konsumenten von Cannabis. Der Zusammenhang ist für weibliche Konsumenten stärker als für männliche.

Details zu Umfragen in der Bevölkerung sind in der Online Standardtabelle 2 enthalten, zu Jugendumfragen in Standard Tabelle 30.

## 2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

### Aussiedler

Auf die weiterhin schwierige Lage russischsprachiger Drogenabhängiger in Deutschland weist das Ergebnis einer Befragung von 10 Experten aus dem Hamburger Drogenhilfesystem hin. Es wird über einen auffällig frühen Einstieg, exzessiven Konsum sowie häufig besonders riskante Verhaltensweisen dieser Konsumentengruppe berichtet. Zu problematischem Verhalten gehört insbesondere die gemeinsame Nutzung von Spritzen und anderen Utensilien, die mit einem hohen Infektionsrisiko für HIV und HCV verbunden sind (Haasen, Rangué, Blätter & Reimer, 2005).

## **3 Prävention**

### **3.1 Übersicht**

In Deutschland wird auf der politischen Ebene und in den Medien zunehmend auf die Bedeutung suchtpreventiver Maßnahmen hingewiesen. Dazu trägt die anhaltende Diskussion über Werbeverbote, rauchfreie Räume und Sonderabgaben für legale Suchtmittel bei. Prävention ist ein zentraler Schwerpunkt der Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung (Vgl. 1.1).

Nachdem Lebenskompetenzprogramme im Rahmen der universellen Prävention entwickelt und weitreichend implementiert wurden, richten sich suchtpreventive Maßnahmen nun verstärkt auf Risikogruppen bzw. Risikokonsumenten. Die Förderung von Risikokompetenzen, Problemlösungsstrategien, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Selbstsicherheit im Rahmen der Verhaltensprävention stehen dabei im Vordergrund. Durch gesetzliche Regelungen und Vereinbarungen auf Bundes- und Länderebene finden zusätzlich auch strukturverändernde Maßnahmen der Verhältnisprävention im Bereich der legalen Suchtmittel Anwendung.

#### **Schwerpunkte der Prävention**

Bund und Länder legen weiterhin den Schwerpunkt auf die Bekämpfung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, vor allem auf die Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums. Zusätzlich wird der Blick zunehmend auf den Medikamentenmissbrauch der Gruppe der über 50-jährigen Frauen gerichtet. Der Stellenwert der Prävention soll dabei weiter gestärkt werden.

Verstärkt werden Präventions- und Informationsmaßnahmen zur Frühintervention bei Cannabis-bezogenen Störungen eingesetzt, um riskanten Konsummustern und einem frühen Einstiegsalter entgegen zu wirken.

Der Drogen- und Suchtrat, der die Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht der Bundesdrogenbeauftragten der Bundesregierung begleitet und vorantreibt, hat eine Reihe von Detailzielen formuliert, die Prävention und Frühintervention zum Gegenstand haben (Vgl. 1.3.3). Zur Zeit berät die Arbeitsgruppe Suchtprevention den Drogen- und Suchtrat, welche Ressourcen und Maßnahmen erforderlich sind, um die oben genannten Ziele im Bereich Tabak, Alkohol und Cannabis erreichen zu können.

#### **Kooperation, Transfer und Evaluation**

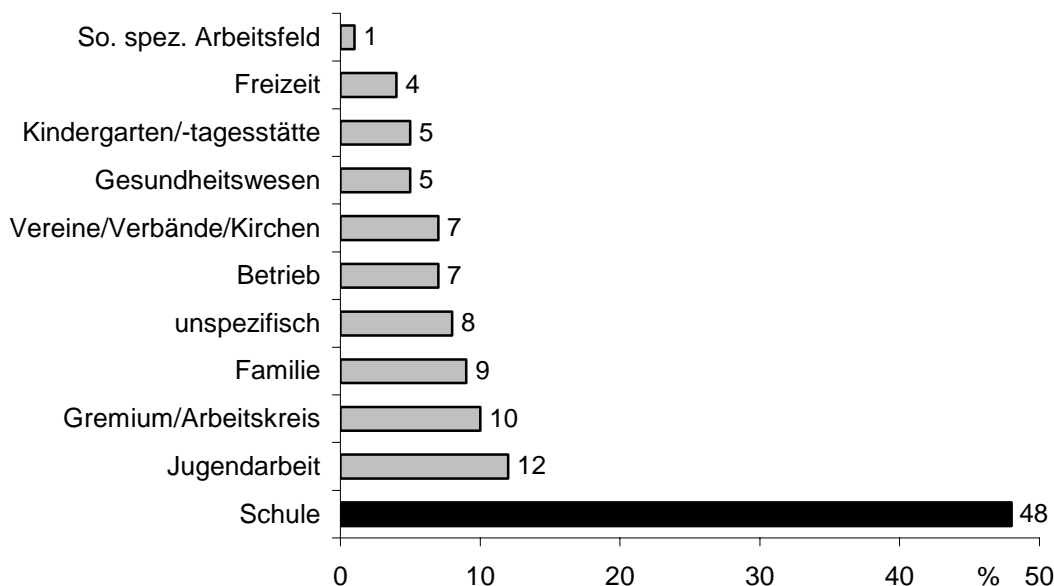
Die praktische Umsetzung präventiver Maßnahmen erfolgt auf lokaler, regionaler und auf Bundesebene. Die in den Bundesländern eingerichteten Landes- und Fachstellen für Suchtprevention spielen eine wichtige Rolle für die Zusammenarbeit auf bzw. zwischen Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie für die intersektorale Koordinierung. Inzwischen gelingt es besser, begrenzte Ressourcen zu bündeln und gemeinsame Maßnahmen zu realisieren.

Da ein zeitnaher Wissenstransfer über dokumentierte und evaluierte Maßnahmen die Voraussetzung für die qualitätsgesicherte Planung von Maßnahmen verschiedener Akteure schafft, dokumentiert seit 1. Januar 2005 ein großer Teil der in der Suchtvorbeugung aktiven Einrichtungen mit dem Dokumentationssystem Dot.sys in einheitlicher Weise ihre Maßnahmen. Es wurde von der BZgA gemeinsam mit den Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren der Suchtvorbeugung entwickelt. Eine erste Auswertung der über 20.000 Maßnahmen aus 15 Bundesländern wird in der zweiten Jahreshälfte 2006 vorliegen. Erste Ergebnisse sind in diesen Bericht eingefügt.

Das Fachportal „PrevNet“ ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)) dient der Vernetzung zwischen allen Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien (Vgl. 1.3.1). Mit den von Bund und Ländern gemeinschaftlich getragenen Programmen schafft die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bessere Grundlagen für eine fundierte Berichterstattung über die Suchtprävention in Deutschland. Informationen aus Prevnet fließen in diesen Bericht ein.

### 3.2 Universelle Prävention

Eine erste Auswertung der in dot.sys seit Anfang 2005 erfassten Präventionsmaßnahmen in Deutschland zeigt die Verteilung der Massnahmen nach Arbeitsfelder und Settings. Mit fast der Hälfte aller Nennungen sind schulische Präventionsmaßnahmen nach wie vor am häufigsten vertreten. Daneben sind auch Jugendarbeit, Gremienarbeit und Familie wichtige Felder (Abbildung 3).



**Abbildung 3: Settings für Präventionsmaßnahmen**

Quelle: Dot.sys Datenauswertung, 2005



### 3.2.1 Kindergarten/-tagesstätte:

Im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz hat die Suchtprävention einen hohen Stellenwert und wird als Bestandteil der gesetzlichen Aufgaben betrachtet. Die bezirklichen Kinder- und Jugendeinrichtungen in zahlreichen Bundesländern haben als Ziele ihrer inhaltlichen Arbeit:

- die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen durch unterstützende Maßnahmen zu verbessern
- Fähigkeiten zu eigenverantwortlicher Lebensgestaltung zu fördern
- Persönliche Kompetenzen und soziale Integration zu erhöhen
- Lebenskompetenzen zu stärken und
- Risikofaktoren zu verringern ([www.jugendschutz.de](http://www.jugendschutz.de), 07.07.06)

Nur 4% der mit Dot.sys erfassten Maßnahmen fanden im Bereich Kindergarten/ Kindertagesstätte statt. Das in deutschen Kindergärten am häufigsten durchgeführte Programm ist der „Spielzeugfreie Kindergarten“ das bereits in dem vorhergehenden Bericht beschrieben wurde (Projektbeschreibung in der EDDRA-Datenbank: <http://eddra.emcdda.europa.eu>).

Ein neues Projekt ist „Papilio“, das vor allem in Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen durchgeführt wird (Berichte der Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren der Suchtvorbeugung, 2005/6):

<b>Projekttitel</b>	<b>Papilio (siehe <a href="http://www.papilio.de">www.papilio.de</a>)</b>
<b>Zielgruppe</b>	Erzieherinnen und Erzieher von 4- bis 7jährigen Kindern in Kindertagesstätten sowie deren Eltern
<b>Projektziele</b>	In der kindlichen Entwicklung primärpräventiv Risikofaktoren entgegenwirken und Schutz- sowie Resilienzfaktoren fördern
<b>Aktivitäten</b>	<p>Papilio setzt auf drei Ebenen an: Erzieherinnen und Erzieher – Kinder – Eltern</p> <p>Erzieherinnen und Erzieher sind die zentralen MultiplikatorInnen des Programms: Sie bilden sich selbst fort im entwicklungsfördernden ErzieherInnen-Verhalten, sie führen die Papilio-Maßnahmen mit den Kindern durch und sie beziehen die Eltern mit ein. Die Kinderorientierten Maßnahmen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spielzeug-macht-Ferien Tag (Kinder lernen, sich mit sich selbst zu beschäftigen und ohne herkömmliche Spielmaterialien kreativ zu spielen.</li> <li>2. Meins-deins-unser-Spiel (soziale Kompetenz im Umgang miteinander)</li> <li>3. Paola und die Kistenkobelde (Die Geschichte vermittelt den Umgang mit den grundlegenden Gefühlen: Wut, Trauer, Angst und Freude)</li> </ol>

### 3.2.2 Schule

Die Schule ist nach wie vor das wichtigste Setting der Suchtprävention in Deutschland. 48% der erfassten Maßnahmen fanden in der Schule statt, 68% in außerschulischen Bereichen (z.B. Jugendarbeit, Betrieb, Vereine/Verbände/Kirchen).

Es wurde sowohl mit Lehrkräften und Schulsozialarbeitern als auch mit Schülerinnen und Schülern gearbeitet. Fast 60% aller Materialien (vorwiegend Broschüren und Flyer), die in der Datenbank des Fachportals der Suchtvorbeugung PrevNet eingetragen sind, beziehen sich auf das Setting Schule ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)). Die Fortbildung der Lehrkräfte bildet häufig den Auftakt der schulischen Suchtprävention. Viele Schulen bilden zusätzlich Arbeitskreise, in denen Lehrkräfte, Schülervereinerinnen und -vertreter sowie Eltern mitarbeiten. Suchtpräventive Aktivitäten in der Schule befassten sich 2005 vorrangig mit legalen Suchtmitteln, am häufigsten mit der Alkoholprävention (58%). An zweiter Stelle standen die Suchtmittel Tabak (55%) und Cannabis (33%) (Dot.sys, 2005, Mehrfachnennungen waren möglich)

Über die „Informationsvermittlung und Bildung kritischer Einstellungen“ hinaus standen bei den schulischen Maßnahmen die Themen „Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen“ (58%) und die „Normenbildung“ (33%) im Vordergrund. Dazu kommen die Strategien zur Früherkennung und Frühintervention suchtgefährdeter Schülerinnen und Schüler (siehe nächster Abschnitt). In den Schulen wächst das Bewusstsein, dass die Suchtprävention auch strukturell verankert sein muss, um wirksam zu werden (25%). Die gesamte Schule, die Schulleitung und das Kollegium müssen sich damit befassen, wie Suchtprävention im Schulalltag implementiert werden kann.

Nach einer Sichtung von 101 Studien zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich kommen Soellner und Kleiber (2005) zu dem Ergebnis, dass brauchbare Evidenz im Wesentlichen für Programme im Setting Schule vorliegen. Spezifische Ansätze zur Prävention des Cannabiskonsums in der Schule liegen jedoch nicht vor.

### 3.2.3 Familie

In der Familie macht das Kind seine ersten grundlegenden und prägenden Erfahrungen. Hier wird die Basis für seine spätere Entwicklung gelegt und hier macht es Erfahrungen damit, wie Erwachsene mit Sucht- und Genussmitteln umgehen.

8% der mit Dot.sys erfassten Maßnahmen zielten auf das Setting Familie. Der Schwerpunkt liegt auf der Elternarbeit, sowohl bei der Einbindung in suchtpäventive Projekte in Schule und Kindergarten wie z.B. „Spielzeugfreier Kindergarten“ (ausführliche Projektbeschreibung siehe EDDRA Datenbank, <http://eddra.emcdda.europa.eu/>) oder bei Lebenskompetenzprogrammen in der Schule, vorwiegend in Form von Elternabenden. Neben Basisinformationen über Sucht und Substanzen, wie sie zahlreiche Handbücher und Broschüren vermitteln, beinhaltet die Elternarbeit die Sensibilisierung für familiäre Schutz- und Risikofaktoren. Sie bietet Orientierungshilfe und Unterstützung bei Erziehungsaufgaben, um so die Eltern stärker in suchtpäventive Aktivitäten einzubinden ([www.starke-eltern.de](http://www.starke-eltern.de), 10.07.06).

Zur Förderung der Elternarbeit wird beispielsweise in Bremen das Material „Denk mal“ entwickelt, mit dem Eltern selber auf Elternabenden arbeiten können. In Hessen werden in dem Projekt „Eltern treffen Eltern“, Erziehungsberechtigte zu Multiplikatoren ausgebildet mit den Zielen:

- den Erfahrungsaustausch anzuregen und soziale Netzwerke zu verdichten,
- Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken,
- Verunsicherung abzubauen und
- Eltern zu erreichen, die selten an Elternabenden teilnehmen

In außerschulischen Elternkursen zur Förderung der Erziehungskompetenz werden suchtpräventive Elemente eingeflochten. Ein Beispiel ist das Hamburger Projekt „Kompass-Erziehungstraining“ mit folgenden Zielen:

- Stärkung der Erziehungskompetenzen (unter besonderer Berücksichtigung suchtpräventiver Aspekte)
- Integration von erfolgreichem Erziehungsverhalten in den Familienalltag

### **3.2.4 Gemeinde**

Die Gemeinden als unmittelbarer Lebensraum für Erwachsene, Jugendliche und Kinder bieten eine geeignete Grundlage für umfassende suchtpräventive Aktionen und Projekte. Gemeindeorientierte Strategien haben in Deutschland noch keine Tradition. Um die Bedeutung der Gemeinde hervorzuheben, lobt die BZgA auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung seit 2001 den Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ aus.

Im Juni 2005 wurden alle deutschen Städte, Gemeinden und Kreise aufgerufen, ihre Konzepte zum Thema „Alkoholprävention vor Ort“ einzureichen. „Erwartet werden neben Ansätzen zur Verhaltensprävention auch Maßnahmen, die auf die Verhältnisse Einfluss nehmen, z.B. durch verstärkte Kontrolle der Einhaltung der Abgabeverbote von Alkohol an Kinder und Jugendliche“ ([www.kommunale-suchpraevention.de](http://www.kommunale-suchpraevention.de)).

### **3.2.5 Andere Settings**

#### **Sportvereine**

Über 70% der Kinder und Jugendlichen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum Mitglied in einem Sportverein, dem bedeutendsten Freizeitbereich dieser Gruppe. Die BZgA hat deshalb mit den größten Breitensportverbänden Rahmenvereinbarungen geschlossen, in denen die Zusammenarbeit zum Thema Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit festgelegt wurde. Daneben nutzt die BZgA sportliche Großereignisse, um suchtpräventive Botschaften in den Sportverein zu tragen. Höhepunkt war die Zusammenarbeit mit dem WM Organisationskomitee in 2006. Dadurch konnten die 22.000 lokalen Fußballvereine im zeitlichen Vorfeld der WM 2006 erreicht werden.

## Fahrschulen

In Sachsen-Anhalt wurde im Jahr 2000 das „PEER-Projekt“ an Fahrschulen entwickelt und in den folgenden Jahren in neun weiteren Bundesländern in der gleichen oder einer etwas modifizierten Form eingesetzt. Die Grundidee besteht darin, im Theorieunterricht zum Führerscheinerwerb das Thema „Alkohol und Drogen im Straßenverkehr“ von engagierten, ausgebildeten Gleichaltrigen (Peers) bearbeiten zu lassen (Details finden sich in früheren REITOX-Berichten). Ein abschließender Evaluationsbericht zur Modellumsetzung stellt nach Auswertung einer Befragung der Beteiligten in sieben Bundesländern ein rundum positives Feedback fest. Sowohl die Fahrlehrer, denen die Bearbeitung des Themas im theoretischen Unterricht traditionell schwer fällt, als auch die Fahrschüler, die mit den gleichaltrigen Peers eher ein offeneres Gespräch über Risiken und Folgen von Alkohol- oder Drogenfahrten führen konnten, bewerteten das Projekt rundum positiv. Aktuell wird der Ansatz in 11 europäischen Staaten mit Förderung durch die EU erprobt. Die wissenschaftliche Begleitung liegt bei dem MISTEL/SPI Forschung in Magdeburg (Heckmann et al., 2006).

Eine Variante von „PEER“ stellt „Prästo“ (Prävention in Fahrschulen – starkes Fahren ohne Stoff) dar. In Niedersachsen wurden im Rahmen dieses Projekts 10 Peers in 2-tägigen Schulungen ausgebildet, die in 50 Fahrschulen insgesamt etwa 1000 Fahrschüler erreichten. Eine Ausweitung auf weitere Regionen ist im Gange. Jährliche Peer-Treffen dienen dem Erfahrungsaustausch und der Weiterentwicklung (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen und Gesundheit, 2006, Persönliche Mitteilung).

### 3.3 Selektive/ indikative Prävention

Zielgruppenspezifische Suchtprävention findet in Deutschland vor allem im Freizeitbereich, zunehmend auch in der Schule und in der (internetgestützten) Beratungsarbeit statt. Gegenstand der Maßnahmen für die Jugendlichen ist die Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) unter Anwendung der Strategien der Früherkennung und Frühintervention. Den Multiplikatoren und Eltern werden Möglichkeiten für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen aufgezeigt. Ca. 5.000 der Nennungen in Dot.sys beziehen sich auf die Bereiche Jugendarbeit, Freizeit und Verbands-/Vereinsarbeit (23%).

#### 3.3.1 Der organisierte Freizeitbereich

Im organisierten Freizeitbereich gibt es in vielen Bundesländern Zusammenschlüsse von Mitgliedsverbänden zur Förderung des gesetzlichen, erzieherischen und strukturellen Jugendschutzes mit dem Schwerpunkt der Suchtprävention. Sie zielen nach wie vor vorrangig darauf ab, das Freizeitangebot an den Bedürfnissen und Problemen der Jugendlichen auszurichten und in Jugendeinrichtungen das Personal im Umgang mit auffälligen Jugendlichen zu schulen (Schmidt, 2004).

Das Fortbildungsseminar der motivierenden Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen MOVE wird bereits in vielen Bundesländern eingesetzt (siehe ausführliche Projektbeschreibung, EDDRA-Datenbank, <http://eddra.emcdda.europa.int>). Seit Beginn des Seminarangebotes MOVE im Jahre 2002 sind allein in Nordrhein-Westfalen ca. 2000 Kontaktperso-

nen von Jugendlichen aus der Jugendhilfe und anderen außerschulischen Arbeitsfeldern in der "Motivierenden Gesprächsführung" geschult worden. Darüber hinaus wird eine stärkere Vernetzung und Integration von Jugend- und Drogenhilfe gefordert (Farke et al., 2003).

### 3.3.2 Der nicht-organisierte Freizeitbereich

Im nicht organisierten Freizeitbereich ist Suchtprävention – vor allem Maßnahmen für das Nachtleben – weiterhin die Ausnahme. Inzwischen etablieren sich jedoch die von Szeneinitiativen durchgeführten Party-Projekte und bekommen auch politische Unterstützung. Beispiele für Party-Projekte sind unter [www.partypack.de](http://www.partypack.de) (Köln), [www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de) (Leipzig), [www.drogen-und-du.de](http://www.drogen-und-du.de) (Berlin), [www.party-project.de](http://www.party-project.de) (Bremen), [www.chill-out.de](http://www.chill-out.de) (Aachen), [www.alice-project.de](http://www.alice-project.de) (Frankfurt), [www.drobs-hannover.de](http://www.drobs-hannover.de) (Hannover) zu finden.

Ein sehr spezifisches Projekt aus diesem Bereich wird aus Hamburg berichtet (Berichte der Landeskoordinatorinnen und –koordinatoren 2005/6):

<b>Projekttitlel</b>	<b>Präventionsprojekt DOM – Streetwork auf dem Hamburger DOM (Kirmes)</b>
<b>Zielgruppe</b>	Jugendliche und junge Erwachsene, die sich regelmäßig während der DOM-Zeiten am Fahrgeschäft „Dancer“ aufhalten
<b>Projektziele</b>	Frühintervention bei Alkohol- und Drogenmissbrauch
<b>Aktivitäten</b>	Jugendliche werden an ihrem Treffpunkt aufgesucht und es werden Beratungs-, Freizeit- und bei Bedarf auch weitergehende tagesstrukturelle Angebote unterbreitet

### 3.3.3 Risikofamilien

In Deutschland wachsen über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem suchtkranken Elternteil auf. Sie haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Suchtkrankheiten und psychische Störungen. Zudem leiden diese Kinder unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat dazu aufgefordert, diese Gruppe in der professionellen Hilfe und in der Selbsthilfe neben dem Abhängigen stärker zu berücksichtigen. Politik und Fachleute von Bund und Ländern sind sich einig, dass in Zukunft noch mehr auf die Interessen und Bedürfnisse der Kinder aus suchtblasteten Familien eingegangen werden muss. Ihnen und ihren Familien sollen weitere Hilfestellung gegeben und die familiäre Situation verbessert werden, insbesondere um einer späteren Suchterkrankung (analog zu den Eltern) vorzubeugen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006).

Einige Beispiele aus den Bundesländern werden hier vorgestellt.

Aus Bremen:

<b>Projekttitle</b>	<b>Prävention für Kinder aus suchtkranken Familien (siehe PrevNet)</b>
<b>Zielgruppe</b>	Kinder aus suchtkranken Familien (Grundschulkindern, 6-10 Jahre)
<b>Projektziele</b>	Restabilisierung des Familiensystems
<b>Aktivitäten</b>	Pädagogische Gruppenarbeit (6-8 Kinder)

Aus Hamburg:

<b>Projekttitle</b>	<b>Connect (siehe PrevNet und ausführliche Projektbeschreibung siehe EDDRA Datenbank <a href="http://EDDRA.EMCDDA.EUROPA.EU">http://EDDRA.EMCDDA.EUROPA.EU</a>)</b>
<b>Zielgruppe</b>	Fachkräfte in den Einrichtungen der Suchthilfe, Jugendhilfe, Kita, Schule, Med. Versorgung
<b>Projektziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Steigerung der Effizienz vorhandener Hilfeangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien durch Vernetzung</li> <li>- Verbesserung der Entwicklungschancen für Kinder aus suchtbelasteten Familien</li> </ul>
<b>Aktivitäten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestandsaufnahme der Situation in der Modellregion</li> <li>- Fortbildungsangebote</li> <li>- Entwicklung einer verbindlichen, nachhaltigen Vernetzungsstruktur</li> <li>- Empfehlungen für die Umsetzung in weiteren Regionen Hamburgs</li> </ul>

Erlebnispädagogische Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien werden in Thüringen angeboten. Durch das aktive Miteinander, auch im Rahmen körperorientierter Freizeitgestaltung werden Problembewältigungsstrategien und psychosoziale Handlungskompetenzen vermittelt bzw. gefördert sowie funktionale Äquivalente zum Missbrauchsverhalten aufgezeigt ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de), Berichte der Landeskoordinatorinnen und –koordinatoren der Suchtvorbeugung 2005/6).

Es existiert relativ wenig Material für Kinder und Jugendliche, die in suchtbelasteten Familien aufwachsen. In Rheinland-Pfalz wurde im Rahmen einer Landeskampagne das Buch "Leon findet seinen Weg" herausgegeben. Das Bilderbuch soll die kindliche Wahrnehmung in Bezug auf Drogenkonsum im Alltag thematisieren und das Gespräch mit Kindern aus suchtbelasteten Familien ermöglichen ([www.dhs.de/newsletter\\_1206e.html](http://www.dhs.de/newsletter_1206e.html), 07.07.06).

### 3.3.4 Andere Risikogruppen

#### Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum

Die Lücke zwischen Vorbeugung und Behandlung im Bereich des problematischen Cannabiskonsums wird kleiner. Die traditionellen Einrichtungen der Drogenberatung werden in den letzten Jahren vermehrt von Cannabiskonsumtinnen- und konsumenten in Anspruch genommen. Es gibt jedoch noch kein wissenschaftlich fundiertes, gut evaluiertes Behandlungskonzept speziell für diese Zielgruppe. Ein Schritt in diese Richtung wird mit der

internationalen multizentrischen Studie „INCANT“ (International Cannabis Need of Treatment Study) unternommen, die zur Verbesserung der Behandlung von Cannabisabhängigen initiiert wurde. Nach einer Pilotphase, an der der Therapieladen in Berlin teilgenommen hat, ist jetzt der Einstieg in die Hauptstudie geplant. An der Universität Dresden läuft die Entwicklung eines Behandlungsprogramms für diese Zielgruppe unter dem Namen CANDIS (vgl. 5.6).

Das deutsch-schweizerische Projekt „Realize it“ zielt auf eine signifikante Konsumänderung bei den teilnehmenden 15- bis 30-jährigen Cannabiskonsumenten. Es wird modellhaft in sechs Drogenberatungsstellen umgesetzt. Das verwendete Programm zur Kurzintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit soll im Verlauf des Projektes erprobt und evaluiert und danach systematisch in das Angebotsspektrum von Drogenberatungsstellen in Deutschland und der Schweiz integriert werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a).

Ein ähnliches Vorhaben ist der Transfer des internetgestützten Cannabis-Ausstiegsprogramms „quit the shit“. Vor zwei Jahren hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Ausstiegshilfe auf [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) (siehe ausführliche Projektbeschreibung, EDDRA-Datenbank: <http://eddra.emcdda.europa.eu>) gestartet. Ergebnisse zeigen, dass noch drei Monate nach Beendigung des Programms diejenigen, die diese Ausstiegshilfe im Internet durchlaufen haben, im Durchschnitt ihre Konsummenge auf ein Drittel reduzieren. Die Zahl der Konsumtage ging um 50 Prozent zurück. Angesichts dieser positiven Ergebnisse und der starken Inanspruchnahme des Angebotes besteht bei den Drogenberatungsstellen in Deutschland eine große Nachfrage nach „quit the shit“. Deshalb bietet die BZgA zwölf Drogenberatungsstellen aus dem Bundesgebiet an, das internetbasierte Ausstiegsprogramm zu nutzen und die Betreuung der Klienten zu übernehmen (BZgA, persönliche Mitteilung).

Als Beispiel für die vielen regionale und lokalen Aktivitäten sei hier die Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt „Be.U!“ ([www.be-u-online.de](http://www.be-u-online.de)) genannt. Sie wendet sich an Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren mit einem Angebot aus allgemeiner und auch detaillierter Information, Selbsttests für Konsumenten und Hinweisen auf Hilfeangebote in der Region.

### **Frühinterventionen gegen Cannabiskonsum in der Schule**

Die BZgA hat Anfang 2005 eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der siebten bis dreizehnten Jahrgangsstufen mit dem Titel „Schule und Cannabis – Regeln, Maßnahmen, Frühintervention“ bundesweit bereitgestellt. Sie enthält Vorschläge zum Umgang mit Cannabis in der Schule, vermittelt Ideen zur Entwicklung eines schulinternen Regelsystems und gibt Lehrkräften Hinweise, wie sie auf auffällige Schülerinnen und Schüler adäquat reagieren können. Schließlich werden Anregungen zur Entwicklung eines Interventionsleitfadens vorgestellt, dem man im Fall von Übertretungen und Regelbrüchen folgen kann. Hinweise auf Internetseiten, Materialien und Ansprechpartner in den Bundesländern ergänzen das Angebot.

Ein weiteres Beispiel der Frühintervention in der Schule ist folgendes Projekt aus Bremen:



<b>Projekttitlel</b>	<b>Voll im Blick (siehe PrevNet)</b>
<b>Zielgruppe</b>	Lehrkräfte, Schulleiterinnen und –leiter, Elternvertretungen
<b>Projektziele</b>	Erhöhung der Aufmerksamkeit und Interventionsdichte bei Vorfällen mit Suchtmitteln in der Schule
<b>Aktivitäten</b>	Kampagnendurchführung zur Verringerung von Cannabiskonsum und –handel in Schulen. Schwerpunkte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bessere Erkennung und Motivierung zur Intervention: Plakate, Materialien für Lehrkräfte und für Eltern,</li> <li>- Gruppenangebote für Cannabiskonsumtinnen und –konsumenten</li> </ul>

An den vorgestellten Programmen MOVE und FreD (s.u.) zur Frühintervention in der Jugendarbeit wurden Anpassungen vorgenommen für einen Transfer in den Schulbereich (siehe frühere REITOX-Berichte, ausführliche Projektbeschreibung: EDDRA Datenbank, <http://eddra.emcdda.europa.eu>). So wurden im vergangenen Jahr bereits ca. 200 Lehrkräfte sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter im Rahmen einer dreitägigen Fortbildung in der motivierenden Kurzintervention geschult ([www.ginko-ev.de](http://www.ginko-ev.de), 11.07.06). Während FreD zunächst nur für polizeilich auffällige Jugendliche konzipiert worden war, können inzwischen auch Schulen drogenkonsumierende Schülerinnen und Schüler an Beratungsstellen vermitteln (siehe nächste Seite) ([www.projekt-fred.de](http://www.projekt-fred.de), 07.07.06).

In vielen Bundesländern werden Elternbriefe erfolgreich in Schulen eingesetzt. Inhaltlich greifen die Briefe Probleme auf, die typischerweise bei Jugendlichen auftreten und viele Eltern verunsichern oder auch das Verhältnis zu ihren Kindern belasten ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)).

In dem Seminar „Frau Müller, sie haben mir gar nichts zu sagen“, einer sucht- und gewaltpräventiven Fortbildung in Niedersachsen, werden Lehrkräfte im Umgang mit verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schülern geschult ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)).

Es gibt inzwischen zahlreiche Initiativen, suchtpräventive Inhalte in die Aus- und Fortbildung von haupt- und ehrenamtlichen Betreuern von Kindern und Jugendlichen zu integrieren (Berichte der Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren der Suchtvorbeugung, 2005).

### **Junge Straffällige**

In fast allen Bundesländern stellt die Jugendgerichtshilfe (JGH) für junge Straffällige unterschiedliche Betreuungen unter der Bezeichnung "ambulante sozialpädagogische Maßnahmen" als Alternative zu traditionellen jugendgerichtlichen, insbesondere freiheitsentziehenden Sanktionen bereit (<http://www.sgbviii.de/S108.html>, 07.07.06).

Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde das Modellprojekt „FreD - Frühintervention bei auffälligen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten“ entwickelt und inzwischen bundesweit eingesetzt. Das Projekt macht 14- bis 18-Jährigen, aber auch jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr, nach einer polizeilichen Erstauffälligkeit frühzeitig ein spezifisches (suchtpräventives) Angebot ([www.projekt-fred.de](http://www.projekt-fred.de), 11.07.06). Mehr Details finden sich in früheren REITOX-Berichten.



### Schulabbrecher

Die Jugendhilfe bietet berufsorientierte Förderkursen für Schulabbrecher und Jugendliche ohne Pflichtschulabschluss bzw. ohne Abschluss einer berufsbildenden Schule an. „Zentrale Stichworte sind dabei die Herausbildung von Schlüsselqualifikationen, die Förderung der sozialen Integration, das nonformale und informelle Lernen sowie die Berücksichtigung besonderer Zielgruppen...“ ([www.jugendhilfeportal.de](http://www.jugendhilfeportal.de), 07.07.06).

Daneben werden praxisorientierte Angebote von Jugendwerkstätten gemacht. Die Drogenhilfe Köln beispielsweise bietet eine Werkstatt zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung für ehemals Drogenabhängige, unter denen sich Teilnehmerinnen und -teilnehmer ohne Schulabschluss befinden (siehe ausführliche Projektbeschreibung, siehe EDDRA Datenbank, <http://eddra.emcdda.europa.eu>).

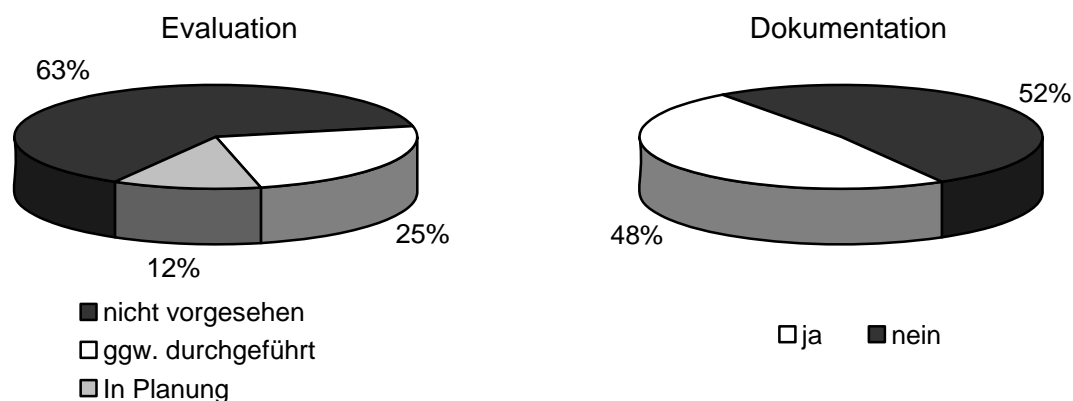
### Ethnische Gruppen

Nach dem Leitsatz „die beste Suchtprävention für Migranten ist die Integration“ fördert das Bundesministerium des Innern (BMI) zahlreiche Maßnahmen zur Integration, die grundsätzlich auch einen präventiven Charakter haben (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006). Auf der Landesebene werden Maßnahmen für Migranten und Aussiedler vorwiegend von Institutionen der Suchthilfe durchgeführt. In der Suchtpräventionspraxis sind Projekte, die speziell auf diese Gruppen ausgerichtet sind, eher selten ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de), Berichte der Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren der Suchtvorbeugung 2005/6).

## 3.4 Qualitätssicherung und Forschung

### Stand der Evaluation in Deutschland

Wie beschrieben, wurden in dem System zur Dokumentation von Präventionsmaßnahmen im Jahr 2005 rund 20.000 Aktivitäten erfasst. 63% dieser Maßnahmen waren nicht evaluiert worden, in 25% fand diese statt und in 12% war sie in Planung. Bei mehr als der Hälfte der Maßnahmen liegt keine Dokumentation vor (Abbildung 4).



**Abbildung 4: Evaluation und Dokumentation von Präventionsmaßnahmen**

Quelle: dot.sys

Weder die Dokumentation noch die Evaluation präventiver Maßnahmen ist damit bisher allgemeine Praxis in Deutschland, wie die aktuelle Erhebung im Rahmen von dot.sys zeigt. Hier hat jedoch in den letzten Jahren ein Umdenken begonnen: „Evaluation wird als Mittel der Qualitätssicherung von Projekten als immer wichtiger betrachtet“ (Kalke, Raschke & al., 2004).

## **Forschung**

Im Jahr 1993 hat die BZgA das Institut für Therapieforschung (IFT) mit der „Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ beauftragt. Nach über zehn Jahren bestand ein Bedarf, den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Wirksamkeit von Interventionsstrategien der Fachöffentlichkeit in Deutschland zusammengefasst zugänglich zu machen. Mit Förderung durch die BZgA hat das IFT deshalb 49 qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen (8 Meta-Analysen, 22 systematische Reviews, 13 unsystematische Reviews, 4 best-practice-Übersichten, 2 Sonstige) zur Prävention des Substanzmissbrauchs ausgewertet und daraus wirksame Suchtpräventionsstrategien abgeleitet. Bearbeitet wurde dabei neben der geschlechtsspezifischen Wirksamkeit der Ansätze und möglichen negativen Folgen von Suchtprävention auch das Thema Effizienz. Vorab wird der theoretische Hintergrund gegenwärtiger suchtpreventiver Maßnahmen vorgestellt.

Die Expertise von Bühler und Kröger (2006) bietet eine qualifizierte Unterstützung für die Konzeption suchtpreventiver Maßnahmen in den Settings Familie, Schule, Freizeit und Community. Sie thematisiert darüber hinaus die Wirkung von Medienkampagnen und den Einfluss gesetzgeberischer Maßnahmen. Zielgruppe der Expertise sind Entscheidungsträger für Suchtprävention auf allen Ebenen sowie Personen, die mit der Entwicklung, Durchführung und/oder Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen betraut sind.

Die Arbeiten wurden anhand eines Kodierrasters von zwei Beurteilenden unabhängig voneinander inhaltlich und methodisch eingeschätzt. Die Schlussfolgerungen wurden gemeinsam formuliert. Jede Schlussfolgerung erhielt einen Evidenzstärkegrad und wurde mit einem Hinweis versehen, auf welchen Arbeiten sie basiert.

Die Stärke der Evidenz für die Schlussfolgerungen unterscheidet sich wie folgt:

- A (Ergebnis basiert auf einer Metaanalyse mit hochwertigen Studien)
- B (systematischer Review mit hochwertigen Studien)
- C (Meta-Analyse oder systematischer Review mit allen Studien)
- D (unsystematischer Review)
- E (Einzelstudie oder Ergebnis wird anhand empirischer Befunde diskutiert) und
- F (widersprüchliche Befundlage zwischen Reviews)

Unter Berücksichtigung der Evidenzgrade wurden folgende *Empfehlungen* für zukünftige Präventionsmaßnahmen gegeben:

- in der Familie sollten umfassende Maßnahmen, d.h. kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings, angeboten werden (v. a. Alkohol: Evidenzgrad C)
- in der Schule sind interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme durchzuführen (alle Substanzen: Evidenzgrad A)
- in der Schule soll *keine* alleinige Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen durchgeführt werden (alle Substanzen: Evidenzgrad A).
- Medienkampagnen sollen als flankierende Maßnahmen, aber nicht als alleinige Maßnahme eingesetzt werden (Tabak: Evidenzgrad C)
- über gesetzgeberische Maßnahmen soll der Preis von Substanzen (Tabak: Alkohol, Evidenzgrad C, D) und die legale Altersgrenze des Konsums (Alkohol: Evidenzgrad B) beeinflusst werden.
- Für das Handlungsfeld Freizeit konnten keine Schlussfolgerungen gezogen werden.
- Hinsichtlich der kommunalen Suchtprävention (Community) besteht noch eine widersprüchliche Befundlage.

Weiterhin stellt die Expertise fest, dass suchtpreventive Maßnahmen im Einzelfall auch zu einem nicht intendierten Effekt führen können, so dass mehr konsumiert wird. Zur Abschätzung der Effizienz (Kosten-Nutzen-Analyse) gibt es keine ausreichende Grundlage an Einzelstudien und Übersichtsarbeiten. Wenn es einen Geschlechtsunterschied gibt, dann profitieren möglicherweise Mädchen eher von bisherigen suchtpreventiven Ansätzen. Es steht viel theoretisches Wissen für die Entwicklung von Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern bereit, seine Umsetzung wird aber selten überprüft.

Die Studie weist auf die Schwierigkeit hin, von Seiten der Wissenschaft zu entscheiden, welche Maßnahmen bevorzugt werden sollen. Die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird von den Autoren favorisiert. „Konsumverhalten“ als das alleinige Effektivitätskriterium für suchtpreventive Maßnahmen wird kritisch beurteilt. Schließlich wird der Stand der Suchtpreventionsforschung im deutschsprachigen Raum eingeschätzt und nächste notwendige Schritte für Praxis und Forschung aufgezeigt.

In einer anderen Studie wurde der RAFFT (Items: Relax, Alone, Friends, Family, Trouble) als Screeningtest, mit dem Drogenkonsum bei Jugendlichen erfasst werden soll, an einer Stichprobe von 276 Jugendlichen mit recht guten Resultaten eingesetzt. In der Altersgruppe 14-18 erreichte er eine Sensitivität von 79,5% bei Männern und 50,0% bei Frauen sowie eine Spezifität von 67,3% bei Männern und 60,9% bei Frauen (Laging, 2005).

## 4 Problematischer Drogenkonsum

### 4.1 Übersicht

#### Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“

Der Begriff „problematischer Konsum“ ist nicht einheitlich definiert. Allerdings liegen für bestimmte Teilbereiche (z.B. für die Prävalenzschätzung der EBDD) Arbeitsdefinitionen vor. In der Regel wird Konsum dann als problematisch bewertet, wenn mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt ist:

- der Konsum ist mit Risiken verbunden (riskanter Konsum),
- es liegt ein schädlicher Gebrauch (F1x.1) oder eine Abhängigkeit (F1x.2x) im Sinne einer klinischen Diagnose (ICD oder DSM) vor,
- es entstehen Schäden für andere Personen,
- es finden sich negative soziale Konsequenzen oder Delinquenz.

Unabhängig davon kann Konsum auch dann problematisch sein, wenn nur der Konsument ihn selbst so empfindet und sich beispielsweise selbst als abhängig einschätzt, ohne dass eine objektive Klassifizierung dies bestätigen würde (Kleiber & Soellner 1998). Die an verschiedenen Stellen verwendeten Arbeitsdefinitionen umfassen jeweils unterschiedliche Teilmengen der beschriebenen Gesamtgruppe. Nur die Begriffe, die auf klinischen Klassifikationssystemen basieren, sind eindeutig definiert. Bei anderen, etwa dem „riskanten“ Drogenkonsum, können Definition und Verständnis des Konzepts stark variieren.

#### Methoden zur Messung und Schätzung

Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten aus bestimmten Erhebungssystemen oder Studien dahingehend zu bewerten, ob sie Aussagen über problematischen Konsum etwa im Sinne einer Abhängigkeit zulassen. Während bei Polizeidaten lediglich die höhere Aufgriffswahrscheinlichkeit intensiver Drogenkonsumenten als Hinweis auf problematischen Gebrauch interpretiert werden kann, werden in Umfragen Zusatzinformationen (Konsumhäufigkeit, Begleitumstände, Diagnosekriterien) oder angepasste Tests aus dem klinischen Bereich für eine entsprechende Differenzierung genutzt. Eine relativ sichere Zuordnung ist in Behandlungseinrichtungen möglich, deren Mitarbeiter über eine spezielle Ausbildung bzw. entsprechende Erfahrungen in der Diagnostik solcher Fälle verfügen.

Neben den inhaltlichen und generellen methodischen Schwierigkeiten bei der Bestimmung des problematischen Konsums bestehen spezifische Schwierigkeiten bei der Datenerhebung zu illegalen Drogen. Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, dass Konsumenten „harter Drogen“ in Befragungen dazu neigen, lediglich den Konsum von „weichen“ Drogen, wie z. B. Haschisch, richtig anzugeben, dagegen aber die Verwendung z.B. von Heroin verneinen oder die Konsumhäufigkeit und Dosierung nach unten korrigieren.

Während Umfragen in der Bevölkerung (Surveys) valide Aussagen über Probierkonsum und leichtere Formen des mehrfachen oder dauerhaften Drogengebrauchs erlauben, sind intensive oder regelmäßige Drogenkonsumenten in der Regel in der Stichprobe unterrepräsentiert. Zudem wird bei ihnen das Problemausmaß „unterberichtet“. Eine Darstellung der methodischen Probleme findet sich bei Kraus et al. (1998) und bei Rehm et al. (2005).

### **Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums**

Die EBDD hat eine Reihe von Verfahren zur Schätzung der Prävalenz problematischen Drogenkonsums auf nationaler Ebene zusammengetragen und weiterentwickelt. Die Auswahl der Zielgruppen dieser Verfahren basiert auf der Definition problematischen Drogenkonsums als „intravenösem oder lang andauerndem/regelmäßigem Konsum von Opiaten, Kokain oder Amphetaminen“ (EMCDDA 2003). Da bei den Zahlen aus dem Polizeibereich in Deutschland Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden gewesen wären, und da valide Schätzungen der Mortalität nur für Heroinklienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroinkonsumenten beschränkt.

### **Injizierender und nicht-injizierender Konsum von Drogen**

In Anbetracht der besonderen Risiken, die injizierender Konsum von Drogen birgt, ist die Konsumform von erheblichem Interesse, wenn es um die Minimierung von Folgeschäden geht. Nach wie vor ist in Deutschland der intravenöse Konsum stark mit Heroin verknüpft. Die unterschiedlichen Konsumentengruppen werden deshalb bei der Prävalenzschätzung ebenso wie bei der Beschreibung der behandelten Klientel nach Leitdroge und nicht nach Applikationsform unterschieden.

## **4.2 Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz**

### **4.2.1 EBDD-Schätzverfahren**

Für das Jahr 2004 wurden, ebenso wie für das Vorjahr, drei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch für die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Eine Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten  
Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erstauffälliger (Inzidenz) Heroinkonsumenten über die entsprechenden Jahre aufsummiert. Der Anteil von bereits polizeibekanntem Personen an den Drogentoten wird jeweils zur Berechnung des Dunkelfeldes verwendet.
- Eine Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung  
Die Gesamtzahl behandelter Fälle wird auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen im ambulanten und stationären Betreuung, der Gesamtzahl von Beratungsstellen sowie eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe errechnet.

- Eine Schätzung auf der Basis von Drogentodesfällen  
Von der Zahl der Drogentodesfälle des Jahres wird unter Verwendung des Anteils von Todesfällen in der ambulanten Klientel p.a. die Gesamtzahl der Konsumenten von Opiaten in der Bevölkerung hochgerechnet.

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraussetzungen gemacht werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt gültig. Die Verfahren wurden an anderer Stelle beschrieben. Die übrigen Verfahren wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

### Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 78.000 und 195.000 Personen. Dies entspricht einer Rate von 1,4 bis 3,5 Personen pro 1000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Der Wertebereich liegt in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen vor kurzem für die Altersgruppe 18 bis 65 errechnet hat: 3,0/1000 (Grenzwerte: 0,2-0,6). Weitere Details finden sich unter 4.2.2.

Aufgrund neuerer Ergebnisse (Perkonig et al., 2004) wurde ab 2004 eine mit 41% höhere Erreichungsquote für ambulante Betreuung angesetzt als in den Vorjahren. Der Wert stellt den Mittelwert aus zwei Untersuchungen aus München (vorher Augsburg) und Hamburg dar. An dieser Stelle muss noch einmal auf die eingeschränkte Definition der Zielgruppe bei diesen Schätzungen hingewiesen werden. Amphetamine und Kokain konnten 2005 nur in der Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten berücksichtigt werden, problematischer Cannabiskonsum ist von vornherein nicht enthalten (Tabelle 5).

**Tabelle 5: Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 1995 bis 2005**

Methode basiert auf der Datenquelle	Referenzjahr					Prävalenz pro 1000 (18-64)
	1995 Tausend	2000 Tausend	2003 Tausend	2004 Tausend	2005 Tausend	
Behandlung	78-124	166-198	109-177	102-150	164-195	3,0-3,5
Polizeikontakte	131-142	153-190	144-182	136-172	128-166	2,3-3,0
Drogentodesfälle	78-104	127-169	92-123	87-115	78-111	1,4-2,0

Wählt man eine breitere Definition der Zielgruppe, die andere Opiate, Kokain, Crack und Amphetamine mit einschließt, so ergibt sich das folgende Problem: Die Substanzen entsprechen zwar der Definition der Zielgruppe durch die EBDD, es besteht jedoch keine Möglichkeit, den intravenösen oder hochfrequenten Konsum dieser Substanzen in den vorliegenden

Datenquellen zu verifizieren. Damit wird eine unbekannte Zahl von Personen berücksichtigt, bei denen die Drogenproblematik weniger stark ausgeprägt ist. Es folgt daraus möglicherweise eine Überschätzung der Prävalenz.

Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 208.000-246.000. Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der in 4.1 dargestellten Probleme nicht vorgenommen.

#### **4.2.2 Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum**

Um das schmale Konzept des „Problematischen Drogenkonsums“ in der Definition der EBDD etwas zu erweitern, werden im Folgenden für Deutschland weitere Datenquellen und Ansätze zur Schätzung der Zielgruppe verwendet.

In einer jungen Altersgruppe von Konsumenten (14-18 Jahre) in Hamburg fand sich Gewohnheitskonsum (mindestens 25maliger Konsum im Lebenszeitraum und mindestens einmaliger Konsum im letzten Monat) von Cannabis bei 11,6% der Befragten, gewohnheitsmäßiger Konsum anderer illegaler Drogen bei 2,4%. (Baumgärtner, 2006).

Das Risiko einer Cannabisabhängigkeit hängt von der Konsumintensität ab, wie eine Studie an 2446 Probanden einer Bevölkerungsstichprobe im Alter von 14 bis 24 Jahren in München zeigte. Von den Personen, die an mindestens drei Tagen pro Woche Cannabis konsumierten, erfüllten 81% mindestens ein Merkmal von Abhängigkeit. Entzugs- und Toleranzsymptome treten dabei am häufigsten auf (Nocon et al., 2005). Kombiniert man dieses Ergebnis mit den Zahlen der Drogenaffinitätsstudie, die in der Altersgruppe 12-25 regelmäßigen Konsum bei 3% der Befragten feststellt, so ergibt sich für rund 2,4% dieser Altersgruppe ein Hinweis auf Abhängigkeit in Form mindestens eines zutreffenden Merkmals.

In einer Meta-Analyse auf der Basis von 27 Studien mit mehr als 150.000 Probanden im Alter von 18 bis 65 Jahren aus 16 Europäischen Ländern zeigten Substanzstörungen neben Angststörungen, Depressionen und somatoformen psychischen Erkrankungen die höchsten Prävalenzen. Abhängigkeit von illegalen Substanzen war dabei mit einer Prävalenz von 0,3% (Konfidenzintervall: 0,2-0,6) um den Faktor 10 weniger häufig zu finden als eine Alkoholabhängigkeit (3,3%; 2,8-4,0) (Wittchen & Jacobi, 2005).

All die hier dargestellten Studien und Ansätze sind nur als grobe Näherungen zu verstehen. Beschränkungen in der Repräsentativität der Daten (regionale Datensätze, kleine Stichproben), ein unzureichende Standardisierung der Altersgruppen und andere Punkte lassen einen exakten Vergleich der Gruppen nicht zu. Problemkonsum in der Definition der EBDD macht unter 0,5% der Gesamtpopulation aus. Wird das Kriterium für problematischen Konsum (Substanz, Folgen) niedriger angesetzt und eine jüngere Altersgruppe als Bezugsgröße verwendet, so steigt die Prävalenz auf rund 3% an, intensive Konsummuster finden sich bei über 10%.

Angaben zur nationalen Prävalenzschätzung sind in Standardtabelle 7, zur lokalen Prävalenzschätzung in Standardtabelle 8 enthalten.

### 4.3 Beschreibung behandelter Klienten

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung. Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) umfangreiche Daten von mehr als 75% aller Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden. Der TDI ist im KDS integriert. Die ambulanten Beratungsstellen sind die ersten Anlaufstellen für Suchtprobleme, soweit diese nicht in der Primärversorgung – also in der Regel durch niedergelassene Ärzte – behandelt werden. Die Beratung ist weitestgehend kostenlos, die Einrichtungen werden vor allem von den Kommunen und Bundesländern finanziert.

Sind die Suchtprobleme und ihre Begleiterscheinungen zu problematisch, die Folgen zu massiv oder die Gesamtsituation für den Betroffenen und seine Umgebung zu belastend, wird eine stationäre Behandlung durchgeführt. Der Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung ist mit administrativem Aufwand verbunden. Es ist zu klären, wer die Kosten übernimmt (in der Regel die Rentenversicherung, bei Menschen ohne Arbeitsverhältnis greifen andere Regelungen). Außerdem ist eine stationäre Maßnahmen in manchen Fällen in der Situation der Klienten nicht angebracht – etwa wenn ein bestehender Arbeitsplatz dadurch gefährdet würde – oder unmöglich, da zum Beispiel keine Betreuung für die Kinder zur Verfügung steht, um der Mutter die Zeit zur Behandlung zu geben. Der Übergang zwischen ambulanter und stationärer Betreuung wirkt auch als Filtermechanismus. Patienten in stationärer Betreuung unterscheiden sich nicht nur in der Schwere der Suchtproblematik, sondern zum Beispiel auch im Geschlechterverhältnis von ambulanten Klienten.

Für den stationären Bereich existieren ebenfalls umfangreiche Statistiken aus der DSHS. Allerdings beteiligen sich an der Bundesauswertung hierbei nur rund 120 Einrichtungen. Viele größere, speziell psychiatrische Kliniken mit Suchtbehandlungen sind nicht in dieser Statistik vertreten. Um diese Lücken soweit als möglich zu füllen, wurden für den REITOX-Bericht auch Daten aus zwei weiteren Quellen herangezogen. Die Krankenhausdiagnosestatistik erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen. Sie ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation. Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden. Damit entfällt jedoch der Teil der stationären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden. Die Beschreibung der stationär behandelten Drogenpatienten ist deshalb schwieriger der ambulant behandelten. Es müssen verschiedene Quellen gleichzeitig berücksichtigt werden, wobei jedoch jede eine bestimmte Art der Selektivität aufweist.

Angaben zu den Charakteristika behandelter Drogenkonsumenten finden sich in Standard Tabelle 3.



### 4.3.1 Ambulante Betreuung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf der publizierten nationalen Suchthilfestatistik des Jahres 2005 für Deutschland (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2006) und auf den Detaildaten in den Tabellenbänden (Strobl et al., 2006). Das Gesamtsystem der Deutschen Suchthilfestatistik hat für das Jahr 2005 insgesamt 245.601 Fälle erfasst. Für den vorliegenden Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz im Mittelpunkt der Betreuung stand.

#### Soziodemographische Informationen

Im Jahr 2005 waren 79% aller in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten 44.509 ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. Etwa 61% von ihnen sind zwischen 15 und 30 Jahre alt. 87% sind deutsche Staatsbürger, 3% stammen aus Staaten der Europäischen Union, 10% aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (Strobl et al., 2006).

Zunehmend werden aus der Praxis Probleme bei der Betreuung und Weitervermittlung von älteren Drogenklienten berichtet. Rahmenbedingungen, Motivationslage, Behandlungskonzeption und –ziele der Angebote passen oft nicht zur Realität dieser Personengruppe. Mit der zunehmenden Zahl älterer Heroinabhängiger wird der Bedarf an entsprechenden Angeboten in den nächsten Jahren in Deutschland wie in anderen westeuropäischen Ländern wachsen.

Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

Weitere Informationen finden sich in den Standardtabellen 8 und 9 sowie im TDI-Fragebogen.

**Tabelle 6: Soziodemographische Daten nach Hauptdroge**

Charakteristika	Hauptdroge			
	Opiate	Cannabis	Kokain	Amphetamin
Alter zu Therapiebeginn (Mittelwert)	32,0	23,0	30,7	24,8
Alter bei Erstkonsum (Mittelwert)	20,4	15,8	20,3	17,9
Geschlecht (Anteil Männer)	77%	85%	84%	73%
Alleinstehend	52%	61%	46%	55%
Erwerbsstatus				
arbeitslos	53%	26%	38%	29%
Schüler/in in Ausbildung	5%	39%	7%	20%
Wohnungslos	5%	1%	3%	1%

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2006)

## Konsumverhalten

In Tabelle 7 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt, so wie sie für die Klienten ambulanter Beratungsstellen im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik für 2005 berichtet wurde.

Heroin wird von 64,7% der Klienten vorwiegend injiziert. Dieses Konsummuster findet sich ebenfalls bei etwa einem Drittel der Kokainkonsumenten. Bei allen anderen Substanzen wird überwiegend oral konsumiert bzw. geraucht. Beim Heroinkonsum hat sich der intravenöse Gebrauch gegenüber dem Vorjahr mit 64,7% (2004: 66,6%; 2003: 70,2; 2002: 72,2; 2001: 68,4%) leicht reduziert, bei anderen Opiaten hat er sich auf 8,7% deutlich verringert (2004: 15,2%; 2003: 21,2%). Für Kokain hat sich der Anteil der i.v. Konsumenten mit 32,8 (2004: 34,3%; 2003: 33,8%) dagegen kaum verändert. Da die Stichprobe der Einrichtungen in der DSHS jährlichen Schwankungen unterliegt, sollten diese kleineren Veränderungen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Da das Rauchen von Heroin in dieser Zeit deutlich zugenommen hat, scheint – auch auf Grund der Fallzahlen – die Aussage gerechtfertigt, dass hier ein Trend weg vom i.v. Konsum jetzt auch in Deutschland sichtbar wird. (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten**

Substanz	Jahr	Applikationsform					Gesamt
		Injektion	Rauchen	Oral	Schnüffeln	Andere	
Heroin	2003	70,2%	17,6%	1,6%	9,6%	1,1%	16.181
	2004	66,6%	23,8%	3,7%	5,0%	1,0%	11.649
	2005	64,7%	25,3%	3,4%	5,6%	1,0%	13.492
Methadon	2003	3,3%	3,1%	93,0%	0,2%	0,4%	8.298
	2004	3,6%	1,8%	92,1%	0,2%	2,2%	4.356
	2005	4,1%	1,9%	91,7%	0,2%	2,2%	5.406
Andere Opiate	2003	21,1%	8,3%	64,3%	4,2%	2,2%	2.509
	2004	15,2%	7,7%	72,0%	0,8%	4,2%	880
	2005	8,7%	6,3%	80,1%	0,6%	4,3%	1150
Kokain	2003	33,8%	19,8%	1,7%	38,8%	5,9%	8.049
	2004	34,3%	26,3%	1,7%	30,2%	7,5%	5.468
	2005	32,8%	26,1%	1,4%	32,8%	6,9%	6451
Crack	2003	17,9%	47,5	2,5%	31,7%	0,4%	1.344
	2004	8,7%	65,3%	4,0%	19,7%	2,3%	173
	2005	6,7%	85,8%	2,0%	4,4%	1,0%	586

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2006a), Mehrfachnennungen möglich

## Diagnosen

Für das Jahr 2005 liegen in der Deutschen Suchthilfestatistik Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 55.524 Personen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe eine Betreuung begonnen haben. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der WHO (ICD 10) für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit). In mehr als der Hälfte der Fälle betrifft die Diagnose Opiate, an zweiter Stelle steht Cannabis. Kokain betrifft 6,7% der Klienten und Stimulantien 5,7%. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung sind, steht Cannabis mit 58% der Klienten als Substanz deutlich an erster Stelle (Tabelle 8).

**Tabelle 8: Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung**

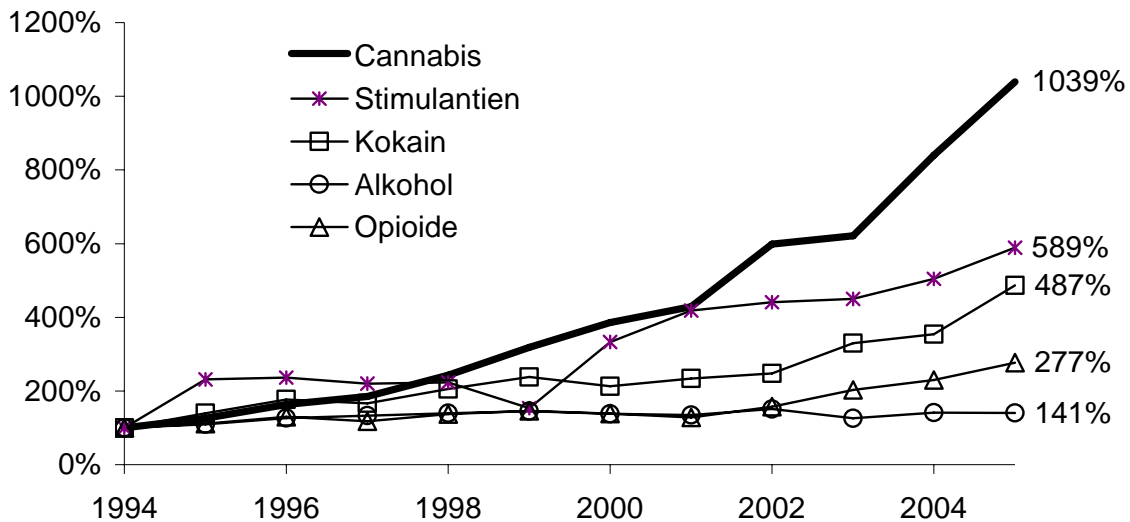
Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von ..  (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Zugänge			Erstbehandelte		
	Männer %	Frauen %	Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt %
Opioide	50,7	57,7	52,2	20,1	26,5	21,2
Cannabinoide	33,2	21,9	30,8	61,5	43,8	58,4
Sedativa/ Hypnotika	1,1	5,5	2,0	0,9	6,4	1,9
Kokain	7,2	5,1	6,8	7,6	5,3	7,1
Stimulantien	5,3	7,3	5,7	8,0	15,7	9,4
Halluzinogene	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
Andere psychotrope Substanzen	2,3	2,1	2,3	1,8	1,8	1,8
<b>Gesamt</b>	<b>43.871</b>	<b>11.576</b>	<b>55.524</b>	<b>11.487</b>	<b>2546</b>	<b>14.062</b>

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2006a)

Berechnet man die prozentuale Veränderung der Klientenzugänge nach verschiedenen Hauptdiagnosen seit 1994, so zeigt sich die deutlichste Zunahme für Cannabis. Diese Klientengruppe hat sich seitdem mehr als verzehnfacht. Die Zahl von Klienten mit einer primären Problematik im Umgang mit Stimulantien oder mit Kokain hat sich im gleichen Zeitraum etwa verfünffacht. Opioide und Alkohol sind vergleichsweise stabil geblieben, stellen aber in absoluten Zahlen die größte Personengruppe dar (Abbildung 5).

Weitere Suchtdiagnosen sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opiatproblemen weisen 24,6% auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) und 27,1% eine Kokainstörung auf. Bei primären Kokainproblemen steht Cannabis (44,4%). Amphetamine (17,5%) und Ecstasy (13,2%) im Vordergrund (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2006)

Weitere Detailinformationen finden sich in den Standardtabellen für die EBDD im Anhang (Standardtabelle TDI).



**Abbildung 5: Langfristige Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdrogen(1994=100%)**

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2006)

### Missbrauch von Medikamenten

Missbräuchlicher Konsum und Abhängigkeit von Medikamenten ist ein relativ häufiges Phänomen, das allerdings wegen seiner beschränkten negativen Auswirkungen auf die soziale Umgebung und die geringere Auffälligkeit der Betroffenen sehr viel weniger erfasst und wahrgenommen wird als etwa die Abhängigkeit von illegalen Drogen. Eine Schätzung der Bundesländer geht von 1,2-1,3 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus (Simon, 2005), andere Schätzungen reichen bis 1,9 Millionen (Soyka et al., 2005a). Um Hinweise darauf zu erhalten, welche Wirkstoffe und Medikamente davon besonders betroffen sind und welche Trends sich dabei abzeichnen, wird in Deutschland seit mehr als 10 Jahren unter dem Namen „ebis-med“ ein Monitoringsystem zur Erfassung von missbräuchlichem bzw. abhängigem Konsum von Medikamenten unter Personen in ambulanter Suchtbehandlung durchgeführt. Dabei geht man davon aus, dass es sich dabei um eine Hochrisikogruppe handelt, in der sich Missbrauch und Veränderungen im Konsummuster schneller und besser erfassbar abzeichnen als in der Normalbevölkerung.

Einbezogen werden dabei zunächst Klienten, deren primäre Problematik Medikamente sind. Daneben sind solche Störungen aber auch häufig bei Personen mit einer primären Alkohol- oder Drogenproblematik zu finden. Das Monitoringsystem erfasst Missbrauch und abhängigen Konsum von Medikamenten durch Klienten von Suchtberatungsstellen mit Hilfe einer Stichprobe von 36 ambulanten Einrichtungen aus ganz Deutschland. Zum Berichtsjahr 2004 liegen die neuesten Ergebnisse dieser Erhebung vor (Rösner & Kufner, 2006). Es wurden 518 Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums von 396 Patienten in die Auswertung einbezogen. Tabelle 9 zeigt, welche Wirkstoffe und Arzneimittelgruppen von Drogenkonsumenten am häufigsten missbraucht wurden. Benzodiazepine, die als Tranquilizer

eingesetzt werden, stellen fast zwei Drittel der erfassten Missbrauchsfälle, ein weiteres Fünftel stellen Hypnotika, die auf diesen Wirkstoffen basieren.

Beim Missbrauch von Substitutionsmitteln wurden Fälle erfasst, bei denen die Substanz nicht im Rahmen einer geordneten Behandlung gebraucht wurde, sondern ohne medizinische Betreuung bzw. vom Schwarzmarkt besorgt verwendet wurde (Tabelle 9).

**Tabelle 9: Häufigste Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen bei den von Opioidklienten missbrauchten Medikamenten**

Arzneimittel/ / Wirkstoff	N	%	Arzneimittel/ Wirkstoff	N	%
<b>Benzodiazepine</b>	<b>141</b>	<b>63.0</b>	<b>Hypnotika</b>	<b>47</b>	<b>21.0</b>
<b>Tranquilizer</b>	<b>94</b>	<b>42.0</b>	Flunitrazepam	44	19.6
Diazepam	84	37.5	Flurazepam	1	0.4
Bromazepam	6	2.7	Vinylbarbital	1	0.4
Lorazepam	2	0.9	Zopiclon	1	0.4
Oxazepam	1	0.4	<b>Substitutionsmittel</b>	<b>39</b>	<b>17.4</b>
Dikaliumclorazepat	1	0.4	Buprenorphin	18	8.0
			Methadon	16	7.1
			Levomethadon	5	2.2

Quelle: Rösner & Kufner, 2006

Wegen der teilweise großen Zufallsschwankungen in der Zahl der gemeldeten Missbrauchsfälle wurde für die Trendbeobachtung der Anteil einzelner Arzneimittelgruppen beobachtet. Der Vergleich der Prozentzahlen über die letzten Jahre zeigt eine deutliche Zunahme der Missbrauchsfälle mit Substitutionsmitteln zwischen 2003 und 2004, während der Anteil missbrauchter Hypnotika sich um mehr als 10% verringerte (Tabelle 10).

**Tabelle 10: Der Anteil verschiedener Arzneimittelgruppen unter den missbrauchten Medikamenten 2000 bis 2004**

	2000	2001	2002	2003	2004	2004 vs. 2003	
	%	%	%	%	N	%	
Substitutionsmittel	4.7	17.1	6.4	6.9	39	17.4	+10.5
Analgetika	6.5	8.1	7.4	3.6	17	7.6	+4.0
Antidepressiva	2.8	5.7	6.4	4.4	14	6.3	+1.8
Parkinsonmittel	0.0	0.0	0.0	0.8	0	0.0	-0.8
Neuroleptika	0.9	0.0	1.1	4.8	3	1.3	-3.5
Hypnotika	34.6	20.3	31.9	33.2	47	21.0	-12.2

Neben den Angaben über Medikamentenmissbrauch aus dem Monitoringsystem EBIS-med hinaus gibt es auch Hinweise aus dem Bereich der Strafverfolgung auf die wachsende Bedeutung des Medikamentenmissbrauchs. Die Zahl der Verfahren, die in Hessen wegen Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetzes eröffnet wurden, hat sich von 2003 (N=385) nach 2004 (N=601) um mehr als 50% erhöht (Hessisches Sozialministerium, 2006).

Bei den Patienten einer Entgiftungseinrichtung in München, die zwischen 1991 und 1996 aufgenommen wurden, fand sich ein signifikant höherer Konsum von Benzodiazepinen bei Personen, die mit Methadon oder Codein (damals noch häufiger verwendet) im Vergleich zu Heroin substituiert wurden. Die Interpretation der Ergebnisse ist jedoch durch die Selbstselektion der Klienten erschwert (Backmund, 2005).

Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den Deutschen Kerndatensatz nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden. Da die Auswertungen dabei teilweise auf den Originaldaten beruhen und eine weitgehend vollständige Erhebung ganzer Regionen beinhalten, stellen sie bei der Beschreibung der Situation eine wertvolle Ergänzung der nationalen Statistiken dar.

Ergebnisse des hessischen „COMBASS-Systems“ unterstützen die Aussage der Bundesstatistik in vieler Hinsicht. Die Auswertung basierte auf 30.759 Betreuungen. 308.359 Einzelleistungen konnten insgesamt 15.185 Personen hieraus zugeordnet werden. Cannabisbezogene Störungen waren bei 10% der Klientel die Hauptdiagnose, harte Drogen bei 32%, Alkohol bei 48%, die Restkategorie „Anderes“ beinhaltet die restlichen 10% der Klienten (Hessische Landesstelle für Suchtfragen, 2006).

Die Verteilung der ambulant betreuten Klienten nach illegaler Hauptdroge zeigt in Schleswig-Holstein Opiate einschl. Substitutionsmitteln mit 50% an erster Stelle, Cannabis mit 24% danach und Kokain mit knapp 7% an dritter Stelle. Der Anteil von Cannabisfällen liegt damit etwas niedriger als im Bundesmittel, was strukturelle Gründe (z.B. geringe Intensität der Strafverfolgung im Bundesland) und Unterschiede bei der Datenerhebung (rund ein Drittel der Klienten werden anonym erfasst und gehen hier nicht ein) haben kann. Die Trends der letzten Jahre – Stabilität oder Rückgang bei Opioiden und Zunahme bei Cannabis – sind dennoch die gleichen wie auf Bundesebene (Raschke, Buth & Kalke, 2005).

### **4.3.2 Stationäre Betreuung**

#### **Daten aus der DSHS**

Im Jahr 2005 wurden von insgesamt 31.569 in der Deutschen Suchthilfestatistik dokumentierten, stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 5.802 Personen (davon 4.505 Männer und 1.292 Frauen, Männeranteil: 77,6%) wegen illegaler Substanzen (inklusive Medikamente) behandelt (Strobl et al., 2006). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch hier basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO (Sonntag, Hellwich und Bauer, 2006).

Neben Opiaten (44,0%) und polyvalentem Drogenkonsum (26,2%) stand Cannabis mit 15,2% der Fallzahlen an dritter Stelle. Die letztgenannte Substanz spielte bei Frauen eine deutlich geringere Rolle: nur 9,2% der Frauen gegenüber 16,9% der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Der Anteil der Opiatfälle liegt im Vergleich zum Vorjahr (2004:55,6%) deutlich niedriger, der Anteil der Cannabisfälle (2004: 14,1%) etwas höher. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Diagnosen nach F19.x (andere schädliche Substanzen bzw. multiple Abhängigkeiten) von 12,9% auf 26,2% etwa verdoppelt (Tabelle 11).

**Tabelle 11: Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (DSHS)**

schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von .. (ICD10 F1x.1/F1x.2x)	Männer %	Frauen %	Gesamt %
Opiaten	44,5%	41,9%	44,0%
Cannabis	16,9%	9,2%	15,2%
Hypnotika/ Sedativa	1,9%	13,5%	4,5%
Kokain	7,6%	3,2%	6,6%
Stimulantien	3,4%	3,3%	3,4%
Halluzinogene	0,1%	0,1%	0,1%
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,0%	0,0%	0,0%
anderen psychotrope Substanzen	25,5%	28,8%	26,2%
<b>Gesamt</b>	<b>4.504</b>	<b>1.292</b>	<b>5.802</b>

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2006)

Die stationäre Behandlung von Cannabisstörungen war bis vor einiger Zeit noch ein Ausnahmefall. In letzter Zeit hat sich das zahlenmäßig geändert, wie Tabelle 11 zeigt. Auch konzeptionell ist die stationäre Behandlung zunehmend eine Option für diese Klientel. So fordern Holzbach et al. (2006), Entzugsbehandlungen für Cannabisabhängige stationär durchzuführen, falls eine Abhängigkeit diagnostiziert wurde und ein ambulanter Entzug misslungen ist oder eine schwere psychiatrische Co-morbidität, Desintegration, psychosoziale Unreife oder hohe Konsumhäufigkeit vorliegt. Behandlung im stationären Setting erlaubt eine integrierte Bearbeitung von Reifungsverzögerungen, psychischen Störungen und Drogenfolgen in dieser Klientel, bei denen psychische Ressourcen altersbedingt niedriger seien als bei anderen Gruppen. Die Dauer der Behandlung wird mit mindestens 3 Wochen konzipiert, Weiterbetreuung soll ambulant geschehen.

### Daten aus anderen Quellen

Eine Gesamtübersicht über alle stationär betreuten Patienten in Deutschland bietet die Statistik der Krankenhausbehandlungen (KDS), deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2004 vorliegen. Sie erfasst die behandlungsleitende Diagnose, Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der Deutschen Suchthilfe-

statistik, die spezifische Informationen ergänzen kann. Die Daten des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (ab 2006: Deutsche Rentenversicherung Bund) beziehen sich auf Rehabilitationsbehandlungen von Suchtkranken. Die Verteilung dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entsprechen sich weitgehend, wenn man den deutlich höheren Anteil der undifferenzierten Diagnosen nach F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) in den Daten des VDR berücksichtigt.

Opioide stehen zahlenmäßig klar im Vordergrund. Danach folgen Sedativa/Hypnotika sowie an dritter Stelle Cannabis. Die bei weitem größte Subkategorie betrifft jedoch den multiplen Substanzgebrauch. In vielen Fällen dürfte sich dahinter primärer Konsum illegaler Substanzen verbergen, da Alkohol sehr viel häufiger als einziges Suchtmittel auftritt. Da diese substanzbezogenen Angaben jedoch nicht vorliegen, ist eine Prüfung dieser Annahme nicht möglich.

Vergleicht man die Daten aus der suchtspezifischen Diagnostik (DSHS) mit diesen Statistiken, so kann man folgendes feststellen: Opiate stehen unter den illegalen Substanzen an erster Stelle. Rechnet man die Fälle mit multipltem Substanzgebrauch dazu, hinter denen in den meisten Fällen eine Kombination aus Opiatabhängigkeit und Kokain- oder anderen Suchtproblemen stecken dürfte, so summiert sich dieser Anteil von 70-80% der stationär behandelten Patienten. Vergiftungen durch Sedativa und Hypnotika sind in der Akutbehandlung relativ häufig, etwa jede zehnte Suchtdiagnose bei den Krankenhausbehandlungen bezieht sich auf diese Substanzen. Bei den Entwöhnungsbehandlungen spielen sie dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Patienten mit einer Cannabisstörung stehen bei der Rehabilitation an zweiter Stelle, wenn auch mit großem Abstand zu den Opioiden. Kokain folgt an dritter Stelle (Tabelle 12).

**Tabelle 12: Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen in den Jahren 2002-2004**

	Diagnosen	Krankenhausbehandlungen			VDR	DSHS
		2002	2003	2004	2004	2005
F11	Opioide	29,9%	30,1%	30,8%	19,6%	44,0%
F12	Cannabinoide	3,8%	5,0%	6,1%	5,4%	15,2%
F13	Sedativa oder Hypnotika	10,1%	9,6%	10,1%	2,6%	4,5%
F14	Kokain	1,1%	1,3%	1,3%	3,4%	6,6%
F15	Stimulantien, einschließlich Koffein	1,1%	1,3%	1,4%	1,4%	3,4%
F16	Halluzinogene	0,9%	0,7%	0,7%	0,1%	0,1%
F18	flüchtige Lösungsmittel	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%
F19	multipler Substanzgebrauch und Konsum and. psychotroper Substanzen.	52,8%	51,8%	49,6%	67,4%	26,2%
	Gesamt	82.473	83.539	84.147	10.311	5.802

Quelle: Statistisches Bundesamt (2004), VDR (2005) (ab 2006:Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Suchthilfestatistik)



Bei den illegalen Drogen dominiert Heroin die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Allerdings steht Cannabis bei Personen in ambulanter Erstbetreuung an erster Stelle und spielt im Vergleich zu Opiaten dort auch eine wichtige Rolle. Die höhere Schwelle vor der Aufnahme einer stationären Behandlung (Kosten, Organisations- und Zeitaufwand) bewirkt neben der meist weniger schwierigen Drogenproblematik, dass nur ein recht kleiner Teil der Cannabisfälle stationär behandelt wird.

#### **4.3.3 Diagnosedaten aus anderen Bereichen**

Gefängnisinsassen weisen eine erhöhte Prävalenz beim Konsum psychotroper Substanzen und bei Substanzstörungen auf. Personen, die wegen Drogendelikten – in der Regel Handelsdelikten – oder aus anderen Gründen in Haft sind, konsumieren auch innerhalb der Gefängnisse psychotrope Substanzen. Epidemiologische Daten zum Konsum psychotroper Substanzen sind in den Justivollzugsanstalten sehr schwer zu erheben und oft wenig valide. Einen groben Überblick über die Situation geben Simon & Tischer (2006) auf der Basis von Angaben aus den Justizministerien der Bundesländer. Soweit dabei Angaben und Schätzungen zur Prävalenz von Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen gemacht werden, liegen diese zwischen 40 und 50%. Der Anteil der Gefangenen, bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vermutet wird, liegt bei etwa 33%. Für inhaftierte Frauen liegen die Prävalenzen tendenziell etwas höher als für Männer.

Neue Studien, die Informationen über Charakteristika oder Konsummuster von problematischen Drogenkonsumenten außerhalb von Behandlungseinrichtungen liefern könnten, liegen nicht vor.

## 5 Drogenbezogene Behandlung

### 5.1 Übersicht

Für Menschen, die ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung überwinden wollen, stehen Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote zur Verfügung. Es bestehen einerseits Substitutionsangebote mit einer zunächst begrenzten Zielsetzung hinsichtlich einer Stabilisierung des Gesamtzustandes und andererseits abstinenzorientierte Angebote. Beide Konzepte sind komplementär zu sehen, da auch Substitution langfristig auf Drogenfreiheit abzielt, wo diese erreicht werden kann.

Abstinenzorientierte Behandlung wird nach gegenwärtigem Wissensstand in vier grundlegende Phasen unterteilt:

- Kontakt- und Motivationsphase,
- Entzugsphase,
- Entwöhnungsphase und
- Integrations- und Nachsorgephase.

Die Behandlung ist entsprechend dem o.a. Phasenmodell strukturiert, wobei das Ziel der Kontaktphase die Erlangung, der Erhalt und die Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung ist. Für die Behandlung sollte ein Hilfeplan entwickelt werden. An seinem Beginn steht eine Beratung, die medizinische, psychische und soziale Diagnostik und Anamnese umfasst. Im Hilfeplan sollen alle regional zur Verfügung stehenden Angebote der Behandlung und Gesundheitsfürsorge berücksichtigt werden, um die individuell am besten geeigneten Maßnahmen zu wählen.

In der *Entzugsphase* werden im Rahmen des „qualifizierten Entzugs“ in multiprofessionellen Teams die verschiedensten Aspekte der Abhängigkeit bereits während der Entzugsphase bearbeitet. Die Dauer der Entgiftungs- und Entzugsphase kann je nach Einzelfall zwei bis sechs Wochen betragen.

In der *Entwöhnungsphase* soll die durch die Entgiftung erreichte Abstinenz stabilisiert und die Abhängigkeit langfristig beendet werden. Entwöhnungsbehandlungen können ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. Für Drogenabhängige ist eine Regelzeit von sechs Monaten vorgesehen.

Die *Integrations- und Nachsorgephase* ist überwiegend auf die „Adaptionsphase“ bezogen. In dieser Phase werden die individuellen therapeutischen Anwendungen zu Gunsten der Außenorientierung im Hinblick auf eine Integration in Arbeit und Gesellschaft zurückgenommen. Dabei unterstützen die Fachdienste der Arbeitsverwaltung sowie der Rentenversicherungsträger die Klienten bei ihrem Bemühen um Integration in die Gesellschaft.

## Die Durchführung von Behandlung

Im Rahmen der Substitution bestehen medikamentengestützte Behandlungsangebote, mit denen eine recht große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird. Die substitutionsgestützte Behandlung ist seit dem Jahr 2001 detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch voll anerkannt: Die Bundesärztekammer hat schon 2002 den Stand der medizinischen Wissenschaft (state of the art) durch Richtlinien festgelegt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Substitutionsbehandlung 2003 ohne Einschränkung als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt und die Kosten für die gesetzlich Versicherten übernommen. Die überwiegende Zahl der Substituierten werden ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmmedizinische Qualifikation vorweisen. Falls sie diese nicht besitzen können sie im Rahmen einer Konsiliarregelung maximal drei Patienten behandeln. Einzelne stationäre Einrichtungen nehmen inzwischen auch Patienten zur Substitutionsbehandlung auf. Bisher ist es noch nicht zufriedenstellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Spezialexsystem der Drogenhilfe in Deutschland zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch deutlich besser.

Die ärztliche Substitutionsbehandlung soll grundsätzlich von einer psychosozialen Betreuung begleitet werden. Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entgiftung und Entzug werden überwiegend in sogenannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen vorgenommen. Entwöhnung kann in Fachabteilungen von Krankenhäusern, in Fachkliniken oder in therapeutischen Gemeinschaften erfolgen.

Als Ergebnis der 2006 erfolgreich abgeschlossenen Medikamentenstudie zum Einsatz von Heroin bei der Behandlung Opiatabhängiger wird derzeit die Zulassung von Diamorphin zur Regelbehandlung geprüft. Diese Art der Behandlung ist für einen kleinen Teil der Betroffenen gedacht, die von anderen Behandlungsangeboten nicht ausreichend profitieren konnten. Die notwendigen Gesetzesänderungen und die Regelung weiterer Modalitäten, die eine Behandlung mit Diamorphin auch nach Studienende ermöglichen, befinden sich derzeit noch im politischen Entscheidungsprozess

In der Integrations- und Nachsorgephase wird ein vielschichtiges Angebot von beruflichen Hilfen, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gemeinschaft gemacht, das sich an der individuellen Bedarfslage der Abhängigen orientiert. In all diesen Arbeitsfeldern sind Fachkräfte tätig, die zum großen Teil über arbeitsfeldspezifische Weiterbildungen verfügen. Alle diese Angebote verfolgen das Ziel der Stabilisierung von Drogenabstinenz.

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie und Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen bei den ambulanten Angeboten (Beratungsstellen u.ä.) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. bei den Ländern und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen

Leistungsträger federführend tätig sind. Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanter therapeutischer Angebote durch die Rentenversicherung kommen die genannten Standards auch dort immer stärker zum Tragen.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und Organisationen wird in vielen Bundesländern durch landesfinanzierte Institutionen gefördert, zum Beispiel durch die Bayerische Suchtakademie (BAS), die Hessische Landesstelle Suchtprävention (HLS) oder die Thüringer Landesstelle gegen die Suchtgefahren.

### **Finanzierung und Trägerschaft**

Es gibt 934 spezialisierte Suchtberatungsstellen, die Drogen vorrangig oder neben anderen psychotropen Substanzen behandeln. Mehr als 2.078 Plätze für stationäre Entgiftung und etwa 5.260 Plätze für Entwöhnungsbehandlung stehen bundesweit zur Verfügung. Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig (Simon, 2005).

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung wird die ambulante Suchthilfe zum größten Teil mit Hilfe freiwilliger Leistungen der Länder und Gemeinden finanziert. Ein rechtlicher Anspruch auf diese Unterstützung besteht für die Einrichtungen nicht. Während der Entzugsphase ist die gesetzliche Krankenversicherung federführend tätig. Für die Entwöhnungsbehandlung ist die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, die diese Behandlung als medizinische Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen ihrer Leistungen finanziert. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung. Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf wesentliche Ausnahmen keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier häufig auf Finanzierungsmodelle angewiesen, die staatliche Mittel, der Sozialversicherung und der Agenturen für Arbeit nutzen.

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Im Rahmen der Umstrukturierung des Ausbildungssystems in Deutschland nach europäischen Vorgaben (Einführung von Master und Bachelor an Universitäten und Fachhochschulen) müssen auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert werden.

## Datenquellen

Durch die Integration weiterer Dokumentationssysteme in die Berichterstattung hat die nationale Suchthilfestatistik in den letzten Jahren einen deutlich höheren Anteil an Betreuungen erfasst als in der Vergangenheit. Es wurden im Berichtsjahr 749 von 943 (79,4%) Einrichtungen mit Bundes- oder Landesförderung erfasst.

Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 1. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung soll nicht in diesem Register erfasst werden. Für 2005 stehen hieraus Ergebnisse zur Anzahl und Geschlechterverteilung der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.

Krankenhausbehandlung in Deutschland betrifft die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung, während Rehabilitation der langfristigen Entwöhnung und dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dient. Für alle Personen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, wird die Hauptdiagnose dem Statistischen Bundesamt gemeldet, das diese Daten regelmäßig publiziert. Zu den Rehaleistungen liegen Statistiken der Rentenversicherungsträger vor, die sich an den erbrachten Leistungen dieser Institutionen orientieren.

## 5.2 Behandlungssystem

### Institutionen und Organisationen

Die Trennung zwischen drogenfreier Behandlung und Behandlung mit medikamentöser Unterstützung – also vor allem Substitutionsbehandlung – ist für die Beschreibung des Behandlungssystems in Deutschland nur begrenzt geeignet. Zwar lässt sich ein großer Teil der Aktivitäten von niedergelassenen Ärzten der medikamentös unterstützten Behandlung zuordnen. Eine klare Zuordnung der psychosozialen Beratungsstellen, die ein zentrales Versorgungselement darstellen, ist jedoch nur in den wenigen Fällen möglich, in denen sie selbst Substitutionsmittel vergeben. In vielen Fällen findet jedoch die medizinische Substitution außerhalb der Beratungsstelle statt. Die psychosoziale Betreuung oder Therapie, die in der Beratungsstelle geleistet wird, ist damit per se weder dem drogenfreien noch dem medikamentös unterstützten Ansatz verpflichtet. Um Wiederholungen zu vermeiden, werden in der folgenden Darstellung ambulante Beratungsstellen unter der Überschrift drogenfreie Behandlungen dargestellt.

Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten besteht auch im Bereich der Sucht eine Vielzahl von Selbsthilfe-Organisationen. Allerdings waren diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet.

Die Kooperationsbeziehungen und Vermittlungswege zwischen verschiedenen Hilfeeinrichtungen zeichnet eine Studie am Beispiel des Großraums München nach. In 11 Einrichtungen aus den Bereichen niedrigschwelliger Hilfen, Beratung, Substitution, Entzug, Entwöhnung und Übergang wurden im Abstand von einigen Wochen jeweils 4 Wochen lang Klienten- und Betreuungsdaten (N=432) zum Betreuungsverlauf (Vermittlung, Weiterbehandlung, Abbruch, Entlassung) erfasst und ausgewertet. Der Klientenfluss zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen entsprachen der Konzeption des Hilfesystems: Beratungsstellen vermitteln während des Beobachtungszeitraums 31,5% der Klienten, während Übergangseinrichtungen mit ihrem langfristigeren Ansatz 96,6% der Klienten noch weiterbehandeln. Auffällig ist die relativ hohe Zahl von zirkulären Vermittlungen aus Substitutionseinrichtungen in andere Einrichtungen des gleichen Typs und die mit 10,9% recht niedrige Vermittlungsrate aus niedrigschwelligen Einrichtungen (Queri et al., 2005).

### **Behandlungsbedarf und Evaluation**

Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Landes- und Kommunalebene. Beispiele für eine Bedarfsplanung auf der Grundlage von Bestandsanalysen und der Gesundheitsberichterstattung finden sich etwa in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004), Frankfurt (Prinzleve et al., 2004, Werse et al., 2005) und Hamburg (Baumgärtner, 2004a, b, Baumgärtner & Wies, 2005). In Hessen wird zurzeit, ähnlich wie in anderen Teilen Deutschlands, die Kooperation von Suchthilfe und Jugendhilfe speziell für die jüngeren Drogenkonsumenten mit Hilfebedarf intensiviert. In diesem Bundesland hat man dazu integrierte Jugend- und Suchthilfezentren geschaffen (Hessisches Sozialministerium, 2006).

Bisher wurden substanzbezogene Störungen im Alter noch wenig beachtet. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur, die steigende Lebenserwartung und ein geändertes Konsumverhalten auch jenseits von 60 Jahren machen dieses Thema zunehmend wichtig. Bei den legalen Substanzen spielt dabei der teilweise spät einsetzende (late onset) problematische Gebrauch von Alkohol, häufig aber auch der Missbrauch von Medikamenten eine wichtige Rolle (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2005).

Neben dieser Gruppe von Abhängigen von legalen Substanzen wächst auch die Zahl alternder Opiatkonsumenten in Substitution und außerhalb. Hier zeichnen sich neue Anforderungen an das Hilfesystem ab. Dieses Thema wurde zum Beispiel auf dem 29. Bundesdrogenkongress des fdr diskutiert. Für diese Zielgruppe bestehen derzeit kaum Betreuungsplätze, die von der Therapiezielen, dem Rahmen und den versicherungstechnischen Anforderungen her wirklich adäquat sind.

Die zur Verfügbarkeit von Behandlung finden sich in Standard Tabelle 24.

### 5.3 Drogenfreie Behandlung

Insgesamt hat sich die Angebotssituation nicht grundsätzlich geändert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt häufig zu Finanzierungsproblemen. Die Kommunen, die den größten Anteil dieser Angebote finanzieren, leiden unter erheblichen Budgetproblemen. Angebote der ambulanten Suchthilfe, für deren Finanzierung keine rechtliche Verpflichtung besteht, werden deshalb stellenweise reduziert. Allerdings ist gleichzeitig neben der fachlichen auch eine betriebswirtschaftlich orientierte Professionalisierung von Einrichtungen festzustellen. Die Charakteristika der ambulant bzw. stationär betreuten Klienten wurden bereits unter 4.3 beschrieben. Hier soll lediglich eine Darstellung der Zahl betreuter Personen erfolgen.

#### Klientenzahlen im stationären Bereich

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da die Dokumentation sich an der Finanzierung orientiert und nicht an der Art der Behandlung (drogenfrei vs. medikamentengestützt) werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit Hauptdiagnose F11-F17 oder F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus und Reha-Behandlung dargestellt. Krankenhausbehandlung dient der Entgiftung, der körperlichen oder psychiatrischen Behandlung oder der Bekämpfung der Folgen einer akuten Intoxikation. Eine umfassende Statistik zur Behandlung dieser Klientel wird außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und der Drogenfreiheit als Voraussetzung für die Wiederherstellung oder Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Klienten. Sie findet in der Regel stationär, in zunehmend größerem Umfang aber auch ambulant statt.

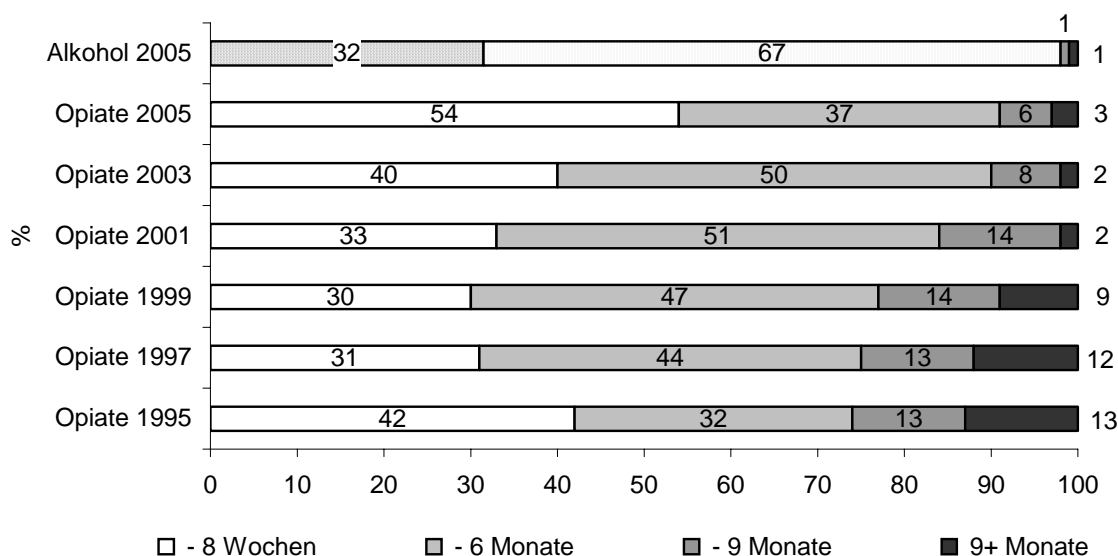
Im Akutbereich steht Alkohol mit großem Abstand an erster Stelle der Hauptdiagnosen. Bei den illegalen Substanzen spielen Opiate und Cannabinoide die wichtigste Rolle. Die große Verbreitung von multiplen Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken zeigen sich auch daran, dass mehr als die Hälfte aller Drogenfälle in Krankenhausbehandlung eine solche Diagnose erhalten hat. Während die Gesamtzahl an Sucht- bzw. Drogenbehandlungen von 2004 nach 2005 sich nur geringfügig erhöht hat, hat die Zahl der Cannabisfälle um fast ein Viertel zugenommen. Die Behandlung von Opioidabhängigen – nach Alkoholabhängigen die größte Patientengruppe – hat sich mit +3% nur relativ wenig verändert. Behandlungen wegen Stimulanzien haben sich um 6% erhöht (Tabelle 13).

**Tabelle 13: Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern**

Hauptdiagnose	Substanz	2002	2003	2004	Veränderungen 2004 vs. 2003
F10	Alkohol	258.083	288.115	290.864	1,0%
F11	Opiode	24.663	25.145	25.889	3,0%
F12	Cannabinoide	3.113	4.151	5.107	23,0%
F13	Sedativa/ Hypnotika	8.359	8.035	8.504	5,8%
F14	Kokain	887	1.112	1.096	-1,4%
F15	Stimulantien	912	1.074	1.139	6,1%
F16	Halluzinogene	741	573	562	-1,9%
F17	Tabak	1.110	944	420	-55,5%
F18	flüchtige Lösungsmittel	269	197	151	-23,4%
F19	multipler Gebrauch	43.529	43.252	41.699	-3,6%
Gesamt Sucht		341.666	372.598	375.431	0,8%
Gesamt Drogen		73.845	75.307	84.147	0,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005d)

Die Ergebnisse der DSHS für stationäre Einrichtungen (Sonntag, Hellwich & Bauer, 2006) zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen, aber auch in ihrer Varianz. Die Ergebnisse für 2005 liegen bei einer Behandlungsdauer (Wochen) von 10,9 (SD:9,1; n=2.552) für Opiode, 14,7 (SD:15,5; n=881) für Cannabinoide, 10,7 für Sedativa/Hypnotika (SD: 5,2; n=261) und 14,5 für Kokain (SD:9,9; n=385). Die Therapiedauer ist für die größte Gruppe von Drogenabhängigen in stationärer Betreuung seit etwa 5 Jahren deutlich rückläufig, was vor allem auf die kritischere Bewilligungspraxis der Leistungsträger zurückzuführen ist (Abbildung 6).



**Abbildung 6: Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit primären Opiat- und Alkoholproblemen in den Jahren 1995 bis 2005**

Quelle: DSHS (Sonntag, Hellwig & Bauer, 2006)



Die Analyse der Fallzahlen für Rehabilitation zeigt für die Drogenpatienten insgesamt ein gemischtes Bild. Die Zahl stationärer Reha-Behandlungen nahm von 2003 nach 2004 um 1,5% auf 7.613 ab, während die Zahl ambulanter Reha-Behandlungen bei dieser Gruppe um 9,6% auf 1.020 Fälle zugenommen hat. Hier wie bei den anderen Patientengruppen findet seit Jahren eine Verschiebung zu ambulanter Behandlung statt. Die Zahl der Patienten mit multiplem Gebrauch von psychotropen Substanzen (bei dem in der Regel auch Drogenkonsum eine Rolle spielen dürfte) hat ebenfalls ambulant deutlich zugenommen. Dennoch sind nach wie vor fast acht Mal so viele Drogenpatienten in stationären wie in ambulanten Reha-Behandlungen (VDR 2004, 2005) (Tabelle 14).

**Tabelle 14: Rehabilitation bei Suchtproblemen**

Hauptdiagnose	Stationär				Ambulant			
	2002	2003	2004	2004 vs. 2003	2002	2003	2004	2004 vs. 2003
Alkohol	30.257	28.782	28.884	0,4%	8.581	9.477	10.739	13,3%
Drogen	8.498	7.731	7.613	-1,5%	58	931	1.020	9,6%
Medikamente	344	347	372	7,2%	848	78	83	6,4%
multipler Gebrauch	2.806	3.332	3.359	0,8%	393	445	466	4,7%
Gesamt Sucht	41.905	40.192	40.228	0,1%	9.880	10.931	12.308	12,6%

Quelle: VDR (2003, 2004)

Auch regionale Erhebungen bestätigen die Tendenz zur ambulanten Rehabilitation. Die Zahl dieser Behandlungen, die durch die Rentenversicherung in Hessen bewilligt wurde, hat sich von 2002 nach 2004 um fast 60% auf 812 Maßnahmen erhöht (Hessisches Sozialministerium, 2006).

### Klientenzahlen im ambulanten Bereich

Die Zugänge bei ambulanter Betreuung werden auf der Basis der Nennungen von 703 Einrichtungen in der Deutschen Suchthilfestatistik dargestellt. Unter den illegalen Substanzen stehen Opiate mit 52,2% Zugängen an erster, Cannabis mit 30,8% an zweiter Stelle. Deutlich seltener stehen Kokain (6,8%) oder Stimulantien (5,7%) im Zentrum der Probleme. Alle anderen Substanzen treten sehr viel seltener als Hauptproblem auf.

Während der Anteil von Personen mit Hauptsubstanz Opioide, Cannabis und Kokain von 2003 bis 2005 gestiegen ist, ging der Anteil der Alkoholabhängigen in Behandlung zurück. Der Anteil der übrigen Störungen hat sich nur geringfügig verändert (Tabelle 15).

**Tabelle 15: Neuzugänge zu ambulanter Betreuung von Drogenproblemen**

Hauptdiagnose	Substanz	2003 % Gesamt	2004 % Gesamt	2005 % Gesamt	2005 % Drogen	2005 N
F10	Alkohol	64,5%	60,2%	55,6%		71.640
F11	Opioide	18,8%	20,5%	22,5%	52,2%	28.971
F12	Cannabinoide	9,6%	11,5%	13,3%	30,8%	17.104
F13	Sedativa/ Hypnotika	1,0%	1,0%	0,9%	2,0%	1.106
F14	Kokain	2,2%	2,3%	2,9%	6,8%	3.749
F15	Stimulantien	2,4%	2,4%	2,5%	5,7%	3.188
F16	Halluzinogene	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	111
F17	Tabak	0,7%	1,0%	1,3%		1.655
F18	flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26
F19	multipler Gebrauch	0,6%	0,9%	1,0%	2,3%	1.269
Gesamt Sucht		102.757	115.284	100%		128.819
Gesamt Drogen		38.308	44.509		100,0%	55.524
Anzahl berichtender Einrichtungen		699	682	703	703	703

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2004a, 2005a)

Einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung sind in der DSHS enthalten (Sonntag, Bauer & Hellwich, in Druck). Ab dem Berichtsjahr 2005 wird bei den Diagnosen auch zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch differenziert. Die durchschnittliche Zahl der Kontakt während einer Betreuung liegt mit 20,6 bei Opiatklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 10,0 vergleichsweise am niedrigsten. Durchgängig kann man feststellen, dass Frauen mehr Kontakte wahrnehmen als Männer und dass bei vorliegender Abhängigkeit mehr Kontakte anfallen als in Fällen von schädlichem Gebrauch.

Die mittlere Bereuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opiatklienten sind im Mittel 43,6 Wochen in Betreuung, Cannabisklienten 23,7 Wochen, Kokainklienten 30,6 Wochen und Klienten mit primären Problemen mit Stimulantien 30,1 Wochen (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2006).

**Tabelle 16: Zahl der Kontakte bei verschiedenen Hauptdiagnosen**

	Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien		
	M	F	Ges	M	F	Ges	M	F	Ges	M	F	Ges
<b>Gesamt</b>												
<i>MW</i>	19,5	24,3	20,6	9,9	11,0	10,0	16,4	19,5	16,9	11,9	12,9	12,1
<i>SD</i>	32,2	40,4	34,7	13,9	18,0	14,7	21,7	29,2	23,0	12,1	13,5	13,1
<i>N</i>	16.266	4.850	21.236	10.980	1.784	12.806	2.344	464	2.821	1.706	590	2.315
<b>Abhängigkeit</b>												
<i>MW</i>	20,0	24,9	21,1	11,0	12,2	11,1	17,6	20,0	18,0	13,0	15,9	13,7
<i>SD</i>	33,1	41,7	35,7	15,2	21,2	16,5	22,6	27,7	23,4	12,4	17,3	14,3
<i>N</i>	12.402	3.875	16.359	5.592	914	6.521	1.675	319	2.006	1.113	364	1.481
<b>Schädlicher Gebrauch</b>												
<i>MW</i>	15,4	17,7	15,8	7,3	7,5	7,3	12,4	13,1	12,7	8,8	7,7	8,5
<i>SD</i>	14,9	40,1	20,6	11,0	6,8	10,6	21,4	22,4	21,0	8,9	3,6	7,9
<i>N</i>	334	90	425	3.027	480	3.538	194	56	253	314	131	448

Quelle: (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2006)

### Regionale Daten

Kalke und Kollegen (2005) haben aus der Basisdokumentation ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Schleswig-Holstein Informationen für die beiden Altersgruppen 14-17 und 18-26 ausgewertet. Es gingen Daten von 13.565 Betreuungen in die Untersuchung ein. Als zentraler Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen erwies sich die Hauptdroge. In der jüngeren Altersgruppe stehen vor allem Cannabis (57%) und Alkohol (16%) im Mittelpunkt. In der Gruppe der jungen Erwachsenen (18-26) sind dagegen Opiate (43%) im Vordergrund, Cannabis und Alkohol folgen mit jeweils 21% danach. Während die jüngere Gruppe fast ausschließlich (93%) Beratung sucht, geht es bei den Älteren in jeweils einem Viertel der Fälle um Therapie im engeren Sinne bzw. um die Vermittlung in – meist stationäre – Therapieangebote anderer Einrichtungen. Die Zahl der Kontakte liegt im Mittel bei 5 im Vergleich zu 13 mit einer Gesamtdauer von 3,4 vs. 8,6 Stunden (Kalke et al., 2005).

Das Dokumentationssystem für Suchtbehandlung in Schleswig-Holstein liefert Angaben zu den Betreuungszeiten, die differenziert sind nach Leistung und Klientengruppe (Raschke, Buth & Kalke, 2005). Die Zahlen aus 2003 machen deutlich, dass Klienten mit Cannabisproblemen mit relativ geringem Zeitaufwand betreut werden, während Maßnahmen der Begleitung bei Opiatklienten mit erheblichem Zeitaufwand verbunden sind. Noch intensiver gestaltet sich die Arbeit bei Alkoholstörungen. Angaben zu den Klienten mit pathologischem Spielen oder mit Essstörungen sind hier nicht dargestellt, sind aber in den Gesamtwert eingegangen. Gegenüber dem Vorjahr 2003 sind die Leistungen für Substitutionsmittel und Opioide um 8%, die Leistungen für Cannabisprobleme um 10% gestiegen. Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Leistungsart bezieht sich jeweils auf Klienten, bei denen diese Leistung tatsächlich durchgeführt wurde (Tabelle 17).

**Tabelle 17: In Anspruch genommene Leistungen nach Hauptdiagnose**

Hauptdroge	Information (Std)	Beratung (Std)	Vermittlung (Std)	Betreuung (Std)	Andere Hilfen (Std)	Begleitung (Std)	Gesamt 2004	Gesamt 2003	N
Alkohol	2,1	5,9	1,0	27,7	6,8	5,2	12,8	12,5	4.253
Substitutionsmittel	2,5	3,2	1,3	4,4	7,0	6,3	7,9	7,3	1.056
Opiode	1,5	6,2	1,1	6,8	7,3	3,8	8,1	7,5	980
Cannabinoide	1,0	2,6	1,1	7,9	2,7	4,7	3,2	2,9	629
Gesamt	1,9	5,2	1,1	15,4	8,5	5,0			
N	1.822	6.787	1.088	2.563	533	222			

Quelle: Raschke, Buth & Kalke, 2005

Im Hessischen Suchthilfesystem zeigen entsprechende Erhebungen eine mittlere Gesamtkontaktzeit bei Cannabisklienten von 5,3 Stunden, bei Klienten mit Diagnosen zu Opiaten oder Kokain liegt dieser Wert bei 9,5 Stunden. Die Relation ist also ähnlich wie in Schleswig-Holstein, wobei in Hessen im Mittel eine höherer Zeitaufwand pro betreutem Klient vorliegt (Hessische Landesstelle für Suchtfragen, 2006b).

### Innovative Behandlungsangebote und Modellprojekte

Im Rahmen des Internetangebots drugcom.de der BZgA wurde ein Ausstiegsprogramm für Personen mit Cannabisstörungen konzipiert. Die Teilnehmer werden über einen Zeitraum von 50 Tagen virtuell begleitet. Sie führen ein Online-Tagebuch und erhalten einmal pro Woche ein individualisiertes Feedback von einem Berater. Bisher wurden etwa 600 Personen in das Programm aufgenommen (Tossmann, persönliche Mitteilung). Eine erste Auswertung (N= 429) des Projekts stellt zu Beginn der Betreuung bei 87% der Teilnehmer eine Abhängigkeit nach klinischen Maßstäben (DSM IV) fest, bei 92% lag nach ihrer Selbsteinschätzung eine Abhängigkeit vor. Drei Monate nach Beendigung des Programms hat sich die tägliche Konsummenge von Cannabis von 18,2 Gramm (Betreuungsbeginn) auf 7,5 Gramm, die Zahl der Konsumtage von 22,2 auf 12,8 signifikant verringert. 78% der Teilnehmer geben an, das Tagebuch habe ihnen dabei ziemlich oder sehr geholfen. 60% der ehemaligen Teilnehmer haben das Programm in der Zwischenzeit an Freunde und Bekannte weiterempfohlen. Die Grundlage der Evaluation sind die Selbstangaben der Klienten (Jordan, Tossmann, Tensil & Jonas, 2006).

Das binationale Projekt "realize it" ist ein Programm zur Beratung von Cannabiskonsumenten, die die Hilfe von Drogen- bzw. Suchtberatungsstellen aufsuchen. Das Programm fand als Modellprojekt in jeweils sieben Beratungsstellen in Baden-Württemberg und der Schweiz statt. Es beinhaltet fünf Einzel- und eine Gruppensitzung und läuft über 10 Wochen. In dieses Programm wurden bisher mehr als 200 Jugendliche und junge Erwachsene aufge-

nommen. Die Evaluation des Programms wird derzeit von der Uni Fribourg durchgeführt (Tossmann, persönliche Mitteilung).

Die Stadt Hamburg stellt ab 2006 pro Jahr 300.000 bis 500.000 € für den Ausbau von Beratungsangeboten für suchtgefährdete Jugendlichen und junge Erwachsene zur Verfügung. Im Rahmen einer Ausschreibung werden Träger ambulanter Suchthilfeangebote gesucht, die entsprechende Angebote konzipieren und umsetzen wollen. Zielgruppen sind junge Drogenkonsumenten am Rand des problematischen Konsums, ihre Eltern, Lehrer und andere Fachkräfte im Umfeld. Eine enge Kooperation mit der Jugendhilfe und regelmäßige Dokumentation wird explizit gefordert. Die Weiterentwicklung der Angebote wird mit Methoden der „Wirkungsorientierten Steuerung“ (Schröder & Kettiger, 2001) begleitet (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg).

#### **5.4 Medikamentengestützte Behandlung**

##### **Entzug**

Beim Entzug von Opiatabhängigen werden zur Reduktion negativer Begleiterecheinungen kurzzeitig unter anderem Methadon oder Buprenorphin eingesetzt. Wegen geringer Nebenwirkungen und schneller abklingender Entzugserscheinungen wird letzteres dabei immer häufiger verwendet. Statistische Zahlen zu dieser Behandlungsform liegen nicht differenziert vor. Die Fälle sind jedoch in der Krankenhausstatistik (vgl. Tabelle 13) enthalten.

Missbrauch von Benzodiazepinen (BZD) findet sich bei Personen in Methadonsubstitution relativ häufig. Der stationäre Entzug von BZD - in vielen Fällen kombiniert mit dem Entzug weiterer Stoffe wie Kokain - ist für eine sichere Substitution notwendig und in den meisten Fällen möglich. Allerdings wird der Großteil der Probanden innerhalb von 3 Monaten wieder rückfällig (Specka & Scherbaum). Es wird diskutiert, ob Methadon-induzierte Schlafstörungen ein möglicher Auslöser für den Benzodiazepingebrauch sein könnten (Elsner, 2006b).

##### **Substitution**

Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren zur Standardbehandlung von Opiatabhängigen geworden (Michels, 2005). Gerlach & Stöver (2005) geben in ihre Publikation einen ausgezeichneten Überblick über den Stand und der Substitution in Deutschland nach 20 Jahren Anwendung und über die Themen, die derzeit diskutiert werden. Zugelassene Substanzen sind Methadon und Buprenorphin; Codein und DHC können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Der Einsatz von Buprenorphin hat dabei deutlich zugenommen, Methadon ist aber nach wie vor vorherrschend (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a) (Tabelle 18).

**Tabelle 18: Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel**

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005
Methadon	72,1%	70,8%	68,3%	66,2%
Levomethadon	16,2%	14,8%	15,0%	15,8%
Buprenorphin	9,7%	13,0%	15,6%	17,2%
Dihydrocodein	1,7%	1,2%	0,9%	0,7%
Codein	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%

Quelle: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2006a)

Backmund und Kollegen weisen bei der Re-Analyse von Patientendaten einer Münchner Einrichtung auf den steigenden Anteil älterer Klienten hin. Während im ersten Teil der analysierten Patientenjahrgänge 1991-1996 nur 12% der Klienten der Altersgruppe 36 bis 45 Jahre angehörten, waren dies bei den Patientenjahrgängen 2003-2005 bereits 26%. Jünger als 26 Jahren waren in der ersten Kohorte 37% der Klienten, in der zweiten nur noch 22% (Backmund et al., 2006b).

Laut BfArM-Register waren bereits 2003 mehr als 5.000 Ärzte zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen berechtigt. Tatsächlich aktiv waren im Jahr 2005 jedoch nur 2670 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a). Die besonderen Probleme der Klientel und der administrative Aufwand wurde von den übrigen Ärzten als wichtiger Hinderungsgrund genannt. Der Zugang zu Substitutionsbehandlung ist insbesondere in den ländlichen Regionen im Osten Deutschlands schwierig (Wittchen, Apelt & Mühlig, 2005).

### Zahl der Substitutionsbehandlungen

Innerhalb der ersten dreieinhalb Jahre der bestehenden Meldepflicht (01.07.2002 bis 31.12.2005) wurden rund 206.000 Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Davon wurden ca. 142.000 Behandlungen bereits wieder beendet. Da keine eindeutigen Codes verwendet werden, werden die gleichen Personen bei mehrmaliger Aufnahme in verschiedenen Praxen unter Umständen mehrfach gezählt. Je nach betrachtetem Zeitraum ergeben sich deshalb unterschiedliche Schätzungen für die Zahl erreichter Personen. Für das gleiche Jahr wurden für einen Stichtag 56.000 Fälle berichtet, für einen Stichmonat 59.000, für das Gesamtjahr 95.000 Fälle genannt (Wittchen, Apelt & Mühlig, 2005).

Die vorliegende Stichtagserhebung erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Die Zahl der am Stichtag 1.7. des Kalenderjahres in Substitution gemeldeten Personen ist seit Einführung des Systems von 46.000 im Jahr 2002 deutlich angestiegen (2003: 52.700; 2004: 57.700) und hat 2005 61.000 Fälle erreicht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a). Ein Teil dieser Zunahme ist sicher darauf zurückzuführen, dass die Einführung des Registers zum Jahr 2002 mit einigen Problemen auf Seiten der Erfassung (niedergelassene Ärzte) und der Verarbeitung verbunden war. Nachdem diese Startschwierigkeiten offensichtlich inzwischen behoben sind,

ist die Zunahme um 5,7% von 2004 nach 2005 eher einer tatsächlich zunehmenden Fallzahl der Substituierten zuzurechnen.

Die Zahl der Substituierten wird auch in Hessen in einer Stichtagserhebung erfasst. Die Daten aus der Qualitätsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen von 2003 nach 2004 insgesamt einen Anstieg um 8,9% (2004: 5.885; 2003: 5.403). 20% der Patienten werden in Substitutionsambulanzen behandelt, bei weitem die Mehrzahl durch niedergelassene Ärzte (Hessisches Sozialministerium, 2006). Die Zahl der Substitutionsambulanzen dürfte in anderen Teilen Deutschlands, vor allem in ländlichen Regionen oder in Ostdeutschland eher noch niedriger liegen als in Hessen. Die Substitution wird damit heute fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte statt. Psychosoziale Betreuung wird bei Bedarf durch die ambulanten Beratungsstellen geleistet.

### **Psychosoziale Betreuung**

Psychosoziale Betreuung von Patienten in Substitution wird zwar ausdrücklich gefordert, die Angebote werden jedoch nur in recht begrenztem Umfang aus Mitteln der Renten- oder Krankenversicherung finanziert. Neben kommunalen Mitteln spielen deshalb für diesen Bereich der Versorgung Mittel der Kommunen und der Länder eine große Rolle. Die finanziellen Beiträge eines Bundeslandes sollen im Folgenden beispielhaft dargestellt werden.

So finanziert beispielsweise das Saarland pro Jahr insgesamt 6000 Stunden psychosoziale Betreuung Substituierter. Das Ziel ist dabei, parallel zur medizinischen Substitutionsbehandlung Lebenskompetenzen zu stärken und zu entwickeln. Psychosoziale Betreuung wird im Saarland seit 1.1.2005 ausschließlich durch freie Träger sichergestellt. Es wird von einem Bedarf von 0,5 Wochenstunden pro Klient ausgegangen und Behandlungsplätze für 30-50% der Substituierten zur Verfügung gestellt (Clearingstelle Suchtkrankenhilfe Saarland, Persönliche Mitteilung).

In Berlin wird die psychosoziale Betreuung Substituierter über den Sozialhilfeträger finanziert. Grundlage hierfür ist eine Rahmenvereinbarung nach § 78 SGB. Weitere Details hierzu finden sich im letzten Bericht.

## **5.5 Qualitätssicherung**

### **Leitlinien für die Behandlung**

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt. Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand in verdichteter Form zusammen und geben so – unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen – dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Inzwischen wurden Leitlinien für die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al., 2003), für die postakute Behandlung von Opiatabhängigen (Havemann-Reinecke et al., 2004), für Patienten mit Cannabis bezogenen Störungen (Bonnet et al., 2004) sowie für Ver-

haltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzourlis-Mayfrank, 2004) publiziert.

### **ASTO**

Von 2000 bis 2005 führte die Ärztekammer Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES, Berlin) ein Entwicklungsprojekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger durch (Projekt „ASTO“). Das Projekt wurde durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, das Bundesministerium für Gesundheit sowie Industriesponsoren unterstützt.

Es dient der Optimierung der therapeutischen Prozesse in der ambulanten Substitutionstherapie, der Verbesserung der organisatorischen Abläufe innerhalb einzelner Praxen und zwischen diesen und anderen Beteiligten. Daneben sollte es den behandelnden Ärzten dabei helfen, rechtliche Fragen zu klären. Als ein zentrales Ergebnis der ersten Projektphase entstand ein „Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (ASTO-Handbuch), das in der Folge mehr als 1.500 Mal an Arztpraxen versandt wurde und zum Teil als Grundlage weiterer Maßnahmen des Qualitätsmanagements diente. In der zweiten Phase des Projekts ging es ab Ende 2004 darum, die Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie bzw. in den beteiligten Einrichtungen voranzutreiben. In ausgesuchten Modellpraxen wurde ein neu entwickeltes Gruppen-Coaching-Modell eingesetzt, um Arztpraxen beim Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems für Substitutionstherapie zu unterstützen.

Am Ende des Projektes im Jahr 2005 zeigen die Ergebnisse einer Evaluation, in der die Praxissituation zu Beginn und am Ende der QM-Maßnahmen erfasst wurde, dass Struktur- und Prozessqualität messbar verbessert werden konnte (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a). 80% der Nutzer des Handbuchs bewerten dieses in der Evaluation als gut oder sehr gut und empfangen es als hilfreich, die Arbeitsprozesse im Rahmen der Substitution zu optimieren (Nolting & Folmann, 2005).

### **Qualifikation der Mitarbeiter**

Zurzeit werden viele Studiengänge in Deutschland wie in vielen anderen europäischen Staaten neu strukturiert. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle. Die Relevanz der gegenwärtigen Umstellung in Bachelor- und Masterstudiengänge ist noch in Diskussion.

### **Qualitätsmanagement**

Eine Einzelfallstudie zeigt am Beispiel einer Drogen- und Suchtberatungsstelle mit etwa 1500 Klienten, dass sich im Laufe eines 5-jährigen Einsatzes von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach EFQM eine Verbesserung des Qualitätsniveaus von Niveau drei auf Niveau vier in der Bewertung nach EFQM erreichen lässt. Grundlage der Bewertung waren



30 Teilkriterien. Die deutlichsten Verbesserungen zeigen sich bei den Kriterien der Ergebnisqualität, etwa der Mitarbeiterzufriedenheit und der Klientenzufriedenheit (Nabitz, Schaefer & Walburg, 2006).

Qualitätssicherung auf Länderebene umfasst auch regelmäßige Erhebungen zur Feststellung des Problemstatus sowie Dokumentation der Interventionen. In einer Reihe von Bundesländern geschieht dies inzwischen systematisch und regelmäßig. So hat Hessen im Jahr 2005 seinen dritten Landessuchtbericht vorgelegt, in den auch die Daten aus der landesweiten Basisdokumentation zu Behandlung (Combass) und Prävention (Cheops) eingehen. Die Systeme unterstützen nationale Standards und liefern den bundesweiten Erhebungen regelmäßig Informationen zu (Hessisches Sozialministerium, 2006).

### **Dokumentation und Durchführung von Katamnesen**

Im Kerndatensatz Sucht, den die DHS in Zusammenarbeit mit der DBDD, dem deutschen REITOX Knotenpunkt, erstellt hat, wurden Standards zur Dokumentation von Klienten, Behandlung und Einrichtungsausstattung festgelegt. In Ergänzung hierzu wurde ein Katamnesemodul verabschiedet, das auch für ambulante Einrichtungen die Möglichkeit geben soll, den Erfolg der Behandlung nach Ende der Betreuung zu untersuchen. Die Organisation der Erhebung bis hin zur Frage der Stichprobenziehung und zur Berechnung der Erfolgsquoten wurden in einem umfassenden Manual publiziert ([www.dhs.de](http://www.dhs.de), [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)).

## **5.6 Forschung**

### **Forschungsschwerpunkt „Sucht“**

In den Jahren von 2001 bis 2004 fand ein erster Forschungsschwerpunkt „Sucht“ statt, in dem mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung eine Reihe von Projekten zur Prävention, Früherkennung, Verbesserung der Behandlung Abhängiger und zur Vermeidung von Rückfällen durchgeführt wurde. Im Rahmen der dabei entstandenen Forschungsverbünde findet derzeit die zweite Förderphase statt, in der es um die Implementierung der Ergebnisse aus der ersten Phase in die Versorgung geht. Ein zentrales Thema dabei ist „Allokation“. Ein Großteil der Projekte in diesem Forschungsschwerpunkt ist auf Tabak- und Alkoholkonsum ausgerichtet. Im Folgenden soll nur auf die Projekte eingegangen werden, die sich spezifisch dem Thema Drogen widmen.

### **CANDIS**

Eine „Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen“ (CANDIS) wird seit Januar 2006 in der Dresdener Forschungsambulanz im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie entwickelt. Erstmals in Europa soll ein spezielles Behandlungsprogramm für cannabisbedingte Störungen erstellt, durchgeführt und evaluiert werden. Die Kurzzeittherapie besteht aus zehn Behandlungseinheiten und stellt eine Mischung aus voll standardisierten und individualisierten Teilen dar. Insgesamt sollen 210 cannabisabhängige Patienten aufgenommen werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2006a).

### **COBRA-Studie**

Die Collaborative Multi-stage Epidemiological (COBRA) Studie diente dazu, die Praxis der Substitutionsbehandlung in Deutschland umfassend zu erfassen und ihre Rahmenbedingungen, Ergebnisse, sowie Möglichkeiten der Optimierung zu analysieren. Methoden und Design sind bei Wittchen et al. (2005) beschrieben. Die Datengrundlage für die vorliegenden ersten Auswertungen sind Angaben von 223 Ärzten mit insgesamt 2.694 Patienten, die eine Zufallsstichprobe der in Deutschland Substituierten darstellen. Über 12 Monate wurden die Daten der Praxen alle 3 Monate erhoben. Für die Längsschnittauswertung standen Daten aus 194 Praxen mit 2.461 Probanden zur Verfügung.

Die Haltequoten der Patienten in Substitution lagen zwischen 60 und 80%. Innerhalb von 12 Monaten beendeten 4% der Patienten die Behandlung abstinent, 7% wechselten in drogenfreie Programme. Bei den Patienten, die in Substitutionsbehandlung blieben, ging der Beikonsum etwas zurück (Opiate prä: 20,0% post: 15,7%; andere Drogen prä: 50,6%, post: 48,8%). Der somatische und psychische Zustand verbesserte sich signifikant, ebenso die Lebenszufriedenheit der Patienten. Die Effekte waren bezüglich des Beikonsums von Opiaten tendenziell besser beim Einsatz von Methadon als Substitutionsmittel, bezüglich des Beikonsums von Kokain tendenziell besser beim Einsatz von Buprenorphin. Allerdings hatte die Buprenorphingruppe von vornherein günstigere Ausgangswerte. Da die Studie keine Randomisierung beinhaltet, sind diese Effektunterschiede letztlich nicht zu bewerten, da unterschiedliche Ausgangsbedingungen und Selektionseffekte wirksam sind. Praxen mit einer kleinen Zahl von Substitutionspatienten waren mindestens so erfolgreich wie spezialisierte Großpraxen für dieses Behandlungsangebot (Wittchen & Apelt, 2006).

76% der Substituierten wurden 2003 von 11% der Ärzte in Großpraxen behandelt. Am unteren Ende der Skale behandelten 48% der Substitutionsärzte nur 4% der Patienten. Elsner (2005) errechnet hieraus für die Großpraxen eine Relation von 159 Patienten pro Arzt und bezweifelt, dass bei dieser Relation noch eine medizinisch adäquate Versorgung der Opiatabhängigen gewährleistet ist.

### **Heroinstudie**

Die Studie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger begann nach Vorbereitungsarbeiten in den Jahren 2000 und 2001 im Jahr 2003. Im Jahr 2006 wurden die Endergebnisse des Projekts vorgelegt.

Insgesamt wurden 1.032 Patienten in sieben deutschen Städten im Rahmen der Studie behandelt. Das Studie untersucht zwei Zielgruppen: Heroinabhängige, bei denen (1) frühere Methadonsubstitutionen erfolglos blieben bzw. (2) die von diesem Angebot (in den letzten 6 Monaten) nicht erreicht wurden. Es wurde die Verschreibung von Diamorphin (EG) vs. Methadonbehandlung (KG) durchgeführt, die jeweils mit zwei alternativen Formen von psychosozialer Betreuung (Psychoeduction / Drogenberatung vs. Case Management / Motivational Interviewing) kombiniert wurden. Die Hauptzielkriterien waren (1) die Verbesserung des Gesundheitszustandes im körperlichen (gemessen mit der OTI Gesundheitsskala) bzw. psychischen Bereich (gemessen mit SCL-90-R) um mindestens

20% und (2) Rückgang des illegalen Konsums von Straßenheroin (gemessen an der Selbstaussage der Klienten) um mindestens 60% ohne Zunahme des Kokainkonsums.

Am 23.-25. März 2006 wurden die zentralen Ergebnisse auf einer Tagung in Köln unter internationaler Beteiligung erstmalig vorgestellt. Es fanden sich signifikant bessere Ergebnisse für die Heroinverschreibung. Im gesundheitlichen Bereich stellten sich positive Effekte im definierten Umfang bei 80% in der Heroingruppe gegenüber 74% in der Methadongruppe ein, der illegale Drogenkonsum reduzierte sich um 69,1% (Heroin) gegenüber 55,2% (Methadon). Beide Zielkriterien wurden von 57,3% (Heroin) gegenüber 44,8% (Methadon) erfüllt. In zwei der sieben Städte fand man beim Zielkriterium Drogenkonsum deutlich niedrigere Effekte, ansonsten trat kein Effekt des Betreuungsortes oder der Art der psychosozialen Betreuung auf. Die Haltequote der Heroinbehandlung lag 12 Monate nach Beginn bei 67%, die Haltequote der Methadongruppe bei 39%. Letzteres ist vor allem darauf zurückzuführen, dass ein Drittel der Klienten, die dieser Behandlungsgruppe zufällig zugeteilt wurden, die Behandlung nicht aufnahmen. Wie erwartet, erwies sich die Heroinverschreibung als etwas risikoreichere Variante, was unerwünschte Nebenwirkungen angeht.

Die Mortalität war mit 1,2% in der ersten Studienphase für die schwierige Zielgruppe insgesamt niedrig. Kein Todesfall hing dabei ursächlich mit der Studienmedikation zusammen. Die Zielgruppe der „Nicht-Erreichten“, die innerhalb der letzten 6 Monate keinen Kontakt mit dem Hilfesystem gehabt hatten, unterschieden sich im Hinblick auf ihre Behandlungsgeschichte nicht von der anderen Zielgruppe (Naber & Haasen, 2006).

Nach Beendigung der Studie wurde die Zulassung von Diamprohin als Medikament beim BfArM beantragt. Dieses hat die Zulassung inzwischen fachlich erteilt. Die Vergabe von Diamorphin auch nach Studienende setzt jedoch einige gesetzliche Änderungen voraus, die sich derzeit noch im politischen Entscheidungsprozess befinden.

### **Weitere Studien und Ergebnisse**

Eine Arbeitsgruppe aus erfahrenen Therapeuten und Suchtfachleuten hat Kriterien für die stationäre Behandlung von Cannabisabhängigen diskutiert und in einem Positionspapier veröffentlicht (Holzbach et al., 2006). Nach ihrer Auffassung ist die Notwendigkeit einer stationären Behandlung dann zu prüfen, wenn (1) eine Abhängigkeit von Cannabis nach ICD-10 sowie ein gescheiterter ambulanter Entzug, (2) Cannabiskonsum verbunden mit schwerer psychiatrischer Komorbidität, Desintegration, psychosoziale Unreife oder hoher Konsumhäufigkeit oder (3) ein schweres Entzugssyndrom vorliegt.

Mit der Übersetzung und ersten Feldtestung des WHO Assist Fragebogens ins Deutsche liegt jetzt ein Screeninginstrument vor, das in der Allgemeinmedizin und in der Suchtpraxis zur Erfassung des Suchtmittelkonsums in allen wichtigen Substanzkategorien genutzt werden kann (Schütz, Daamen & Niekerk, 2005).

In einer naturalistischen Studie wurden die Effekte von Familientherapie bei mehrfach drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (n=86) untersucht. 72% der Betroffenen beendeten die Therapie regulär, davon zeigten 73% signifikante Verbesserungen im Suchtstatus. Auch auf der Ebene Eltern und Familie fanden sich signifikante Verbesserungen (Thomasius et al, 2005).

Scherbaum und Kollegen (2005) wiesen einen signifikant positiven additiven Effekt einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für Opiatabhängige in einer kontrollierten Studie nach, in der Substitutionsbehandlung als Basistherapie stattfand. Der Effekt war nach 6 Monaten signifikant, jedoch nicht zu früheren Messzeitpunkten.

## 6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

### 6.1 Übersicht

Der Konsum von Drogen hat Einfluss auf Morbidität und Mortalität der Konsumenten. Drogenbezogene Todesfälle werden in Deutschland durch zwei bundesweite Systeme erfasst: die „Falldatei Rauschgift (FDR)“ des Bundeskriminalamtes (BKA) und das „Allgemeine Todesfallregister“ des Statistischen Bundesamtes (StBA). Zur Morbidität von unbehandelten Drogenabhängigen liegen wenig epidemiologisch nutzbare Informationen vor, so dass ersatzweise häufig die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Klienten bei Beginn ihrer Betreuung als Annäherung verwendet wird. Da diese jedoch häufig eine Positivauswahl der Drogenkonsumenten insgesamt darstellt, werden die gesundheitlichen Probleme vermutlich unterschätzt.

#### Falldatei Rauschgift

Rauschgifttodesfälle werden in den einzelnen Bundesländern durch die Landeskriminalämter erfasst. Anschließend werden die Daten zur Aggregation und Auswertung an das BKA weiter geleitet. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von Rauschgifttodesfällen. Der Anteil obduzierter Drogentoter als Maß für die Qualität der Zuordnung von „Drogentoten“ variiert zwischen den Bundesländern. Die toxikologische Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebe spielt bei der Feststellung der Todesursache eine wichtige Rolle, da man erst durch sie genügend Informationen über den Drogenstatus zum Todeszeitpunkt erhält. Obduktionen und toxikologische Gutachten werden in der Regel durch unterschiedliche Institutionen erstellt. Insbesondere letztere liegen oft erst mit erheblicher Verspätung vor und werden deshalb bei der Klassifikation der Todesfälle in eingeschränktem Maße herangezogen.

Um die Erfassung von Rauschgifttodesfällen zu erleichtern und Fehler zu reduzieren, wurden die folgenden Kategorien für Drogentodesfälle vom BKA in einem Merkblatt ausformuliert (Bundeskriminalamt 1999):

- Todesfälle infolge unbeabsichtigter Überdosierung,
- Tod infolge einer Gesundheitsschädigung (körperlicher Verfall, HIV oder Hepatitis C, Organschwäche) durch langzeitigen Drogenmissbrauch,
- Selbsttötungen aus Verzweiflung über die eigenen Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen (z.B. Wahnvorstellungen, starke körperliche Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

## Allgemeines Sterberegister

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personalangaben auch Informationen über die Todesursache enthält. Dieser geht an das Gesundheitsamt und von dort zum Statistischen Landesamt. Die Aggregation und Auswertung auf Bundesebene nimmt das Statistische Bundesamt vor. Auch in dieser Datenquelle werden Ergebnisse der verspätet vorliegenden toxikologischen Gutachten bei der Klassifikation der Todesfälle oft nicht mehr berücksichtigt.

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die EBDD nur Fälle mit bestimmten Todesursachen berücksichtigt. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (Selektion B), die – verglichen mit den Daten des Bundeskriminalamtes – einer engeren Definition von Drogentod entspricht. Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wurde jeweils die vermutete zu Grunde liegende Störung (ICD10-Codes F11-F19) bzw. die vermutete Todesursache (ICD10-Codes X, T, und Y) verwendet.

Vergleiche mit dem europäischen Ausland sollten auf der Grundlage des Allgemeinen Sterberegisters vorgenommen werden, da bei diesem Verfahren bereits weitgehend gemeinsamen Standards gefolgt wird. Daten aus dem Polizeiregister ergeben wegen der breiteren Definition von „Drogentod“ vergleichsweise höhere Schätzwerte. Sie sind für den langjährigen Vergleich der nationalen Trends von großer Bedeutung, aufgrund der Unterschiede bei den Einschlusskriterien und berichteten Altersgruppen für europaweite Vergleiche jedoch weniger geeignet.

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Ein gewisse Zahl relevanter Fälle wird jeweils nicht erkannt, nicht gemeldet oder aber falsch zugeordnet. Im langjährigen Vergleich zwischen den beiden Registern zeigen sich jedoch sehr ähnliche Verläufe und die gleichen Trends, so dass man von einer Art Kreuzvalidierung der beiden Schätzungen sprechen kann. Eine empirische Untersuchung der Frage, inwieweit die beiden Systeme die gleichen Fälle erfassen bzw. wie stark sich die Zielgruppen überlappen, steht bisher aus.

## Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht ([www.rki.de](http://www.rki.de)). Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung (seit 1987) und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion.

Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

Informationen zu möglichen Übertragungswegen für Hepatitis B und C werden seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ebenfalls erhoben. Dies geschieht durch Ermittlungen des Gesundheitsamtes bei den Fallpersonen selbst oder anhand von Angaben der meldenden Labore bzw. Ärzte.

Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert.

## **6.2 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten**

### **6.2.1 Drogentote**

#### **Daten aus dem polizeilichen Spezialregister zu Drogentodesfällen**

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung von Drogentod herangezogen wurden (vgl. 6.1). Die Obduktionsrate lag im Berichtsjahr im Mittel bei 64% (2004: 74%), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (BKA, 2006).

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle hat sich in der Erfassung des BKA von 2004 nach 2005 um 4% verringert. Die Überdosierung von Heroin stellt mit 834 von 1.326 Fällen die häufigste Todesursache (2005: 63%; 2004: 56%; 2003: 41%; 2002: 55%) dar. Diese Kategorie beinhaltet sowohl Todesfälle, bei denen Heroin als einzige Droge nachgewiesen wurde, auch die Fälle, bei denen neben Heroin noch andere Drogen bekannt wurden. Der Anteil dieser Fälle hat in den letzten Jahren eher zugenommen. Kleiner geworden ist dagegen der Anteil der Drogentoten, bei denen auch Substitutionsmittel mit im Spiel waren. (2005: 25%; 2004: 25%; 2003: 28%; 2002: 40%).

Da in der Erfassung der Landeskriminalämter für die Bundesstatistik Mehrfachnennungen möglich sind kann ein Todesfall z.B. als Suizid und Überdosis Kokain kodiert sein. Auch die Summe aller Nennungen zur Überdosierung liegt bereits höher als die Gesamtzahl von Todesfällen. Auch in dieser Rubrik liegen also Doppelnennungen vor. Es können deshalb nur Kategorien aufaddiert werden, die inhaltlich keine Überlappungen ausweisen. Dies gilt zum Beispiel für „Überdosis durch Heroin“ (allein) und „Überdosis durch Heroin und andere Drogen“. Die Zahl der durch Überdosierung verursachten Todesfälle lässt sich deshalb nicht errechnen (Tabelle 19).

**Tabelle 19: Drogentodesfälle 2005**

Todesursachen<	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2002	2003	2004	2005
1. Überdosis:								
Heroin	36%	31%	34%	40%	551	456	470	529
Heroin + andere Drogen	19%	18%	22%	23%	285	266	311	305
Kokain	3%	2%	2%	2%	47	25	34	24
Kokain + andere Drogen	6%	6%	10%	9%	84	93	132	123
Amphetamine	1%	0%	0%	1%	10	3	6	9
Amphetamine + andere Drogen	2%	1%	2%	2%	27	16	30	26
Ecstasy	1%	0%	0%	0%	8	2	5	2
Ecstasy + andere Drogen	1%	1%	1%	0%	11	8	15	5
Medikamente / Substitutionsmittel	10%	4%	3%	6%	145	55	46	75
Betäubungsmittel + Alkohol + Substitutionsmitteln	30%	24%	22%	19%	453	354	299	255
Sonstige Betäubungsmittel / unbekannt	4%	9%	10%	10%	54	139	141	129
2. Suizid	9%	8%	7%	8%	133	117	92	104
3. Langzeitschäden	11%	14%	12%	12%	165	204	173	165
4. Unfall / Sonstige	2%	3%	2%	2%	33	37	26	31
5. Gesamt	100%	100%	100%	100%	1.513	1.477	1.385	1.326

Quelle: BKA (2006)

Hinweis: Aufgrund von Mehrfachnennungen in den Rubriken Überdosis (verschiedener Rauschgift-Arten) und Suizid liegt die Summe der genannten Todesursachen über der Gesamtzahl.

Obwohl insgesamt die Zahl der Drogentoten weiter sinkt, könnten die Details auf eine problematische Entwicklung bei den Konsumenten hinweisen, die *nicht* in Substitution sind. Die steigende Mortalität unter den Klienten der ambulanten Beratungsstellen (siehe 6.2.2) wie die Zunahme der durch Heroin verursachten Todesfälle könnte darauf hindeuten. Gleichzeitig ist die Zahl der Fälle gesunken, bei denen Substitutionsmittel zum Tod beigetragen haben, was auf die verbesserte Qualifikation der Behandler und die getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zurückgeführt werden könnte.

### Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2003. Hier sind insgesamt 231 Frauen (2002: 201; 1999: 249) und 1.161 Männer (2002: 1.139; 1999: 1.337) registriert, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit liegt die Zahl der Drogentodesfälle in der Erfassung durch das allgemeine Sterberegister rund 20% unter den Zahlen des BKA. Bei etwa der Hälfte der Todesfälle wurde im letzten vorliegenden Erfassungsjahr 2003 die zugrunde liegende Erkrankung, also die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch der Droge, als Todesursache kodiert. Weitere rund 40% beziehen sich auf die Überdosierung.



Möglicherweise beruhen die Verschiebungen vor allem zwischen Intoxikation und akzidenteller Überdosierung auf Änderungen der Kodierpraxis (Tabelle 20).

**Tabelle 20: Todesursache bei den Drogentodesfällen im Allgemeinen Sterberegister**

	1999	2002	2003
akute Intoxikation	19,7%	7,3%	7,8%
schädlicher Gebrauch	4,6%	5,4%	3,2%
Abhängigkeit	54,6%	42,8%	48,1%
andere psychische und Verhaltensstörungen	3,5%	1,7%	0,7%
akzidentelle Überdosierung	1,6%	26,5%	21,3%
suizidale Überdosierung	2,9%	7,4%	12,7%
Überdosierung unbestimmter Absicht	13,0%	8,9%	6,2%
N	1337	1139	1161

Quelle: Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Die Substanzen, die bei dem Todesfall ursächlich waren, werden in Tabelle 21 dargestellt. Bei der Kodierung der Todesfälle wurden sie entweder unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit F1X.X oder als äußere Todesursachen mit X/Y-Codes angegeben. Neben Opiaten liegt fast ausschließlich Mischkonsum vor, der wiederum Opiate beinhalten dürfte. Andere Substanzen liegen bei maximal 2% der Todesfälle (Tabelle 21).

**Tabelle 21: Substanzen bei den Drogentodesfällen im Allgemeinen Sterberegister**

	1999		2002		2003	
	F1x.x	X/Y	F1x.x	X/Y	F1x.x	X/Y
Opiate	41,4%	4,7%	41,7%	5,1%	43,4%	6,0%
Cannabinoide	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%
Kokain	1,2%	0,6%	1,0%	0,5%	0,4%	0,4%
andere Stimulantien	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%	0,0%
Halluzinogene	1,1%	0,0%	1,3%	0,0%	2,0%	0,0%
multiple/andere Substanzen	38,7%	10,4%	37,5%	10,6%	32,5%	11,6%
andere Narkotika		1,1%		1,4%		2,4%
Gruppen-Gesamtwert	1337		1139		1161	

Quelle: Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Zurzeit ist eine Studie in Arbeit, die in mehreren Bundesländern die Übereinstimmung zwischen dem Allgemeinen Sterberegister und der durch die Polizei erfassten Drogentodesfälle prüfen soll. Die Arbeiten finden auf dem Hintergrund der europäischen Bemühungen um eine weitere Vereinheitlichung der Erhebungsstandards statt (Heinemann & Simon, 2005)

Detailldaten zu den Drogentodesfällen finden sich in der Standardtabelle 5, die Entwicklung der Fallzahlen in der Standardtabelle 6.

### 6.2.2 Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten

Ein Überblick über die Mortalität der gesamten Population der Drogenkonsumenten liegt nicht vor, auch aktuelle regionale Kohortenstudien sind nicht bekannt. Man kann sich der Frage jedoch nähern, indem man die Daten zu Drogenabhängigen in Behandlung nutzt.

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut Deutscher Suchthilfestatistik 2005 bei 1,4% (2004: 1,2%; 2003: 1,2%) der Opiatklienten mit dem Tod. Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 1996 im Mittel verlängert hat, wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zu Grunde gelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr ist 2005 erstmal wieder gegenüber dem Vorjahr gestiegen und liegt ein kleines Stück höher als in den Jahren seit 2000. Dies könnte auf eine Veränderung der Mortalität in der Drogenszene hinweisen (Strobl et al., 2006). Bei diesen Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht in jedem Falle vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität vermutlich über dem hier angegebenen Wert liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die Jahre nichts systematisch verändert hat, können die beschriebenen Trends dennoch in der dargestellten Weise interpretiert werden (Tabelle 22).

**Tabelle 22: Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten**

	1996	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Anteil von Todesfällen bei den Beendern	1,7%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%
Betreuungsdauer (Wochen)	33,9	32,1	34,9	37,6	40,1	40,3	42,5	43,6
Mortalität p.a.	2,6%	1,9%	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%

Quelle: DSHS (Strobl et al. 2006a)

Die Mortalität von Patienten in Substitutionsbehandlung im Laufe eines Jahres wurde in der COBRA-Studie mit 1,1% gemessen. Diese Angaben basieren auf einer Stichprobe von 223 substituierenden Ärzten und ihren 2.694 Patienten (Wittchen & Apelt, 2006).

Zeitlich parallel zur Zunahme von Angeboten zur Substitutionsbehandlung ist die Zahl von Drogentodesfällen in Deutschland national und regional zurückgegangen. Eine Untersuchung der Drogentodesfälle des Jahres 2003 (n=272) in der Region München an Hand der Autopsien und toxikologischen Gutachten zeigte zudem ein niedrigeres Risiko von Überdosierungen bei Substitution mit Buprenorphin im Vergleich zu Methadon. In diesem Zeitraum wurden etwa 10% aller Substituierten in dieser Region mit Buprenorphin behandelt, 87% mit Methadon. Bei den Todesfällen fand sich jedoch nur ein einziger Fall (0%), bei dem Buprenorphin beteiligt war, gegenüber 96 Fällen (35% der Drogentoten) bei dem Methadon im Körper nachgewiesen wurde (Soyka, Penning & Wittchen, 2006).

#### Gesamtsituation

Die Zahl der Drogentodesfälle ist, verglichen zur Situation der letzten 10 Jahren, relativ niedrig und gegenüber dem Vorjahr noch einmal leicht gesunken. Todesfälle durch Überdosierungen von Opiaten sind bei weitem die häufigste Ursache, wobei in vielen Fällen

zusätzlich weitere illegale und legale Suchtmittel konsumiert wurden. Lediglich Daten aus dem Behandlungsbereich weisen auf einen Anstieg der Todesfälle hin, der jedoch von anderen Quellen nicht bestätigt wird. Die weitere Entwicklung muss im nächsten Jahr sorgfältig beobachtet werden.

Im Vergleich zu den Polizeidaten sind bei den Drogentodesfällen des Sterberegisters Substanzen außer Opioiden noch seltener erfasst. Dies könnte daran liegen, dass die Ergebnisse differenzierter toxikologischer Untersuchungen zu spät vorliegen um für die Kodierung verwendet zu werden, während im Polizeiregister diese Informationen auch noch relativ spät ergänzt werden kann.

Zwei Quellen weisen auf Drogentodesfälle hin, die normalerweise kaum wahrgenommen werden. So wurden in Deutschland seit 1996 mindestens 24 Todesfälle durch Schnüffelstoffe nachgewiesen. Zu 458 Krankenhausfälle wegen Intoxikation mit flüchtigen Lösungsmitteln (F18), die im Jahr 2004 erfasst wurden, fehlen jedoch die Detailinformationen, um die Teilmenge der Missbrauchsfälle ausweisen zu können (Elsner, 2006). Kritische Effekte durch GHB wurden regional in einem Einzelfall berichtet. Vier Konsumenten von GHB fielen im Mai 2006 kurz nach der Einnahme der Substanz ins Koma, konnten jedoch auf der Intensivstation gerettet werden. Wie die Polizei feststellte, waren jedoch offensichtlich nur kleine Mengen der Droge im illegalen Handel angeboten worden (Südkurier.de, 12.6.2006).

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standard Tabelle 18.

### **6.3 Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten**

#### **6.3.1 HIV**

Drogenkonsumenten sind zahlenmäßig die viertgrößte Risikogruppe für HIV Infektionen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts kommen aus der Gruppe der injizierenden Drogengebraucher 7% (2004: 5,8%; 2003: 7,0%) der Personen mit einer HIV-Erstdiagnose. Dieser Wert lag bis zum Jahr 2000 noch bei 10% (2000: 171 von 1.696). Angaben zum Infektionsweg lagen für 84% der im Jahr 2005 neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. 59% davon sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Diese Gruppe ist seit Jahren am stärksten und nimmt weiter zu. Die zweitgrößte Gruppe sind Personen aus einem Land mit einer hohen HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung, die sich vermutlich im Ausgangsland infiziert haben. Infektionen durch heterosexuelle Kontakte betreffen 16% (Robert Koch-Institut, 2006).

In der Gesamtbevölkerung lag die HIV-Inzidenz 2005 bei 3,0 pro 100.000 (2004: 2,7). Allerdings bestehen erhebliche regionale Unterschiede. So fand sich unter den Bundesländern die höchste Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mit Werten über 10/100.000 Fällen. Ähnlich hohe Werte traten in Köln (13,6), München (11,5), Düsseldorf (8,9), Wiesbaden (8,8) und Frankfurt am Main (8,5) auf.

Bei 5,7% (2004: 3,9%) der Drogentoten (70 von 1.237) in 9 Bundesländern wurde ein positiver HIV-Status festgestellt. Daten aus ambulanten Beratungsstellen zeigen eine Prävalenz von 3,7% (N=843 getestete Klienten mit bekannten Ergebnissen; (Strobl et al.

2006). Aufgrund der kleinen Zahl berichteter Fällen und der dabei anzunehmenden Selektivität sind diese Daten jedoch nur wenig aussagekräftig.

Bei Drogenabhängige im qualifizierten Entzug zeigte sich im Vergleich der Kohorten 1991-1996 (N=1070) und 2001-2005 (N=1390) ein Rückgang der Prävalenz der HIV-Infektion von 5% auf 2% (Backmund et al., 2006a). Unter den n=2.694 Substitutionspatienten der COBRA-Studie waren 14% HIV-positiv, fast alle von ihnen wiesen daneben eine HCV-Infektion auf (Gözl, 2006). Der Infektionsstatus basiert dabei primär auf den Selbstangaben der Patienten. Nicht selten sind jedoch die Angaben der behandelnden Ärzte deutlich konservativer, was Infektionsraten angeht. Da bei dieser Rate das Stichprobendesign der Studie noch nicht berücksichtigt wurde, kann der Wert nicht als HIV-Prävalenz der Substituierten interpretiert werden.

Die HIV-Quote in der Klientel von Drogenkonsumräumen i Frankfurt lag bei 6,5%. Grundlage der ist hier eine Selbstauskunft der Klienten (Simmedinger & Vogt, 2006).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass i.v. Drogenkonsum bei weniger als 10% der Neuinfizierten die wahrscheinliche Infektionsursache war und dass in den meisten untersuchten Gruppen weniger als 5% der i.v. Drogenkonsumenten im Jahr 2005 HIV-positiv waren.

### **6.3.2 Virushepatitiden**

#### **Daten aus der Bevölkerungsstatistik**

Für die Allgemeinbevölkerung liegen Basisdaten zu Virushepatitiden vor. Nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch-Institut, 2004, Heft 15) ist bei 5-8% der Bevölkerung in Deutschland im Alter von 18 bis 79 Jahren eine Hepatitis B-Infektion erfolgt, 0,4-0,7% sind Virusträger. Insgesamt 0,5-0,7% der Bevölkerung tragen Hepatitis-C-Antikörper in sich.

Im Jahr 2005 wurden 1.235 (2004:1.276) Fälle von akuter Hepatitis B gemeldet. Die Inzidenz lag in der Bevölkerung bei 1,5 pro 100.000 Einwohner (2004: 1,5/100.000). Bezüglich möglicher Übertragungswege wurde bei Hepatitis B-Fällen 81 (2004: 138) Mal i.v. Drogenkonsum genannt. Dies entspricht 4,4% (2004: 7%) der 1.861 Fälle mit Angaben zum möglichen Übertragungsweg.

Im gleichen Jahr wurden 8.308 Erstdiagnosen von Hepatitis C ans RKI übermittelt (2004: 9.072). Die Inzidenz lag bei 10,1/ 100.000 Einwohner (2004: 11). Eine Differenzierung zwischen akuter und chronischer Hepatitis-C-Infektion bei den Fallmeldungen ist im Rahmen des Meldeverfahrens derzeit nicht möglich. i.v. Drogenkonsum wird als Ansteckungsursache in 35% der Fälle (2004: 37%) vermutet. Dies entspricht 2.152 von 6.226 Fällen mit Angaben zum Übertragungsweg. In der Gruppe der 15 bis 29-jährigen Männer mit HCV-Infektionen liegt der Anteil der der i.v. Drogenkonsumenten mit 78% deutlich höher (Walter et al., 2006).

### **Daten aus Einrichtungen und Impfprogrammen**

Bei Drogenabhängigen im qualifizierten Entzug zeigt sich im Vergleich der Kohorten 1991-1996 (N=1070) und 2001-2005 (N=1390) stabile bzw. leicht sinkende Prävalenzen. Hepatitis B fand sich zu beiden Zeitpunkten bei 6% der Patienten, die Prävalenz von Hepatitis C sank von 61% auf 53% (Backmund et al., 2006a.).

Die HCV-Prävalenz bei den Nutzern von Drogenkonsumräumen liegt bei 60% (Selbstauskunft) (Simmedinger & Vogt, 2006).

Von den 2.694 Patienten in ärztlichen Substitutionspraxen, die im Rahmen der COBRA-Studie untersucht wurden, waren 69% HCV-positiv. Im Laufe von 12 Monaten wurde bei 76 von anfangs 512 HCV-negativen Patienten eine HCV-Infektion festgestellt (Backmund et al., 2006b). Die resultierende Inzidenz von 15% pro 12 Monaten könnte allerdings durch eine Verzögerungen der Diagnosestellung überhöht sein.

Eine Studie, die im Jahr 2002 an mehr als 1000 konsekutiv aufgenommenen Häftlingen einer deutschen Justizvollzugsanstalt für männliche Straffällige zwischen 16 und 24 Jahren durchgeführt wurde, fand eine HCV-Prävalenz von 8,6%. Gemessen wurden HCV-Antikörper bzw. HCV-RNA. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung war der signifikante Unterschied in der Prävalenz zwischen Häftlingen, die in Deutschland geboren wurden (6%) und Spätaussiedlern, die in der UdSSR geboren worden waren (31%). In Anbetracht von Geschlecht und Altersgruppe der Häftlinge kann man von einem erheblichen Anteil von BtM-Delikten bei den hier untersuchten Häftlingen ausgehen. Neben dem i.v. Konsum sollte deshalb das Herkunftsland als zusätzlicher Risikofaktor in Zukunft stärker berücksichtigt werden (Meyer et al., 2006).

Zusammenfassend kann man in Deutschland bei für i.v. Drogenkonsumenten für Hepatitis B von einer Antikörperprävalenz („Durchseuchungsrate“) von 40-60%, für Hepatitis C von 60-80% ausgehen. Trotz unbefriedigender Datenlage muss man feststellen, dass eine sehr hohe Antikörperprävalenz der i.v. Drogenkonsumenten mit Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Antikörpern besteht. Drogenkonsumenten sind von Neuinfektionen stark betroffen und spielen damit eine zentrale Rolle bei der Ausbreitung dieser Infektionen.

### **6.3.3 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere**

Infektionen durch HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Trichomonas werden seit Ende 2002 durch ein vom Robert Koch-Institut geleitetes bundesweites Sentinel-Netzwerk erfasst. Hier übermitteln insgesamt ca. 235 ausgewählte Arztpraxen, Fachambulanzen und Gesundheitsämter Informationen zu den in ihrer Einrichtung diagnostizierten sexuell übertragbaren Krankheiten. Zusätzlich erhalten die betroffenen Patienten anonyme Fragebögen mit Fragen zu ihrem sexuellen Verhalten, zu Drogengebrauch und Sozialstatus. Aktuelle Daten über die Belastung der Drogenabhängigen mit diesen Erkrankungen liegen nicht vor.

Angaben zur Prävalenz von Hepatitis B und C und von HIV bei i.v. Drogenkonsumenten sind in Standardtabelle 9 enthalten.

#### **6.4 Psychische Komorbidität**

Drogenabhängige weisen eine höhere Suizidalität als vergleichbare Gruppen auf. Bei 8% der Drogentodesfälle in der Polizeistatistik (vgl. Tabelle 19) handelt es sich um Suizide aufgrund der Lebensumstände. In einer Studie an den Klienten einer Drogenambulanz der Universität Hamburg für Jugendliche und junge Erwachsene fanden sich bei mehr als 20% der Klienten depressive Episoden (ICD-10 Code F32), in mehr als 10% wiederholte depressive Episoden (F33), Persönlichkeitsstörungen (F60, F61) und emotionale Störungen des Kindesalters (F93). Der Erstkonsum von Cannabis erfolgte im Mittel zwischen 14 und 15 Jahren, bei Betreuungsbeginn wurde Cannabis an 6 von 7 Tagen gebraucht. Klienten mit primären Cannabisproblemen (F12.x) unterschieden sich dabei nicht von Personen mit Mischkonsum (F19.x). 58% der Probanden waren jünger als 21 Jahre (Sack et al., 2005).

#### **6.5 Andere gesundheitliche Folgen**

Konsumenten von Ecstasy und Cannabis (N=24) zeigten in neuropsychologischen Tests signifikant stärkere Einschränkungen der Aufmerksamkeit sowie des Kurzzeitgedächtnisses als reine Cannabiskonsumenten. Die Lebenszeitdosis von Kokain und LSD wurden dabei als Kovariante berücksichtigt (Wartberg et al., 2005).

Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu neurotoxischen Effekten von MDMA kommt zu dem Schluss, dass Änderungen im serotonergen Übermittlungssystem bei MDMA-Nutzern möglicherweise auch nach langer Abstinenz nicht vollständig verschwinden. Wegen methodischer Probleme kann jedoch kein endgültiges Fazit gezogen werden. Insbesondere kann multipler Konsum auch anderer Drogen und vorher bereits bestehende Merkmale der Konsumenten als Ursache für diese Veränderungen nicht ausgeschlossen werden (Gouzoulis-Mayfrank & Daumann, 2006).

Zum Zusammenhang zwischen Drogenfolgen und Autofahren siehe Kapitel 13.

## **7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums**

### **7.1 Übersicht**

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung beobachtet. Informationen über Umfang und Art dieser Maßnahmen stehen im Allgemeinen nur für einen Teil der spezifischen Maßnahmen zur Verfügung, da diese von spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden oder im Rahmen besonderer Programme stattfinden.

#### **Allgemeine Gesundheitsversorgung**

Daten zur allgemeinen Gesundheitsversorgung liefern keine Angaben, die sich speziell auf die Zielgruppe der Drogenabhängigen beziehen ließen. Deshalb fehlen abgesehen von Einzelfällen Daten zur Zahl von Notfalleinsätzen wegen Überdosierungen oder wegen anderer lebensbedrohlicher Zustände in Folge von Drogenkonsum. Auch Angaben über die Behandlung anderer Folgeerkrankungen durch ärztliche Praxen oder Kliniken liegen nicht vor.

#### **Spezielle Angebote**

Ambulante Einrichtungen erleichtern den Zugang zur medizinischen Grundversorgung, die konsiliarisch in der Regel durch niedergelassene Ärzte angeboten wird. Lange aufgeschobene Zahnbehandlungen ebenso wie andere medizinische Behandlungen sind während stationärer Suchtbehandlungen häufig. Die Deutsche Suchthilfestatistik liefert dazu einige Basisdaten. Im Rahmen der niedrigschwelligen Drogenhilfe werden in einzelnen Bundesländern spezielle Projekte zur Zahnhygiene und Infektionsprophylaxe durchgeführt.

### **7.2 Prävention drogenbezogener Todesfälle**

Verschiedene Ansätze der letzten Jahre sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Drogennotfallprophylaxe, „Therapie sofort“, Naloxoneinsatz, Drogenkonsumräume und Ausweitung der Substitution.

#### **Drogenkonsumräume**

In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot. Mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige anzubieten. Auf der Grundlage des §10a BtMG, der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen. In 6 von 16 Bundesländern sind entsprechende Verordnungen erlassen worden. Zurzeit bestehen insgesamt 25 Drogenkonsumräume in Deutschland (Die Drogenbeauftragte der Bundes-

regierung, 2006a) mit 214 Konsumplätzen und einer Betreuung durch 175 Mitarbeiter (Simon, 2005).

Die vier Konsumräume in Frankfurt wurden 2005 von 4.253 Personen genutzt, wie die Auswertung der Konsumraumdokumentation belegt. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr (N=4.253) einer Zunahme von 16%. Es fanden 156.834 Konsumvorgänge statt. Regelmäßige Nutzer, die mehr als 50 Mal in den Räumen konsumiert haben, stellen mit 15% nur einen kleinen Anteil dieser Gruppe dar. Nach Selbstauskunft waren 51% der Nutzer in den letzten 30 Tagen in ärztlicher Betreuung wegen ihres Drogenkonsums. Mit 74% konsumiert die Mehrzahl der Besucher Heroin, 44% Crack, 13% Benzodiazepine. Im Durchschnitt sind die erstmalig erfassten Benutzer 33 Jahre alt, nur 1,3% jünger als 20 (Simmedinger & Vogt, 2006). Die Kontakteinrichtung Step aus Frankfurt berichtet über die rund 35.000 Konsumvorgänge in den vorhandenen Konsumräumen: 90% betrafen ausschließlich Heroin. Der Mischkonsum von Heroin und Kokain lag bei 4%, hat sich jedoch gegenüber dem Vorjahr deutlich erhöht (Step, o.J.)

### **7.3 Prävention und Behandlung von drogenbedingten Infektionskrankheiten**

#### **Spritzenaustauschprogramme im Gefängnis**

Die Verteilung von Spritzen an i.v. Drogenkonsumenten in Haft wurde seit etwa Mitte der 90er Jahre in Deutschland erprobt und in insgesamt 7 Gefängnissen über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Mit Ausnahme eines relativ kleinen Gefängnisses für Frauen in Berlin wurden diese Programme inzwischen alle wieder eingestellt. Grund dafür ist unter anderem wohl die mangelnde Akzeptanz dieses Ansatzes beim Gefängnis-Personal, das sein Handeln zwischen Durchsetzung und Akzeptanz von Verboten als widersprüchlich erlebte.

In 2 Gefängnissen wurden während einer Studie in den Jahren 1998 und 1999 sterile Injektionsnadeln an die Insassen ausgegeben. Von den 174 i.v. Drogenkonsumenten setzten 75% während des Projekts den i.v. Konsum fort. Der Anteil des needle sharing sank in dieser Zeit von 71% bis auf 0%. Die Seroprävalenz betrug zu Beginn der Studie für HIV 18%, für HBV 53% und für HCV 82%. Während des Beobachtungszeitraums trat kein neuer Fall von HBC oder HIV auf, jedoch 4 Fälle von HCV (Stark et al., 2005)

#### **Spritzenprogramme in der niedrigschwelligen Arbeit**

Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt. Es sollen bundesweit etwa 200 Automaten zur Spritzenvergabe vorhanden sein (REITOX-Bericht 2005). Bundesweite Statistiken über die exakte Zahl der Vergabestellen oder die Zahl verteilter Spritzen stehen nicht zur Verfügung. Hinweise auf Entwicklungen und Trends können jedoch möglicherweise aus Berichten einzelner Einrichtungen oder Träger entnommen werden.

Im Bericht des Bundeslandes Schleswig-Holstein werden die Leistungen von 5 niedrigschwelligen Einrichtungen beschrieben. Sie können zumindest als Anhaltspunkt für die nationale Situation verwendet werden. Während die Zahl von Kontakten und ausgegebenen



Essen in diesen Einrichtungen zwischen 1997 und 2004 in etwa stabil geblieben sind, hat sich die Zahl der ausgegebenen Spritzen (Daten aus 3 Einrichtungen liegen vor) von 2001 nach 2004 etwa halbiert. Dies führen die Autoren einerseits auf eine Reduktion der betreuten Opiatabhängigen in diesen Einrichtungen um rund ein Viertel, andererseits auf Veränderungen im Applikationsverhalten zurück. Weitere Erklärungen wären die weite Verbreitung von Substitutionsangeboten und der stabile oder gar rückläufige Gesamtkonsum von i.v. Heroin (Raschke, Buth & Kalke, 2005).

Angaben zur Verfügbarkeit von Spritzen sind in Standardtabelle 10 enthalten.

### **Information über Infektionsrisiken, Impfung und Behandlung**

Impfprogramme für intravenös Drogenkonsumierende sind in Anbetracht der hohen Infektionsrisiken für Hepatitis A und B wichtige Instrumente der Infektionsprophylaxe. Sie werden an vielen Stellen eingesetzt.

Mit finanzieller Unterstützung des BMG erstellte das Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, eine Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, der Deutschen AIDS-Hilfe, des Akzept e.V. sowie diverser Selbsthilfegruppen, das Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“. Es enthält aktuelle Informationen über Prävention und Therapie von Hepatitis C in dieser Personengruppe sowie Hinweise und Material für Beratung, Betreuung und Rechtslage und ist besonders für Einrichtungen der Suchthilfe gedacht. Ein Workshop des 3. Internationalen Fachtags Hepatitis und Drogengebrauch fand am 21. und 22.9.2006 in Bonn auf dieser Grundlage statt (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, 2006).

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert einen Forschungs- und Anwendungsverbund unter dem Namen „Hep-Net“, der durch rationeller diagnostische Verfahren und Schulung der Ärzteschaft die Früherkennung von Hepatitis B und C verbessern und die Qualität der Behandlung vorantreiben soll. Dem Netzwerk sind rund 1000 Mitglieder angeschlossen. Drogenabhängige als eine große Gruppe innerhalb der Infizierten könnten von diesen Entwicklungen profitieren. Auch eine Kooperation mit anderen europäischen Initiativen in diesem Umfeld ([www.virgil-net.org](http://www.virgil-net.org)) wurde in der Zwischenzeit begonnen (Meyer & Deterding, 2005)

### **Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten**

Während in der Vergangenheit i.v. Drogenkonsumenten in Deutschland häufig von der HCV-Standardbehandlung mit Interferon und Ribavirin ausgeschlossen wurden, zeigen neuere Studien die Möglichkeiten dieser Behandlungsansätze auch bei dieser Gruppe auf. Insbesondere dann, wenn sich die Patienten in Substitutionsbehandlung befinden, sind die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche HCV-Therapie recht gut.

In Anbetracht der erheblichen Folgekosten chronischer Hepatitis C – bei 25% entsteht im Zeitraum von 20 Jahren eine Leberzirrhose, bei 5% Leberkrebs– ist die Behandlung dieser Erkrankung auch bei Drogenabhängigen nicht nur medizinisch sondern auch ökonomisch wichtig und sinnvoll. Die Behandlung kann unter den richtigen Bedingungen dabei durchaus erfolgreich durchgeführt werden (Gözl, 2006).

Im Rahmen der COBRA-Studie (N=2.694 Klienten, 223 Ärzte) war die Behandlung von Hepatitis C während der Substitution bei 56% der Patienten erfolgreich. Dieser Wert entspricht den Erfolgsquoten von Studien in der Allgemeinbevölkerung (Backmund et al., 2006b).

In spezialisierten Einrichtungen sind noch bessere Resultate erreichbar. Von den 115 Patienten, die im Zeitraum 2001/2003 in einer Münchner Substitutionsambulanz behandelt wurden, nahmen N=40 das Angebot einer Hepatitis-C Behandlung an. Zu Ende der Behandlung mit Standard Interferon und Ribavirin waren 70% von ihnen HCV-RNA-negativ. Die Erfolgsquote lag bei Genotyp 1 bei 58%, bei Genotyp 3a bei 79%. Besonders erfolgreich war die Therapie, wenn Substitution und HCV-Therapie von einem Arzt an einem Ort angeboten wurde (Backmund & Meyer, 2006).

#### **7.4 Maßnahmen gegen psychische Komorbidität**

Für Drogenkonsumenten, bei denen zusätzlich zur Drogenproblematik behandlungsbedürftige psychische Störungen vorliegen, muss die Betreuung beide Fachgebiete berücksichtigen. Diese Personen sind in besonderer Weise auf die diagnostische Kompetenz der Suchttherapeuten auch im Bereich psychischer Störungen angewiesen, ebenso wie auf eine für die Störung geeignete Form der Kooperation zwischen klinischer Psychologie/Psychiatrie und Suchthilfe. Das Problem ist bereits an vielen Stellen erwähnt und beschrieben worden, die praktischen Konsequenzen in der alltäglichen Arbeit sind jedoch nicht einfach umzusetzen, da Profession, Finanzierungsmodalitäten und Verantwortlichkeiten für beide Bereiche unterschiedlich sind.

In der Praxis bestehen zwei Modelle, um mit dieser Problematik umzugehen: entweder werden die beiden Problem-Aspekte von zwei verschiedenen Therapeuten bzw. Institutionen bearbeitet, die ihre Arbeit jedoch eng abstimmen müssen. Alternativ erfolgt die Betreuung an einer Stelle, was aber eine doppelte Kompetenz in beiden Störungsbereichen notwendig macht. Insgesamt hat sich eine Mischung dieser Klientel mit den anderen Drogenklienten oft als negativ erwiesen, da bei Doppeldiagnosen mit manchen therapeutischen Ansätzen (z.B. Medikation, Einhaltung von Vereinbarungen, Akzeptieren von Strukturvorgaben) langsamer und flexibler verfahren werden muss.

Auch bei gleichzeitigem Vorliegen von psychischen Störungen neben der Drogenabhängigkeit ist nach Einschätzung einer Studie von Schäfer (2005) eine antivirale Therapie bei Drogenabhängigen möglich. Ausschlusskriterien sind allerdings schwere hirnorganische Veränderungen (z.B. Demenzen), unkontrollierter Alkoholkonsum und mangelnde Motivation (Schäfer, 2005).

#### **7.5 Maßnahmen gegen andere gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen**

Niedrigschwellige Hilfen, Spritzenaustauschprogramme (vgl. 7.3), und insbesondere die Einrichtung von Konsumräumen (vgl. 7. 2) helfen, die negativen gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums zu reduzieren.

Etwa jede dritte Opiatabhängige in ambulanter Behandlung lebt mit einem Kind zusammen (Strobl et al., 2006). Geht man von den bekannten Fallzahlen aus, so ist mit mehreren Hundert betroffenen Neugeborenen jedes Jahr zu rechnen. Mit einer speziellen Infobroschüre mit dem Titel „DU bist schwanger ... und nimmst Drogen?“ wird versucht, die Zielgruppe der schwangenen Drogenkonsumenten anzusprechen, um Risiken und Folgeschäden für das Kind und sie selbst zu reduzieren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2006). Einige Therapieeinrichtungen bieten Behandlungsplätze für Mutter und Kind an. Insgesamt gibt es jedoch wenig gezielte Angebote für dieses Problemfeld, in dem zwischen der staatlichen Fürsorge für das Kind und dem Wunsch und Recht der Mutter, ihr Kind aufzuziehen, oft schwere Entscheidungen zu treffen sind.

Informationen zum Thema Verkehrsunfälle und Drogenkonsum finden sich in Kapitel 13.

## 8 Soziale Begleiterscheinungen und Folgen

### 8.1 Überblick

Drogenkonsum steht häufig in Zusammenhang mit schwierigen familiären und persönlichen Lebensumständen. Der Drogenkonsum kann dabei einerseits Folge dieser Bedingungen sein, andererseits aber auch zur Verschlechterung der Zukunftsaussichten der Konsumenten beitragen. Die sozialen Rahmenbedingungen, unter denen Drogenkonsum stattfindet, zeigen die Marginalisierung insbesondere bei intensiven Konsumenten.

Da der Besitz von Drogen illegal ist, gehören strafrechtliche Konsequenzen nicht nur in den EU-Mitgliedsstaaten zu den wichtigsten negativen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums. Das Bundeskriminalamt (BKA) unterscheidet in seiner Statistik bei den drogenbezogenen Delikten zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG; Rauschgiftdelikte) und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität. Erstere werden in vier unterschiedlichen Deliktgruppen erfasst:

- Allgemeine Verstöße nach §29 BtMG (v.a. Besitz, Erwerb und Abgabe, so genannte Konsumdelikte),
- illegaler Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften nach §29 BtMG,
- illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge nach §30 BtMG,
- sonstige Verstöße gegen das BtMG.

Beschaffungskriminalität ist vor allem in Hinblick auf Diebstahl und Raub von Bedeutung.

### 8.2 Sozialer Ausschluss

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opiatabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszene betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik und aus den regionalen Monitoringsystemen wie zum Beispiel in Frankfurt und Hamburg.

Ein erheblicher Teil der Opiatklienten ambulanter Einrichtungen hat bei Beginn der Betreuung noch keinen Schulabschluss. Mehr als die Hälfte der Klienten mit primären Heroin- und mit primären Kokainproblemen sind arbeits- oder erwerbslos. Etwa jeder sechste Klient hat keinen Schulabschluss. Während dies bei vielen Cannabisklienten einfach am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Strobl et al., 2006). Der Anteil der Obdachlosen unter den Klienten von Drogenkonsumräumen beträgt 13% (Simmedinger & Vogt, 2006) (Tabelle 23).

**Tabelle 23: Soziale Situation ohne Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung**

Hauptdiagnose	Substanz	ohne Schulabschluss	arbeitslos	erwerbslos	ohne Wohnung
F10	Alkohol	4,9%	26,4%	3,8%	0,9%
F11	Opioide	17,2%	52,7%	10,8%	4,7%
F12	Cannabinoide	25,9%	25,9%	8,2%	0,8%
F13	Sedativa/ Hypnotika	6,5%	29,0%	5,1%	1,1%
F14	Kokain	15,4%	37,7%	13,5%	1,5%
F15	Stimulantien	14,5%	29,2%	11,6%	2,5%
F16	Halluzinogene	25,6%	37,6%	9,4%	4,0%
F17	Tabak	10,2%	15,7%	2,8%	0,3%
F18	flüchtige Lösungsmittel	36,8%	14,3%		
F19	multipler Gebrauch	20,0%	41,5%	12,1%	1,6%

Quelle: DSHS (Welsch & Sonntag)

Lampert, Richter & Klocke (2006) beschäftigen sich mit Chancenungleichheit in Deutschland und gehen dem Zusammenhang zwischen familiärem Wohlstand und den Gesundheitschancen des Kindes nach. In der Übersichtsarbeit wird ein Zusammenhang zwischen niedrigem familiären Wohlstand und Entwicklungsverzögerungen, Allergien, Unfallgefahren und allgemeinem Wohlbefinden festgestellt. Die Familien mit dem niedrigeren Wohlstand nutzen auch Gesundheitsangebote weniger, selbst wenn diese kostenlos sind. Es fand sich jedoch kein Unterschied im Tabak- und Alkoholkonsum Jugendlicher aus beiden Bevölkerungsgruppen. Möglicherweise entwickelt sich dieser jedoch später vermittelt durch unterschiedliche Schulwahl. Dennoch ist ein schlechteres Gesundheitsverhalten nicht direkt mit der benachteiligten Lebenslage verknüpft. Vielmehr kann ein hohes soziales Kapital im Sinne eines starken Rückhalts in Familie, Freundes- und Bekanntenkreis einen starken protektiven Effekt haben.

### 8.3 Drogenkriminalität

#### 8.3.1 Beschaffungskriminalität

Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. Im Berichtsjahr wurden 2.205 Fälle (2004: 2.568; 2003: 2.807) der direkten Beschaffungskriminalität registriert. Die Zahl dieser Delikte ist damit bereits im zweiten Jahr in Folge zurückgegangen. In 2005 nahm die Zahl gegenüber dem Vorjahr um 14% deutlich ab. Mehr als 50% dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle (Bundesministerium des Innern, 2006).

### 8.3.2 Konsumnahe Delikte

Auf Rauschgiftdelikte im Zusammenhang mit Handel und Schmuggel wird in Kapitel 10 eingegangen. Diese werden deshalb hier nicht dargestellt. In diesem Abschnitt geht es vielmehr um Rauschgiftdelikte, die wegen der Rahmenbedingungen (Menge, beteiligte Personen) von der Polizei als allgemeine Verstöße und damit eher als Konsumentendelikte gewertet werden.

Bei diesen Delikten spielen vor allem Cannabis und Heroin eine herausragende Rolle. Der Rückgang bei deren Gesamtzahl (2005: 194.444; 2004: 200.378; -3,0%) beruht auf den rückläufigen Zahlen für Heroin (2005: 22.592; 2004: 23.161; -2,5%), Cannabis (2005: 124.170; 2004: 131.587; -5,6%) und Ecstasy (2005: 6.328; 2004: 7.383; -14,3%). Amphetamin delikte (2005: 15.845; 2004: 14.039; +12,9%) und Delikte mit sonstigen Drogen (2005: 10.574; 2004: 9.341; +13,2%) haben hingegen zugenommen. Die Kokainfälle (2005: 14.728; 2004: 14.660; +0,5%) sind weitgehend gleich geblieben (Abbildung 7).

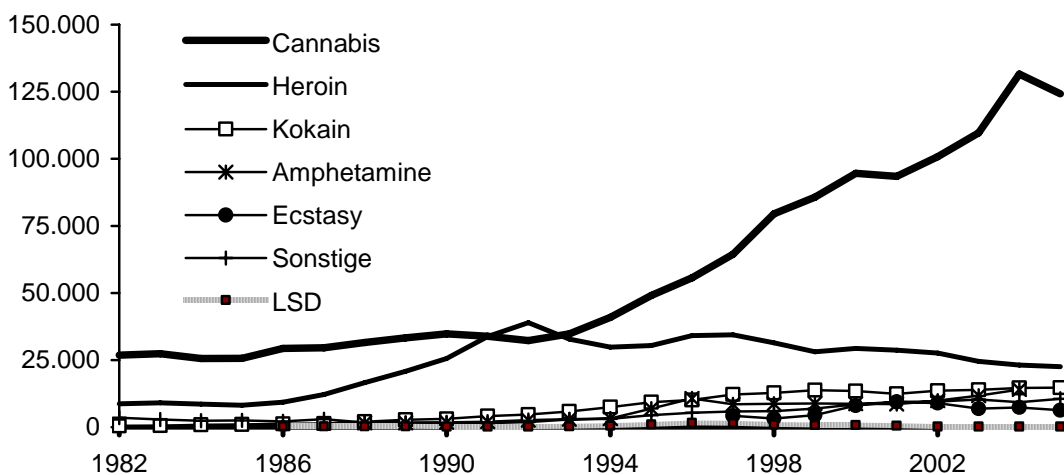


Abbildung 7: Entwicklung von Konsumdelikten

Quelle: Bundeskriminalamt (2005a)

### 8.3.3 Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten

Neben Angaben zu Rauschgiftdelikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken zu Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit harten Drogen polizeiauffällig wurden („Erstauffällige“). Es handelt sich dabei also um eine Art Inzidenzmessung. Allerdings müssen die Einträge dieser Personen im Polizeiregister nach einer gesetzlichen Frist wieder gelöscht werden, falls sie in der Zwischenzeit nicht erneut auffällig geworden sind. Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

Die Gesamtzahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen lag 2005 mit 19.990 etwa 5% unter dem Vorjahreswert von 21.100 Fällen. Die deutlichsten Rückgänge finden sich für Heroin, -13,0% (2005: 4.637; 2004: 5.324; 2003: 5.443; 2002: 6.378) und Ecstasy -19,5% (2005: 3.145; 2004: 3.907; 2003: 3.352; 2002: 4.737). Amphetamin nahm mit +1,7% (2005: 9.339; 2004: 9.238; 2003: 6.588) leicht zu, Kokain mit -6,5% (2005: 4.489; 2004: 4.802;

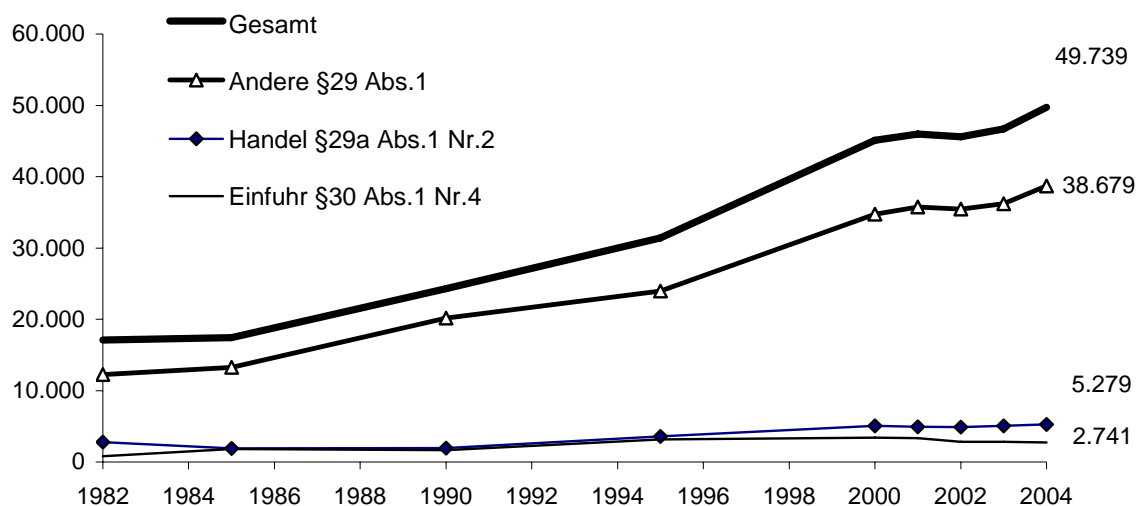
2003: 4.346), Crack mit -5,9% (2005: 433; 2004: 409) und LSD mit -2,4% (2005: 147; 2004: 151) leicht ab. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur sogenannte „harte“ Drogen erfasst werden.

Bei der Analyse der Trends ist zu beachten, dass die Zahl der erfassten Erstauffälligen auch von der Intensität der Strafverfolgung abhängt. Rauschgiftdelikte sind Kontrolldelikte, d.h. es werden umso mehr Delikte bekannt bzw. aufgedeckt, je intensiver die Strafverfolgung ist. Ein Vergleich mit Trends in anderen erfassten Bereichen, zum Beispiel bei der Zahl behandelter Fälle, kann durch Triangulation helfen, eine verlässlichere Gesamtaussage über Trends zu machen.

### 8.3.4 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

Insgesamt wurden im Jahr 2004 49.739 Personen nach dem BtMG verurteilt. 38.959 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-)Strafrecht gefällt, 10.780 nach dem Jugendstrafrecht. In den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 17.070 Freiheitsstrafen – davon 10.878 zur Bewährung – sowie 21.889 Geldstrafen verhängt (Statistisches Bundesamt, 2006)

Die Zahl der Verurteilungen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 6,6% erhöht (2004: 49.739; 2003: 46.676). Der Anstieg betrifft die erwachsenen Straftäter und vor allem unspezifische Konsumentendelikte (§29 Abs.1), während die Zahl der Handelsdelikte nur um knapp 2% angestiegen sind (Abbildung 8).

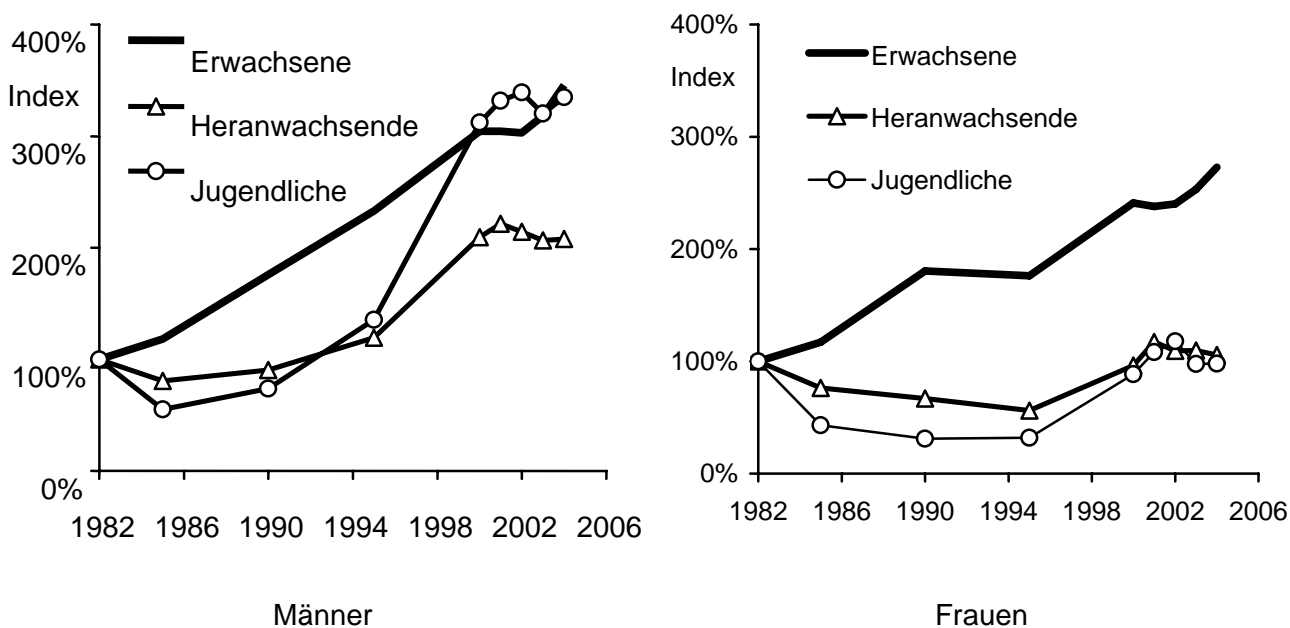


**Abbildung 8: Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz**

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a)

Strafverfahren wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetzes betreffen etwa 6% aller Verurteilungen, bei Jugendlichen beträgt dieser Anteil 7,2%. Bei Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil mit 10,6% deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen also Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittliche Rolle in der Gesamtkriminalität. Bei 64,7% der Verurteilten lag bereits ein früheres Urteil vor (Statistisches Bundesamt, 2006a).

Im Jahr 2004 wurden etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen BtM-Delikten verurteilt (Männer: 44.675; Frauen: 5.064). Die Entwicklungstrends der letzten 20 Jahre sind jedoch für beide Geschlechter recht ähnlich. Verwendet man die Zahlen von 1982 als Index (=100%), so hat sich die Zahl der Verurteilungen bei beiden Geschlechtern bis zum Jahr 2004 etwa verdreifacht. Deutliche Unterschiede sind jedoch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei Frauen hat es im gesamten Zeitraum nur relativ wenig Veränderungen gegeben während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche verdreifacht und für Heranwachsende verdoppelt hat. Erst ab dem Jahr 2000 hat es auch in diesen beiden Gruppen keinen weiteren Anstieg gegeben (Abbildung 9).



**Abbildung 9: Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz**

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz finden sich in Standard Tabelle 11.

### 8.3.5 Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Angaben zu diesem Unterkapitel finden sich in Kapitel 13.

## 8.4 Drogenkonsum im Gefängnis

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz Inhaftierten betrug 2005 insgesamt 9.277 (2004: 9.221). Dies entspricht einem Anteil von 14,6% aller Inhaftierten. Bei Erwachsenen liegt der Anteil bei 15,4% der männlichen und 20,1% der weiblichen Häftlinge, bei Jugendlichen bei 7,3% bzw. 10,2%. Die Zahl der Strafgefangenen mit Betäubungsmitteldelikten hat von 2004 nach 2005 kaum verändert. Der Anteil dieser Delikte unter allen Strafgefangenen hat sich jedoch von 2003 nach 2005 leicht erhöht. Frauen machen nur 6% dieser Gruppe aus, der Anteil der BtMG-Fälle unter den weiblichen Strafge-



fangenen wuchs jedoch etwas stärker als der der Männer. Die Zahl der Jugendstrafen und der Anteil der Btm-Delikte an diesen Strafen sind seit 2003 rückläufig (Tabelle 24).

**Tabelle 24: Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte**

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2005	Inhaftierte N	63.533	60.527	3.006	53.380	2.742	6.797	264	350
	BtMG N	9.277	8.700	577	8.207	550	493	27	0,0
	BtMG %	14,6	14,4	19,2	15,4	20,1	7,3	10,2	0,0
2004	Inhaftierte N	63.677	60.566	3.111	53.262	2.807	7.000	304	304
	BtMG N	9.221	8.658	563	8.129	521	529	42	0,0
	BtMG %	14,5	14,3	18,1	15,3	18,6	7,6	13,8	0,0
2003	BtMG %	14,4	14,2	17,9	15,2	18,2	8,0	15,0	0,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006)

Sicherstellungen von Drogen im Gefängnis finden regelmäßig statt. Neben einem umfangreichen Kontrollsystem werden Urinkontrollen, aber auch groß angelegte Durchsuchungsaktionen mit Polizeikräften und Drogenspürhunden durchgeführt. Die Landesstatistik für Hessen weist für das Jahr 2004 120 Sicherstellungen aus. Die Verteilung der Substanzen entspricht der Situation außerhalb der Gefängnisse. Es wurden 88 Mal Haschisch, 16 Mal Heroin, 6 Mal Kokain und 10 sonstige Drogen gefunden (Hessisches Sozialministerium, 2006).

Angaben über Drogenkonsum im Gefängnis finden sich in Standard Tabelle 12.

## 8.5 Soziale Kosten

Eine Gesamtabstschätzung der finanziellen Folgen des Drogenkonsums für die deutsche Gesellschaft liegt nicht vor. Direkte Kosten für einzelne staatliche Stellen sowie Träger von Renten- und Krankenversicherung sind in Kapitel 1 dargestellt, soweit hierfür differenzierte und zuordenbare Daten vorliegen.

## **9 Umgang mit sozialen Begleiterscheinungen und Folgen**

### **9.1 Übersicht**

Ähnlich wie bei den gesundheitlichen Folgen gibt es auch bei den sozialen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums spezifische und allgemeine Ansätze bei den Hilfen.

Spezifische Hilfen bestehen insbesondere bei den komplementären Einrichtungen der Suchthilfe. Sie bieten beschützte Arbeitsstellen, Schulen zur Erlangung fehlender Abschlüsse und andere Maßnahmen, die bei der Reintegration in den Lebensalltag außerhalb der Drogenszene helfen sollen. Auch betreute Wohnheime, die zwischen Therapieende und einer selbständigen Lebensweise noch ein gewisses Maß an Unterstützung bieten, gehören zu diesen Ansätzen. Weitere Details finden sich in Kapitel 5.2 bei der Beschreibung des Systems der Suchthilfe in Deutschland. Auch hier zeichnen die Bundesländer verantwortlich. Es stehen standardmäßig keine nationalen Statistiken für diese Leistungen zur Verfügung.

Daneben stehen die normalen Angebote der Sozialhilfe auch für Drogenabhängige zur Verfügung, wenn es darum geht, eine preisgünstige Wohnung, Sozialhilfe zum Leben oder Unterstützung in anderen Lebensbereichen zu erhalten. Da hierfür jedoch keine Statistiken vorliegen, welche die Aktivitäten speziell für diese Personengruppe erfassen, ist eine quantitative Darstellung nicht möglich.

### **9.2 Soziale Reintegration**

#### **9.2.1 Allgemeine Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und ihre Folgen für Menschen mit Substanzproblemen**

Das in den letzten Jahren überarbeitete Sozialgesetzbuch hat eine Reihe von Voraussetzungen für eine Verbesserung der sozialen Reintegration auch für Menschen mit Substanzstörungen geschaffen. Genaueres hierzu findet sich im REITOX-Bericht des letzten Jahres (DBDD 2005).

In der Folge der Umgestaltung der staatlichen Einrichtungen zu Vermittlung von Arbeit und der Arbeitsförderung („Hartz IV“) zeichnen sich erste Tendenzen ab. Durch die starken - auch strukturellen - Veränderungen benötigte die Umgestaltung der betroffenen Institutionen und Behörden relativ viel Zeit, bevor mögliche Effekte für die Gruppe der Drogenabhängigen sichtbar werden konnten. Der Effekt ist bisher noch nicht abzuschätzen.

#### **9.2.2 Wohnung**

Für Drogenabhängige steht eine Reihe von Angeboten zur Verfügung, um eine bestehende Wohnungslosigkeit zu überbrücken. Einige statistische Zahlen hierzu finden sich in den Angaben der Bundesländer im Rahmen der Länderkurzberichte für das Bezugsjahr 2004 (Simon, 2005). In 45 niedrighschwelligten Einrichtungen stehen 632 Notschlafstellen speziell für diese Zielgruppe zur Verfügung. 277 Einrichtungen bieten 7.599 Plätze für betreutes Wohnen. Den Übergang zwischen stationärer Behandlung und einem vollständig eigen-

ständigen Leben sollen Adaptationseinrichtungen erleichtern. Von diesen gibt es im ganzen Land 81, die insgesamt 983 Plätze für Suchtkranke zur Verfügung stellen (Simon, 2005).

### 9.2.3 Ausbildung

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Maßnahmen zur besseren Eingliederung schwer zu vermittelnder Arbeitsloser in das Erwerbsleben erprobt worden. Die Maßnahmen wurden zwar in der Regel nicht speziell für Menschen mit Substanzproblemen entwickelt, diese sind jedoch in der Zielgruppe dieser Aktivitäten häufig zu finden. Ein Teil der Ergebnisse wurde auch in die Novellierungen der Sozialgesetzbücher II, III und XII mit einbezogen.

Komplementär zur Behandlung werden drogenabhängigen Menschen in vielen Einrichtungen Förderprogramme angeboten, die dem Training der schulischen Fähigkeiten, der Verbesserung der Ausbildung oder Orientierung im Berufsleben dienen. Darüber hinaus ist es möglich, im Rahmen externer Schulprojekte Schulabschlüsse nachzuholen. Berufsausbildungen werden durch enge Kooperationen mit Handwerk und Industrie ermöglicht. In Anbetracht der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit und der eher rückläufigen Mittel für diesen Bereich zeichnet sich keine Verbesserung der Lage ab.

### 9.2.4 Beschäftigung

Die ohnehin angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt erschwert suchtkranken Menschen nach ihrer Behandlung eine Integration ins Berufs- und soziale Leben. Die Arbeitslosenquote unter drogenabhängigen Menschen ist extrem hoch – je nach Problemgrad bis zu über 80%. Studien zeigen, dass die soziale und berufliche Integration ein wesentlicher Indikator für eine dauerhafte Abstinenz bei den Betroffenen ist.

Bundesweit bestehen 51 Arbeitsprojekte oder Qualifizierungsmaßnahmen mit 711 Plätzen speziell für Drogenabhängige. Für alle Personen mit Suchtproblemen stehen insgesamt 1.787 Plätze in 124 Einrichtungen zur Verfügung.

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherung auf Bundesebene (Deutsche Rentenversicherung Bund)<sup>1</sup> wurde im Zuge der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der bestehenden Rehabilitationsangebote zum festen Bestandteil der Behandlung Suchtkranker. Sie beinhaltet z.B. indikative Gruppen zu Arbeitslosigkeit und Trainings für die Bewerbung um einen Arbeitsplatz. Grundsätzlich ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit das zentrale Ziel der Rentenversicherung bei der Behandlung von Suchtkranken. Neben rein somatischen Aspekten zählt hierzu ebenfalls die psychische Seite, also die notwendigen persönlichen und sozialen Fähigkeiten des Klienten, um im Arbeitsalltag bestehen zu können.

Spezielle Programme der Arbeitsverwaltung zur Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen betreffen nicht selten Personen mit Suchtproblemen. Die vorliegenden Statistiken

---

<sup>1</sup> Seit 1.10.2005 wurden BfA und LVAs in die Deutsche Rentenversicherung überführt

weisen diese Teilgruppe jedoch in aller Regel nicht gesondert aus, so dass Maßnahmen und Ergebnisse für die Zielgruppe dieses Berichts nicht getrennt dargestellt werden können.

In einer Umfrage unter Suchttherapeuten aus 33 stationären Einrichtungen, von denen 6 auf Drogen spezialisiert waren, fanden 90,9% der Befragten die bestehenden Angebote zur Förderung der (Re-) Integration ins Arbeitsleben für Suchtkranke unzureichend (Weissinger, 2005).

Weitere Aktivitäten wurden in Kapitel 9.2.1 und 9.2.2 beschrieben.

### **9.2.5 Soziale Hilfen und Unterstützung**

Suchtkranke erhalten die gleichen Hilfen und Unterstützungsleistungen durch Staat, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherungen wie andere. Gesonderte Statistiken hierzu liegen nicht vor.

## **9.3 Prävention von Drogenkriminalität**

### **9.3.1 Hilfen für Drogenkonsumenten im Gefängnis**

#### **Spritzenaustausch**

Spritzenprogramme für i.v. konsumierende Gefängnisinsassen wurden in der Vergangenheit in verschiedenen Bundesländern entwickelt und evaluiert. Sie sind mit einer Ausnahme inzwischen alle wieder eingestellt worden.

#### **Therapie im Gefängnis**

Substitution im Gefängnis wird regional sehr unterschiedlich gehandhabt. In der Regel ist die Weiterführung einer Substitutionsbehandlung, die bereits vor Haftantritt bestand, in allen Bundesländern gewährleistet. Das Gleiche gilt für den Einsatz von Methadon zur Entzugsbehandlung. Ob mit einer Substitution im Gefängnis begonnen werden kann, ist im Rahmen der Landesvorgaben vom Anstaltsarzt zu entscheiden. Eine flächendeckende Versorgung mit diesen Angeboten findet sich jedoch nur in einigen Bundesländern. Zeitliche Befristungen auf 3-6 Monate sind weit verbreitet (Pollähne & Stöver, 2005).

Eine Umfrage der DBDD bei den Landesjustizministerien, die im Auftrag der Arbeitsgruppe Suchthilfestatistik im Jahr 2005 stattfand, ermöglicht einen groben Überblick über den aktuellen Stand. In 6 der 10 Ländern, zu denen Detailinformationen vorlagen, wird die Betreuung überwiegend durch externe Berater geleistet. Dabei handelt es sich in aller Regel um ambulante Beratungsstellen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege (NGOs). In vier Ländern werden externe und interne Berater eingesetzt.

Substitutionsbehandlung wird in erster Linie durch das interne medizinische Personal betreut (Simon & Tischer, 2006). Schwerpunkte der Arbeit der Suchthilfe im Gefängnis sind neben Prävention vor allem die Motivation zur Entwöhnungsbehandlung, die Vermittlung in stationäre Entwöhnungseinrichtungen oder die Weiterbetreuung (Hessisches Sozialministerium, 2006).

### **Therapie statt Strafe**

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld und dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Konsumdelikte, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und Dritte nicht beteiligt sind. Die Anwendung dieser Regelungen ist regional recht unterschiedlich, wie die Studie von Schäfer & Paoli (2006) zeigt. Weitere Details finden sich unter 1.2.2.

Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe diese Strafe zurückgestellt werden, um dem Drogenabhängigen die Chance zu einer Behandlung zu geben („Therapie statt Strafe“, § 35 BtMG).

### **Alternative juristische Maßnahmen zur Prävention von Drogendelikten**

Es gibt auf allen Ebenen der Strafverfahren die Möglichkeit, unter bestimmten Bedingungen das Verfahren einzustellen. Häufig sind einige Stunden sozialer Arbeit eine erste staatliche Reaktion auf problematisches Verhalten im Bereich Drogen.

#### **9.3.2 Andere Interventionen zur Vermeidung von Drogenkriminalität**

Es gibt eine Reihe weiterer Möglichkeiten, Drogenkriminalität oder auch Beschaffungskriminalität zu verringern. Viele Städte haben sich die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, Aufenthaltsverbote für bestimmte Plätze für Drogenabhängige auszusprechen, um damit die Bildung von offenen Drogenszenen zu vermeiden. Auch der Einsatz von gemeindenahen Maßnahmen der indizierten Prävention mit Hilfe von Peers, wie im weit verbreiteten Programm FreD, stellt eine Möglichkeit dar, zu intervenieren und gleich strafrechtlich aktiv werden zu können (vgl. 3.3.4).

## 10 Drogenmarkt

### 10.1 Überblick

#### Verfügbarkeit und Versorgung

Die Einschätzung der Verfügbarkeit verschiedener illegaler Substanzen lässt sich in Umfragen an der Aussage ablesen, dass eine Substanz innerhalb eines bestimmten Zeitraums „leicht“ oder „sehr leicht“ beschaffbar sei. Diese Angaben werden in Deutschland regelmäßig in der Epidemiologischen Suchtstudie, der Drogenaffinitätsstudie sowie in einigen Schulumfragen erhoben. Die wahrgenommene Verfügbarkeit spiegelt die Situation auf dem lokalen oder regionalen Drogenmarkt, aber auch die persönliche Einschätzung wider. Die Marktsituation zeigt sich seitens der Anbieter in Zahl, Menge und Qualität der beschlagnahmten Drogen.

#### Beschlagnahmungen

Im Inland, an den Grenzen zu Nachbarstaaten, in den Seehäfen und an Flughäfen werden regelmäßig große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll die Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaaten ermittelt. Indikatoren des illegalen Drogenmarktes sind neben Zahl und Umfang von Beschlagnahmungen Preise und Wirkstoffgehalt bzw. Reinheit der Substanzen. Um neue Drogen in ihrer Struktur und Wirkungsweise zu verstehen, ist ein erheblicher Aufwand in Form von chemischen Analysen notwendig (Fritschi, 2002).

#### Preise

Das Bundeskriminalamt ermittelt für verschiedene Drogen seit 1975 auf der Grundlage von Beschlagnahmungen einen Durchschnittspreis. Dabei werden neben Kleinmengen im Grammbereich auch Mengen ab einem Kilogramm erfasst. Erstere geben eher die von den Konsumenten gezahlten Preise im Straßenhandel, letztere die für den Drogenhändler relevanten Großmarktpreise wieder. Es werden Mittelwerte angegeben, die auf den ermittelten Marktpreisen in den einzelnen Bundesländern basieren.

Die ermittelten Drogenpreise können nur als grobe Richtwerte verstanden werden, zumal der Reinheitsgehalt der Drogen bei der Preisermittlung nicht berücksichtigt wird und teilweise unterschiedliche Qualitätsklassen gehandelt werden. Darüber hinaus besteht die Schwierigkeit, dass lediglich im Zusammenhang mit wenigen Sachverhalten Preise bekannt werden, so dass Zufallseffekte die Zahlen stark verändern können.

#### Reinheit

Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalten dienen Proben aus Drogenbeschlagnahmungen. Wegen der besseren Vergleichbarkeit werden die Gehalte der psychotropen Inhaltsstoffe auf die chemische Form der Base bezogen. Dies

geschieht unabhängig davon, in welcher Form die Substanz in der illegalen Zubereitung vorliegt. Alle Werte sind nur als Richtwerte zu verstehen, da große Schwankungen im Reinheitsgehalt der einzelnen Beschlagnahmungen zu starken Zufallseffekten führen können. Da die Verteilung der Werte deutlich von der Normalverteilung abweicht, werden statt arithmetischer Mittelwerte Medianwerte angegeben.

Die Darstellungen basieren auf dem „Statistischen Auswerteprogramm Rauschgift“ (Zerell et al., 2006) und dem „Bundeslagebild Rauschgift 2005“ (BKA, 2006) (bis 2002: „Rauschgiftjahresbericht“). Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (< 1g), Kleinhandel, Großhandel (>= 1000g). Die Ergebnisse werden differenziert dargestellt, soweit ein deutlicher Unterschied im Wirkstoffgehalt zwischen Großhandel und Straßenhandel festzustellen war. Der Grund hierfür ist in der Regel eine zunehmende Streckung des Wirkstoffes von der Großhandelsebene zum Straßenverkauf, um damit den Gewinn zu erhöhen. Neben dem Wirkstoffgehalt werden Angaben über die häufigsten Streckmittel gemacht. Soweit diese pharmakologisch wirksam sind (z. B. Coffein) werden sie als Zusätze, ansonsten als Verschnittstoffe (z. B. Zucker) bezeichnet.

## **10.2 Verfügbarkeit und Versorgung**

Verfügbarkeit und Versorgung betrachten den Drogenmarkt aus zwei verschiedenen Richtungen: zum einen aus Sicht des Käufers, zum anderen aus Sicht des Anbieters.

### **10.2.1 Verfügbarkeit**

Zur wahrgenommenen Verfügbarkeit von Drogen finden sich Angaben im REITOX-Bericht des Jahres 2005. Neuere epidemiologische Studien zur Verfügbarkeit liegen nicht vor.

### **10.2.2 Produktion, Vertriebsquellen und Versorgung**

Für den deutschen Heroinmarkt stellt Südwestasien und dort vor allem Afghanistan die wichtigste Ursprungsregion dar. Der Transport nach Westeuropa erfolgt vornehmlich über die Türkei und die verschiedenen Varianten der Balkanroute sowie in geringerem Maße auf der Seidenroute über die zentralasiatischen Staaten. Kokain wird größtenteils aus den Niederlanden und direkt aus Südamerika (Kolumbien, häufig über Brasilien und Peru, vermehrt auch über Venezuela, Argentinien und im Transit über die Inseln der Karibik) eingeschmuggelt. Amphetamin kommt zumeist aus den Niederlanden und zum Teil auch aus Polen. Kristallines Methamphetamin („Crystal“) gelangt aus der Tschechischen Republik nach Deutschland, insbesondere nach Bayern, Sachsen und auch Thüringen.

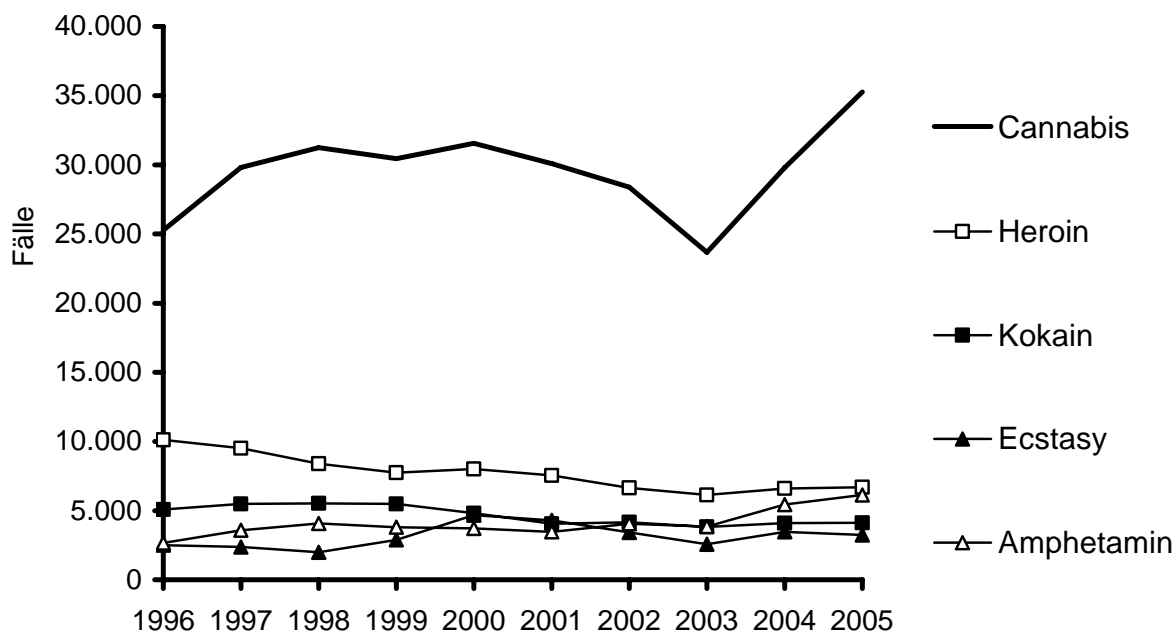
Die Niederlande sind der bedeutendste Ursprungs- bzw. Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestelltes Marihuana. Cannabisharz stammt weitgehend aus Marokko. Es wird unter anderem auf dem Landweg oder per Schiff nach Spanien und über die Niederlande nach Deutschland gebracht. Die Bedeutung des Anbaus von Marihuana in Deutschland ist schwer abzuschätzen, da die Zahl der Sicherstellungen von Pflanzen stark schwankt. Ein klarer Trend ist nicht daraus abzulesen. Allerdings stellt die Kriminalpolizei insbesondere an der Grenze zu den Niederlanden einen vermehrten Anbau von Cannabis in so genannten

Indoor-Großplantagen fest. Die Verschärfung der Strafverfolgung in den Niederlanden ist eine mögliche Ursache dieser Entwicklung (SZ, 21.4.2006)

### 10.3 Beschlagnahmungen von Betäubungsmitteln

Für das Berichtsjahr 2005 wurden die folgenden Sicherstellungsmengen für illegale Drogen gemeldet: Heroin 786,6kg (2004: 775kg; +1,5%); Kokain 1.078,9kg (2004: 969kg; +11%); Crack 5,6kg (2004: 2,5kg; +124%); Amphetamin 668,8kg (2004: 556kg; +20,3%), Ecstasy 1.588.908 Pillen (2004: 2.052.158 Pillen; -22,6%), Haschisch 3.637,5kg (5.473kg; -34%), Marihuana 3.013,7kg (5.384kg; -44%), Khat 14.321kg. (13.350kg; +7,3%), Pilze 85,5kg (2004: 26,3kg; +225,1). Während die Beschlagnahmungsmengen bei Kokain, Amphetamin und Khat etwas gestiegen sind, lagen die Mengen für Ecstasy und Haschisch deutlich niedriger als im Vorjahr. Heroin weist praktisch keine Veränderung auf, die Mengen bei Crack und Pilzen haben sich mehr als verdoppelt.

Da die jährlichen Sicherstellungsmengen durch große Einzelbeschlagnahmungen stark schwanken können, wird auch die Zahl der Sicherstellungen untersucht. Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle in Bezug auf die oben genannten Drogen ist 2005 gegenüber dem Vorjahr um 12% gestiegen. Eine Zunahme von knapp 50% oder darüber gegenüber dem Vorjahr zeigt sich bei Amphetamin, Cannabis, LSD, Pilzen und Khat. Langfristig zeigt die Grafik eine Zunahme bei der Zahl der Beschlagnahmungen von Cannabis und Amphetamin, während bei Heroin die Werte tendenziell rückläufig sind. Insgesamt erfolgten im Jahr 2005 57.436 Beschlagnahmungen, - 11% mehr als im Vorjahr, als 51.634 Fälle registriert wurden (Abbildung 10).



**Abbildung 10: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland von 1996 bis 2005**

Quelle: BKA 2006



Bei der Betrachtung der beschlagnahmten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 klare Zunahmen für Amphetamine. Seit 2004 gilt das auch für Pilze und Khat, die vorher nicht erfasst wurden. Die Zahl der Sicherstellungen und die sichergestellten Mengen für Ecstasy und Heroin sind stabil bis rückläufig, Cannabis war im letzten Jahr eher wieder steigend (Tabelle 25).

**Tabelle 25: Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000**

	2005 vs. Heroin	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Cannabis	Pilze	Khat
Zahl 2004	+9%	+8%	+59%	+26%	+49%	+32%	+102%
Menge 2004	+2%	+11%	+20%	-23%	+0	+300%	+146%
Zahl 2000	-17%	-15%	+64%	-31%	+12%	--	--
Menge 2000	-1%	+18%	+147%	-3%	-2%	--	--

Quelle: BKA 2004

Hinweis: Zuwächse >10% durch Rahmen, Abnahmen >10% durch Schattierung gekennzeichnet

Im Jahr 2005 wurde mit rund 94.000 Cannabispflanzen seit 1999 die größte Zahl von Pflanzen beschlagnahmt. Gegenüber 2004 hat sich die Zahl damit um 40%, die Zahl der Fälle um 3% erhöht (Tabelle 26).

**Tabelle 26: Sicherstellung von Cannabispflanzen**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Menge in Stück	81.097	168.833	25.277	68.698	29.352	35.863	68.133	93.936
Fälle	1.661	1.254	1.048	785	887	750	1.008	1.035

Quelle: BKA, persönliche Mitteilung

Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB, „Liquid Ecstasy“) wurde im Jahr 2004 nur in Einzelfällen beschlagnahmt. Die Befürchtung einer deutlichen Zunahme dieser Substanz, die im Vorjahr durch die Beschlagnahmung von 9 Labors ausgelöst wurde, hat sich damit nicht bestätigt. Die genannten Labors waren zudem von ihrer Produktionskapazität her anscheinend für den Eigenbedarf der Betreiber gedacht (BKA 2005a).

Die Übersicht zu den aktuellen Beschlagnahmungen findet sich in Standardtabelle 13.

## 10.4 Preis und Reinheit der Drogen

### 10.4.1 Preis

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2003 bis 2004 nur wenig geändert. Im Straßenverkauf ist Ecstasy um mehr als 10% billiger geworden. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana um fast 10% gestiegen, was möglicherweise mit dem gestiegenen Wirkstoffgehalt dieser Droge zu tun hat. Aus dem Polizeibereich wird berichtet, dass auf der Ebene des Groß- und Zwischenhandels Marihuana aus speziellen Züchtungen entsprechend gekennzeichnet gehandelt wird. Hier liegt also bereits eine Differenzierung im Markt vor. Auf der Ebene der

Endverbraucher ist diese Differenzierung unterschiedlicher Qualitäten bisher noch nicht in dieser Form zu finden. Der deutliche Rückgang der Preise für LSD im Straßenhandel um mehr als 15% spricht möglicherweise für ein nachlassendes Interesse an dieser Droge (Tabelle 27).

Die Übersicht der aktuellen Zahlen zu Drogenpreisen findet sich in Standardtabelle 16.

**Tabelle 27: Preise verschiedener Drogen 2003 bis 2005**

Preis pro Gramm (Kleinmengen) / Kilogramm (Großmengen)	Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphe- tamine	Mari- huana	Canna- bisharz	LSD
Kleinmenge 2005	35,0€	60,5€	--	--	11,9€	7,2€	6,0€	8,5€
Kleinmenge 2004	39,5€	58,9€	60,8€	6,7€	12,1€	7,2€	6,1€	10,2€
Änderung 2004 vs. 2003	-3,4%	-2,0%	--	-11,0%	-4,0%	-1,4%	+1,6%	+7,4%
Änderung 2005 vs. 2004	-11,4%	+2,7%	--	--	-1,7%	0,0%	-1,6%	-16,7%
Großmengen 2005	22.992€	36.007€	--	1.908€	4.258€	3.487€	2.358€	--
Großmengen 2004	20.710€	35.602€	--	2.219€	5.346€	3.315€	2.245€	--
Änderung 2004 vs. 2003	+8,8%	+0,4%	--	-4,4%	+4,8%	+9,7%	-8,6%	--
Änderung 2005 vs. 2004	-3,40%	-2,00%	--	-11,00%	-4,00%	-1,40%	+1,60%	--

Quelle: BKA, persönliche Mitteilung

#### 10.4.2 Reinheit

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Ecstasy, Heroin und Kokain ist das „Statistische Auswertungsprogramm Rauschgift 2005“ (Zerell et al., 2006) sowie das „Bundeslagebild Rauschgift 2005“ (Zerell et al., 2006).

Tabelle 28 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 1996. Mit gewissen Schwankungen ist der Wirkstoffgehalt von Amphetamin und von Kokain im Straßenhandel in der gleichen Zeit kontinuierlich gesunken. Der Wirkstoffgehalt von Heroin ist im Straßenhandel gestiegen, im Großhandel aber mit starken Schwankungen eher stabil geblieben.

Die aktuellen Werte finden sich in der Übersicht in Standardtabelle 15 und 16.

**Tabelle 28: Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen von 1996 bis 2003 (Median)**

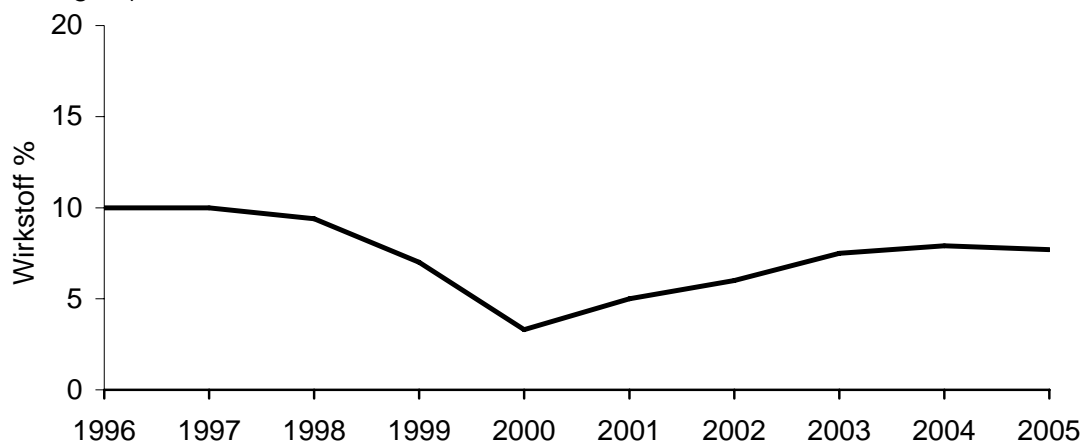
	1996 %	1997 %	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %
Amphetamin	10,0	10,0	9,4	7,0	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7
Kokain Straßenhandel	46,8	50,7	40,2	49,4	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2
Kokain Großhandel	77,3	79,4	74,3	69,1	69,1	73,0	73,9	76,7	75,0	68,8
Heroin Straßenhandel	13,4	9	9	9,4	11,1	12,0	9,9	17	19,9	15,0
Heroin Großhandel	46,4	31,9	20	29,2	35,1	45,8	27	7,3	48,8	36,5

Quelle: Zerell et al. (2005)

## Amphetamin

Für das Jahr 2005 wurden insgesamt 2.047 Proben von Amphetamin auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet. Dieser betrug dabei für den Straßenhandel und die Großhandelsebene 7,7%.

Als Zusatzstoffe wurden bei 1.801 ausgewerteten Proben am häufigsten Coffein (74%), bei den Verschnittstoffen Lactose (54%), Kreatin (8 %), Glucose (7%), Mannit (3,2%), 1-Phenylethylamin (2,8%), Stärke (1,4 %), Saccharose (1,3 %) und Fructose (1,1 %) gefunden (Abbildung 11).

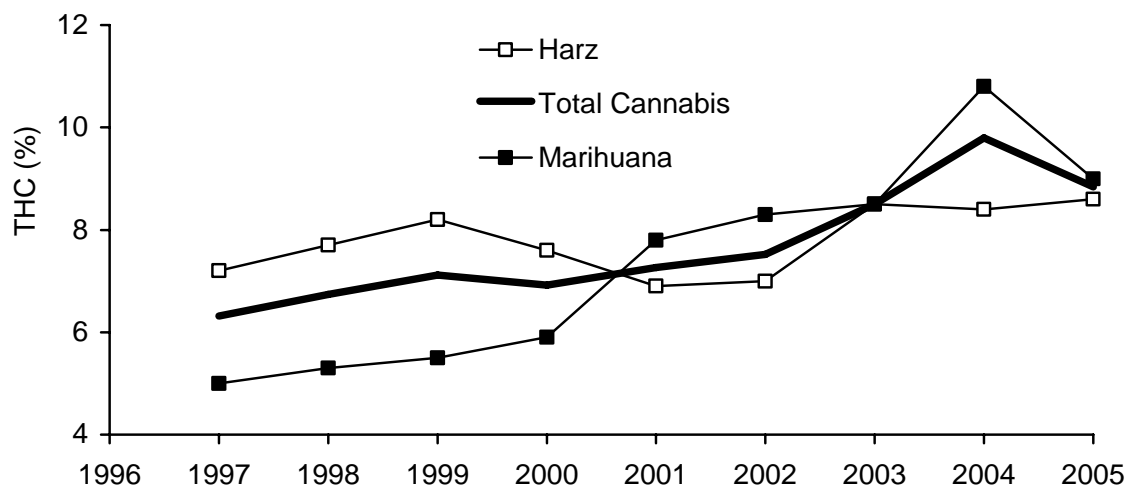


**Abbildung 11: Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1996 – 2005**

Quelle: Zerell et al. (2005)

## Cannabis

Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgt auf der Basis der Beschlagnahmen von 2.365 Proben Marihuana, 3.505 Proben Blütenstände und 3.926 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKAs und Zollbehörden. Es zeigt sich zwischen 2004 und 2005 ein Rückgang des mittleren THC-Gehalts, der vor allem auf den rückläufigen mittleren Wirkstoffgehalt von Marihuana zurückzuführen ist (Abbildung 12).



**Abbildung 12: THC-Gehalt von Marihuana und Haschischharz**

Quelle: Zerell et al. (2005)

## Ecstasy

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 1.115.478 Tabletten und Kapseln untersucht. Davon waren 93,3% (2004: 93,4%) Monopräparate, bei 6,7% (2004: 6,6%) wurden zwei oder drei Suchstoffe festgestellt. Der Anteil der Mischpräparate hat sich damit gegenüber 2002 (0,4%) und 2003 (4,0%) erhöht.

Von den untersuchten 1.040.716 Monopräparaten enthielten 93,6% (2004:95,0%) MDMA. Die verbleibenden 6,4% enthielten Amphetamin, Methamphetamin, MDA und/oder MDE. Die Wirkstoffmengen werden in Tabelle 29 dargestellt.

Bei den gemeldeten Kombinationspräparaten handelte es sich um Mischungen von MDMA/MDE, MDMA/MDA, MDMA/Amphetamin, MDMA/MDA/MDE, MDMA/Methamphetamin, MDMA/ MDE/Amphetamin und MDMA/MDA/Methamphetamin. Die am häufigsten gemeldeten MDMA/MDE - Zubereitungen enthielten im Mittel 48 mg MDMA und 4 mg MDE pro Einheit (Tabelle 29).

**Tabelle 29: Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel**

Wirkstoff	2002 Menge mg	2003 Menge mg	2004 Menge mg	2005 Menge mg	2002 Median mg	2003 Median mg	2004 Median mg	2005 Median mg
MDA	21 – 69	20	15-57	13-47	64	20	40	22
MDE	14 – 62	39 – 62	59-65	1-50	43	56	62	11
2-C-I	--	--	10		--	--	10	--
MDMA	3 – 362	0,3 – 260	3-205	1-441	62	63	60	57
Amphetamin	0,1 – 36	2 – 24	4-207	1-45	9	7	8	14
Methamphetamin	-	17 – 21	20-21	5-14	--	17	21	10

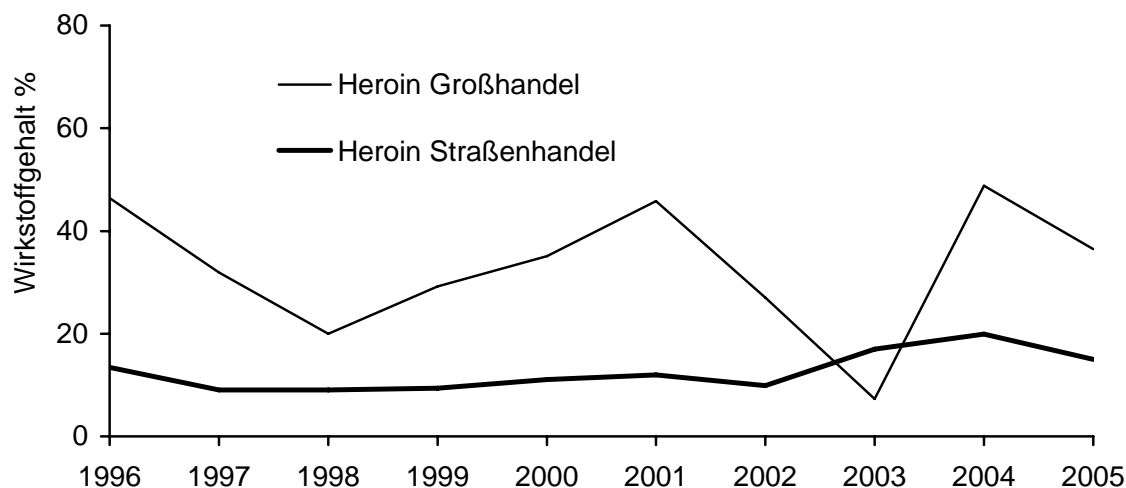
Quelle: Zerell et al. (2006)

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base

Im Mittel war der Gehalt an MDA und MDE von 2002 bis 2005 durchgängig rückläufig. Der Wirkstoffgehalt an MDMA blieb dagegen mit leichten Schwankungen um 60 mg stabil.

## Heroin

Für 2005 wurden 4.283 (2004: 4.131) Proben von Heroin hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet. Während die Reinheit der Beschlagnahmungen aus dem Großhandel über die Jahre zwischen im Mittel 10% und über 40% deutlich schwanken (2005: 36,5%), ist der Wirkstoffgehalt im Straßenhandel im Mittel recht stabil und lag im Jahr 2005 bei 15% (Abbildung 13).



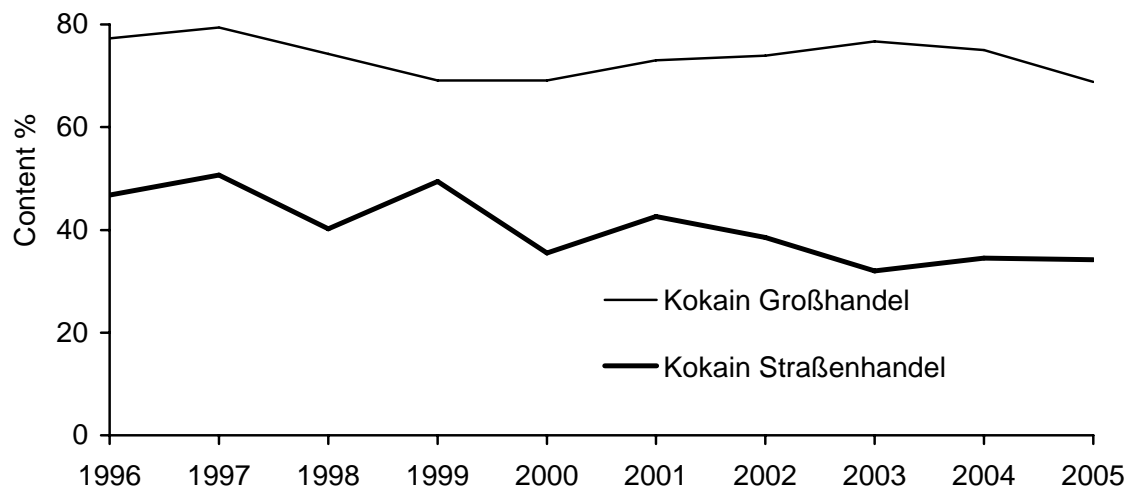
**Abbildung 13: Wirkstoffgehalt von Heroin 1996-2005**

Quelle: Zerell et al. (2005)

Als Zusätze in 3.899 Proben fanden sich vor allem Coffein (99%), Paracetamol (98%) und Griseofulvin (4,1%), bei den Verschnittstoffen fand sich Lactose (3,4%).

### Kokain

Für das Jahr 2005 wurden 3.696 Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2005 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz. Im Jahr 2005 lag der Median bei 34,2%. Bei Großmengen hat sich der Wirkstoffgehalt seit 1996 nur geringfügig verändert. Für das Jahr 2005 ergab sich als Median ein Wirkstoffgehalt von 68,8% (Abbildung 14).



**Abbildung 14: Wirkstoffgehalt von Kokain 1996 – 2005**

Quelle: Zerell et al. (2005)

Bei den Zusätzen wurde in 2.638 Proben Phenacetin (44%), Lidocain (21%), Coffein (7%), Diltiazem (6%), Procain (3,5%), Tetramisol (2,2%), Hydroxyzin (1,7%), Paracetamol (1,1%) und Bezocain (1,0%) festgestellt. Bei den Verschnittstoffen fand sich Lactose (48%), Mannit (16%), Glucose (5%), Inosit (3,8%), Saccharose (3,5%) und Sorbit (2,0%) am häufigsten.

## Teil B – Ausgewählte Themen

### 11 Drogenkonsum und verwandte Probleme unter sehr jungen Personen

#### 11.1 Zusammenfassung

Das Ausmaß des Drogenkonsums von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren ist in Deutschland verhältnismäßig gering, in einigen Bereich hat es aber wohl in letzter Zeit zugenommen. Das spiegelt sich auch in der Behandlungsnachfrage wider. Dabei geht es fast ausschließlich um Cannabis. Rund 10 Mal so viele Personen in dieser Altersgruppe traten 2005 im Vergleich zu 1996 eine ambulante Betreuung an. Es besteht ein enger Zusammenhang zum Konsum und Missbrauch von Alkohol und Tabak. Therapeutische Angebote für diese Altersgruppe sind bisher eher selten.

#### 11.2 Konsum und problematischer Konsum

Epidemiologische Daten zu der Altersgruppe unter 15 Jahren stehen in Deutschland landesweit nur in der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zur Verfügung. Details zu der Studie finden sich unter 2.1. Allerdings ist auch hier die Gesamtzahl der Fälle mit 52 Cannabiskonsumenten und 25 Konsumenten anderer Drogen über die drei letzten Surveys hinweg recht beschränkt. Die Prävalenz des Cannabiskonsums im Lebenszeitraum in dieser Altersgruppe liegt bei Mädchen wie Jungen unter 5%, die Prävalenz des Konsums anderer Substanzen bei unter 2% (Tabelle 30).

**Tabelle 30: Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen Drogen im Lebenszeitraum bei 12-14-Jährigen von 1997 bis 2004**

	männlich		Cannabis Weiblich		Gesamt		Andere Drogen Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	1997 (N=504)	2	0,8	7	2,9	9	1,8	8
2001 (N=647)	15	4,5	4	1,3	19	2,9	8	1,2
2004 (N=631)	15	4,5	9	3,0	24	3,8	9	1,4

Quelle: Orth (2006), persönliche Mitteilung

Bei der hier betrachteten Altersgruppe und den recht niedrigen Prävalenzen muss auch die Möglichkeit der Dissimulation, also der Angabe von Drogenerfahrung in Fällen, in denen diese nicht besteht, in Betracht gezogen werden. Pape & Storz (2006) haben unter anderem nach den Konsumerfahrungen mit einer „Fake Drug“ gefragt und dabei bei 13-19-jährigen norwegischen Schülern eine Lebenszeitprävalenz von 0,5% gefunden. Lässt man diese Fälle bei der Auswertung unberücksichtigt, so reduziert das die Prävalenz auch für real existierende harte Drogen speziell bei männlichen Befragten. Allerdings wäre auch denkbar, dass diese drogenaffinen Jugendlichen zwar reale Erfahrungen mit Drogen haben, ihr

vermeintliches Nichtwissen bei der „Fake Drug“ jedoch leugnen wollen. Dennoch ist Vorsicht bei der Interpretation dieser Zahlen auch über die statistischen Kennwerte hinaus notwendig.

Tabelle 31 zeigt die Konsummerkmale der 24 Personen aus der aktuellen Drogenaffinitätsstudie 2004, die im Laufe ihres Lebens mindestens einmal Cannabis konsumiert haben.

Bei nur einem Fünftel liegt der Konsum länger als ein Jahr zurück, etwa die Hälfte der Befragten hat im letzten Jahr Cannabis konsumiert. Vier Fünftel der Konsumenten haben gerade erst mit 13 oder 14 Jahren mit dem Konsum begonnen. Nur insgesamt 5 Personen haben vor dem 13. Geburtstag mit dem Konsum begonnen.

Etwa die Hälfte der Drogenerfahrenen hat im Leben nicht mehr als zweimal Cannabis gebraucht. Etwa ein Drittel tat dies häufiger als 10 Mal im Lebenszeitraum, rund ein Viertel sogar häufiger als 10 Mal im letzten Jahr.

Eine Generalisierung dieser Anteilswerte über die Stichprobe hinaus ist wegen der geringen Fallzahlen problematisch. Die Angaben können dennoch als Ideen und Anhaltspunkte dienen (Tabelle 31).

**Tabelle 31: Konsumcharakteristika bei 24 Lebenszeit-Cannabiskonsumenten 2004**

		N	%
Gegenwärtiger Konsum	ja, gegenwärtig	7	27,6
	nein, aber im letzten Jahr konsumiert	12	52,2
	nein, aber schon konsumiert	5	20,2
Alter bei erstem Konsum	mit 11 Jahren	2	7,7
	mit 12 Jahren	3	12,5
	mit 13 Jahren	10	40,0
	mit 14 Jahren	10	39,9
Konsumhäufigkeit im Leben	Einmal	10	40,2
	Zweimal	3	12,5
	Drei- bis zehnmal	3	11,4
	Häufiger	9	35,9
Konsumhäufigkeit im letzten Jahr	gar nicht	5	20,2
	Einmal	8	32,2
	Zweimal	3	11,9
	Drei- bis zehnmal	2	7,8
	Häufiger	7	27,9

Quelle: Orth (2006), persönliche Mitteilung

### 11.3 Therapienachfrage

Die Zahl der Kinder unter 15, die in ambulanten oder stationären Einrichtungen in Deutschland wegen Suchtproblemen in Betreuung sind, ist insgesamt ausgesprochen niedrig. Im Berichtsjahr 2005, waren aus dieser Altersgruppe bundesweit 1.207 Personen in ambulanter Betreuung (0,8% aller Klienten). Davon weisen 700 Personen keine eigene Substanzstörung

auf. Sie wurden damit im Rahmen der Suchtbehandlung ihrer Eltern betreut oder wegen anderer, nicht substanzbezogener Störungen. Der Anteil der Altersgruppe unter 15 Jahren liegt für fast alle Substanzen unter 0,5%, lediglich bei Cannabis, Halluzinogene und Tabak liegt er etwas höher. Die einzige Diagnose, bei der die Altersgruppe einen relativ hohen Anteil aufweist, betrifft flüchtige Lösungsmittel, wobei die absolute Zahl dieser Fälle im Jahr 2005 bundesweit unter 30 lag. In stationärer Betreuung waren 2005 3 Personen (0,0% aller Klienten) in der Altersgruppe unter 15, nur eine davon erhielt eine eigene Suchtdiagnose (Tabelle 32).

**Tabelle 32: Zugänge in ambulante und stationäre Behandlung von Klienten unter 15 Jahren**

Substanz/ Hauptdiagnose	Ambulant		Stationär	
	Klienten unter 15 Jahren	Anteil unter 15 Jahren %	Klienten unter 15 Jahren	Anteil unter 15 Jahren %
Alkohol	128	0,2%		
Opioide	27	0,1%		
Cannabinoide	338	2,0%		
Sedativa/ Hypnotika	1	0,1%		
Kokain	2	0,1%		
Stimulantien	6	0,2%		
Halluzinogene	1	0,9%		
Tabak	51	3,1%		
Flüchtige Lösungsmittel	8	30,8%		
Andere psychotrope Substanzen	13	1,2%	1	0,1%
Essstörungen	44	2,6%		
Pathologisches Spielen	4	0,1%		
Sonstige Probleme	433	1,9%	2	0,2%
<b>Gesamt</b>	<b>1.056</b>		<b>3</b>	

Quelle: Strobl et al. (2006a,b)

Der Verlauf der Klientenzahlen dieser Altersgruppe für die drei häufigsten Substanzen ist in Tabelle 33 dargestellt. Trotz der unterschiedlichen Zahl berichtender Einrichtungen werden hier wegen der doch recht kleinen Fallzahlen Absolutwerte angegeben. Neben Änderungen des Behandlungsbedarfs müssen auch Änderungen in der Stichprobe der teilnehmenden Einrichtungen bei der Interpretation der Behandlungsnachfrage berücksichtigt werden. Berücksichtigt man beim Vergleich der Fallzahlen von 1996 und 2005 die unterschiedliche Einrichtungsbasis, zu ergibt sich ein Rückgang der Klientenzahlen um etwa 35% für Alkohol, eine Zunahme um 67% für Opioide und eine Zunahme um mehr als 900% für Cannabis. Selbst bei Berücksichtigung der genannten Detailprobleme ist die Zunahme der Cannabisfälle in dieser Altersgruppe damit augenfällig (Tabelle 33).



**Tabelle 33: Zugänge zu ambulanter Behandlung von Klienten unter 15 Jahren in den Jahren 1990 bis 2005**

Hauptdiagnose	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005 vs. 1996
Alkohol	121	135	181	147	22	14	46	68	78	128	0,65
Opioide	10	24	30	44	8	8	5	12	22	27	1,67
Cannabis	20	42	60	65	96	84	137	250	310	338	10,48
N	436	436	463	447	400	362	454	699	682	703	

Quelle: DSHS

### 11.4 Risikogruppen

Aufgrund der Studien über Risikofaktoren für die Entwicklung von Drogenkonsum, speziell zu problematischem Cannabiskonsum, sind Schulschwänzer, Ausreißer, Kinder aus Problemfamilien und speziell Familien mit Suchtproblemen als Risikogruppen zu betrachten. Aktuelle Studien zu diesem Themenkreis liegen jedoch nicht vor.

Erfahrungen mit Alkohol und Tabak korrelieren mit dem Gebrauch von Cannabis. So ist der Anteil aktueller Raucher bei Personen mit Cannabiserfahrung zum Befragungszeitpunkt deutlich höher als bei Personen ohne Cannabiserfahrung. Der Anteil der Nichtraucher ist entsprechend bei Cannabisbenutzern geringer. Für Alkohol werden ähnliche korrelative Zusammenhänge festgestellt. Der Prävalenz des Alkoholkonsums und des binge-drinking in den letzten 30 Tagen sowie die mindestens einmalige Erfahrung eines Alkoholrausches sowie der durchschnittliche wöchentliche Alkoholkonsum (Gramm Alkohol, Menge-Frequenz-Index) liegt bei Cannabiskonsumenten deutlich höher (Tabelle 34).

**Tabelle 34: Konsum legaler Substanzen und Lebenszeiterfahrung mit Cannabis**

		Cannabiserfahrung			p
		Ja (N=24 <sup>a</sup> )	Nein (N=607 <sup>a</sup> )	Gesamt (N=631)	
Raucher (mind. 1 Zig. letzte 30 Tage)	N	12	14	26	0,00 <sup>b</sup>
	%	52,2	2,3	4,1	
Nichtraucher	N	3	446	449	0,00 <sup>b</sup>
	%	12,5	73,6	71,3	
Alkoholkonsum an mindestens einem der letzten 30 Tage	N	21	216	237	0,00 <sup>b</sup>
	%	87,5	35,7	37,7	
5+ Gläser an mindestens einem der letzten 30 Tage	N	12	31	43	0,00 <sup>b</sup>
	%	52,2	5,1	6,9	
Mindestens ein Alkoholrausch im Leben	N	17	54	71	0,00 <sup>b</sup>
	%	70,8	8,9	11,3	
Durchschnittlich pro Woche konsumierte Gramm Alkohol	M	109,9	7,8	11,7	0,00 <sup>c</sup>
	SD	148,3	46,9	57,4	

a) Kleinstes N wegen fehlender Werte: Cannabis-Ja: 23 Cannabis-Nein: 560 bei Gramm Alkohol, ansonsten 603

b) Exakter Test nach Fisher

c) Mann-Whitney-Test

Quelle: Orth (2006), persönliche Mitteilung

### **11.5 Begleiterscheinungen und Folgen des Drogenkonsums**

Drogenkonsum in Deutschland heißt – gerade in dieser Altersgruppe – Cannabiskonsum. Über die Begleiterscheinungen dieser Substanz gibt die Literatur Auskunft: schulische Leistungsprobleme, verzögerte Reifungsprozesse, ein steigendes Risiko anderer Substanzstörungen und psychiatrischer Erkrankungen wie etwa Depressionen.

### **11.6 Politik und die rechtliche Lage**

Prävention ist ein zentrales Element der nationalen Drogen- und Suchtpolitik. Dabei ist natürlich auch die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren gemeint. Spezielle Programme, die sich ausdrücklich an diese Altersgruppe richten, gibt es jedoch höchstens vereinzelt.

Wichtig sind in diesem Umfeld die Jugendämter, deren Aufgabe es ist, Eltern in ihrem Erziehungsauftrag zu unterstützen bzw. an den Stellen auch ersatzweise aktiv zu werden, wo der Erziehungsauftrag nicht ausreichend wahrgenommen werden kann. In der Abwägung zwischen Elternrecht und Kindeswohl greifen staatliche Stellen aber bisher nur sehr zurückhaltend ein, wenn die Eltern dies ablehnen. Die geforderte stärkere Kooperation zwischen Jugend- und Drogenhilfe sollte die Bedingungen verbessern, auch den hier angesprochenen Personenkreis adäquat zu betreuen und früh zu intervenieren, wenn sich problematische Entwicklungen abzeichnen.

### **11.7 Prävention und Behandlung**

In erster Linie kümmern sich die Sucht- und Jugendhilfen um die Risikogruppen suchtkranker Familien/Kinder suchtkranker Eltern. In der Suchthilfe gibt es bereits gut dokumentierte Erfahrungen im Umgang mit Kindern von Suchtkranken.

Aktuell werden verstärkt Anstrengungen unternommen, die unterschiedlichen sozialen Dienste und Institutionen stärker zu vernetzen und eine bereichsübergreifende Kooperation herzustellen (siehe Tagung des Landesforums Sucht der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) zum Thema Kinder suchtkranker Eltern am 5.07.06).

In der Suchtprävention sind vereinzelt spezifische Projekte zu finden. Im Folgenden werden einige Projekte aus der Frühintervention bzw. Selbsthilfe/Beratung aufgeführt, die speziell für die Altersgruppe unter 15 von Interesse sind. Weitere Angebote, die dieser ebenso wie anderen Altersgruppen offen stehen, sind hier nicht dargestellt. Details zu den meisten Angeboten sind in der EDDRA-Datenbank zu finden. Einige Angebote richten sich an Kinder aus Familien mit Suchtproblemen:

- Connect – Hilfe für Kinder aus suchtblasteten Familien – Büro für Suchtvorbeugung Hamburg
- Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. hat eine neue Veröffentlichung "Leon findet seinen Weg" herausgegeben. Das Bilderbuch soll das Gespräch mit Kindern aus suchtblasteten Familien ermöglichen und die kindliche Wahrnehmung in Bezug auf Alkoholkonsum im Alltag thematisieren.

- Die Broschüre „Kinder - Netz – Hilfe“ wurde in Hamburg herausgegeben. Sie propagiert eine Kultur des Hinschauens und leitet zur Zusammenarbeit von Fachkräften, Ehrenamtlichen und Angehörigen von Kindern suchtbelasteter Eltern an. Zudem wird über Hilfemöglichkeiten in den einzelnen Arbeitsbereichen und Lebensbereichen rund um das Kind und seine suchtbelastete Familie informiert. Die Broschüre wird in Kindergärten, Schulen, Kinderarztpraxen und der Nachbarschaft eingesetzt.

Weitere Projekte sind für Kinder und Jugendliche gedacht, die selbst Problem haben:

- "stop over" - Abstinenzorientierte Klärungs- und Motivierungsphase für suchtgefährdete und drogenabhängige Jugendliche – Berlin

Für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Drogenproblemen stehen nur relativ wenig spezialisierte Einrichtungen zur Verfügung. Das Beispiel einer Einrichtung in Hannover zeigt eine Kombination von stationären und ambulanten Maßnahmen, die neben Suchttherapie wichtige Elemente aus der Jugendhilfe enthält und aus Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe (KFHG) finanziert wird. Die Betreuung wird dabei über einen möglichst langen Zeitraum von der gleichen Personen geleistet, was für diese Altersgruppe von besonderer Bedeutung ist (Schoor & Möller, 2005).

## **12 Kokain und Crack: Stand und Reaktionen**

### **12.1 Zusammenfassung**

Etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung hat Erfahrungen mit Kokain, in den jüngeren Altersgruppen und im großstädtischen Bereich erreicht die Prävalenz rund 5%. Die Kokain-erfahrung ist in Deutschland in den letzten 10 Jahren gestiegen, in der Regel nur kurzzeitiger Konsum begrenzt jedoch den Anstieg aktuellen Konsums in der Bevölkerung.

In der klassischen Heroinszene ist inzwischen Kokain die zweithäufigste Substanz. In der Regel wird sie gemeinsam mit oder alternierend zu Heroin konsumiert. Der problematischste Teil der Gruppe verwendet inzwischen auch in höherem Maße Crack, das außerhalb der Drogenszene keinerlei Interesse findet. Die Crackszene ist jedoch seit Jahren auf Hamburg und die Stadt Frankfurt beschränkt. Kokainbedingte Todesfälle und negative Folgen der Substanz sind im Vergleich zu Heroin wenig auffällig.

Etwa 7% der Personen, die in ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogenhilfe betreut werden, kommen wegen eines primären Kokainproblems. Die Behandlungsnachfrage nimmt, vor allem im ambulanten Hilfesystem, seit vielen Jahren zu. Es bestehen aber kaum spezialisierte Angebote für diese Personengruppe in der öffentlichen Suchthilfe. Auffällig ist der hohe Anteil von Häftlingen unter den Kokainkunden, der bei männlichen Klienten auf rund ein Viertel steigt.

### **12.2 Prävalenz, Konsummuster und Trends beim Kokain- und Crackkonsum**

#### **Kokainkonsum in der Bevölkerung**

In der Erhebung 2003 der nationalen Epidemiologischen Studie (ESA, Details siehe 2.1) hatten 3,1% der Erwachsenen im Alter von 18 bis 59 Jahre Erfahrungen mit der Substanz (Kraus, Augustin & Orth, 2005). Zwischen 1980 und 2003 zeigt einen deutlichen Anstieg der Prävalenz des Kokainkonsums bei 18-24-Jährigen im Lebenszeitraum von 0,7% (1980) auf 4,7% (1990). Gleichzeitig war jedoch der Anteil der Personen seit längerem rückläufig, die den Konsum bis zum Befragungszeitraum fortgesetzt haben (1995: 40,6%, 2003: 28,2%). Während sich die Erfahrung mit dieser Droge also offensichtlich in der Bevölkerung langsam ausbreitet, nimmt die Zahl aktuell Konsumierender nicht zu (Kraus, Semmler & Augustin, 2005).

#### **Crackkonsum in der Bevölkerung**

In der Normalbevölkerung tritt Crack als Droge praktisch nicht auf. Selbst in drogenaffinen Gruppen wird Crack außerhalb der Straßenszene klar abgelehnt (Baumgärtner & Gieß, 2005).

### Kokainkonsum bei Schülern und Jugendlichen

In der Altersgruppe von 12-17 Jahren fand sich in der letzten Erhebung der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2004) für Kokain eine Lebenszeitprävalenz von unter 0,5%, für 12-25 Jahren ergab sich ein Wert von 2%. Methodische Details zu der Studie finden sich in Kapitel 2.1.

Im Rahmen der ESPAD-Studie im Jahr 2003 fand in Deutschland eine Erhebung in 6 Bundesländern statt (Kraus et al., 2004a). Von den befragten 15-16-jährigen Schülern gaben 2,8% (Jungen: 2,7%, Mädchen: 2,8%) an, Erfahrungen mit Kokain zu haben. Davon hatten es 1,9% 1-5 Mal verwendet, 0,5% 6-19 Mal und 0,3% häufiger. In den letzten 30 Tagen haben Crack 0,8% der Befragten konsumiert (Jungen: 0,9%; Mädchen: 0,7%) (Kraus et al., 2004a).

Die Lebenszeitprävalenz in einem großstädtischen Setting (Hamburg) lag 2004 für 14-18-Jährige mit 5% deutlich höher, die Prävalenz des Kokainkonsums im letzten Monat lag dort bei 2% (Baumgärtner, 2004). In der neuesten Erhebung im Jahr 2005 lag der Konsum im letzten Monat in dieser Altersgruppe bei 1,4% der Mädchen und bei 2,4% der Jungen (Baumgärtner, 2006).

### Crackkonsum bei Schülern und Jugendlichen

Daten zum Crackkonsum bei Schülern liegen aus der ESPAD-Studie für das Jahr 2003 vor. Erfahrungen mit Crack hatten danach 2,1% der Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren (Jungen: 2,4%; Mädchen: 1,9%). Darin enthalten sind 1,5%, die Crack 1-5 Mal verwendet haben, 0,4% mit 6-19-maligem und 0,2% mit häufigerem Konsum. In den letzten 30 Tagen haben 0,7% der Befragten Crack konsumiert (Jungen: 0,8%; Mädchen: 0,5%) (Kraus et al., 2004a).

Tabelle 35 zeigt die Prävalenz für Crack und Kokain aus der ESPAD-Studie 2003 für Schüler im Alter von 15-16 Jahren in der Übersicht. Die Konsumangaben Jugendlicher bedürfen der Validierung. Es ist unter Umständen mit Fehlern (Übertreibungen) zu rechnen.

**Tabelle 35: Prävalenz des Konsums von Kokain und Crack bei 15-16-jährigen Schülern im Lebenszeitraum, den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen**

	Jungen (%)	Mädchen(%)	Gesamt (%)	Zeitraum
Crack	2,4	1,9	2,1	Lifetime
Crack	1,7	1,3	1,5	12 Monate
Crack	0,8	0,5	0,7	30 Tage
Kokain	2,8	2,7	2,8	Lifetime
Kokain	1,8	1,7	1,8	12 Monate
Kokain	0,9	0,7	0,8	30 Tage

Quelle: ESPAD ( Kraus et al., 2004.a)

### **Prävalenz von Kokain und Crack in speziellen Gruppen**

Kokain ist in recht unterschiedlichen Gruppen anzutreffen. Zunächst wurde die Droge mit Kunst- und Medienschaaffenden in Verbindung gebracht, später auch mit Wirtschaft und Sexgewerbe. Betrachtet man die auftretenden Konsummuster, so findet sich Kokainkonsum häufig im Umfeld der klassischen Heroinszene, andererseits aber auch in Verbindung mit Cannabis und/oder Amphetaminen in weniger randständigen Milieus. Crack hingegen ist in Deutschland nach wie vor eine Randgruppdroge.

Prinzleve et al. (2005) fanden in einer Studie mit Konsumenten von Kokainhydrochlorid und/oder Crack (ohne Substitution, i.v.-Konsum oder Opioidkonsum) in mehreren europäischen Städten den Gebrauch von Crack allein oder in Kombination mit Hydrochlorid in sozial marginalisierten Gruppen bzw. in der Klientel von Behandlungseinrichtungen, jedoch nur in Einzelfällen bei sozial integrierten Probanden. Crackkonsumenten wiesen auch häufiger Abhängigkeit und andere psychische Störungen auf.

Crackkonsum tritt in Deutschland seit einigen Jahren im unteren Segment der klassischen Heroinszene auf, blieb aber bisher auf Frankfurt und Hamburg beschränkt. In anderen Regionen Deutschlands spielt es keine Rolle, etwa im Saarland (Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, 2006. Persönliche Mitteilung) oder in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2006. Persönliche Mitteilung).

Auch in Hessen ist Crack auf Frankfurt konzentriert. So liegen weniger als 1% der polizeilichen Tatorte außerhalb des Stadtbereichs. Die Zahl der Delikte nahm 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 38% auf 2.174 Fälle zu, der Anteil an der Gesamtzahl von Delikten stieg im gleichen Zeitraum von 10,1% auf 10,8%, die Zahl der Verdächtigen nahm um 8% zu. Der Frauenanteil bei den Crack-Delinquenten liegt bei 24,9%, mehr als ein Drittel der Täter sind nicht deutscher Nationalität. Es handelt sich dabei vorwiegend um Türken, Marokkaner, Italiener und Algerier. Die meisten Personen sind zwischen 25 und 40 Jahren alt, jugendliche Crackkonsumenten sind selten (Hessisches Sozialministerium, 2006).

### **12.3 Probleme durch den Konsum von Kokain und Crack**

#### **Nachfrage nach ambulanter Behandlung**

Kokain ist die Hauptdroge bei etwa 7% der Klienten ambulanter Einrichtungen, der Anteil bei den Erstbehandelten ist etwa gleich hoch. Der Anteil der Kokainfälle in stationärer Betreuung ist mit 6,6% fast genauso hoch. Der Kokainanteil bei Männern in Behandlung ist mit 7,6% deutlich stärker als bei Frauen, bei denen es nur in 3,2% der Fälle Hauptdroge ist. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von 934 ambulanten Einrichtungen in Deutschland (Simon, 2005) haben im Jahr 2005 4.500 Personen eine Betreuung wegen primärer Kokainstörungen aufgenommen, etwa fünf mal so viele Klienten wie im Jahr 1994 (Vgl. 4.3.1). Ein Drittel der Kokainklienten hat zusätzlich eine Alkoholdiagnose (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch), 22% eine Heroindiagnose, 48% eine Cannabisdiagnose. Kokainstörungen treten als Sekundärdiagnose bei 29% der Heroinfälle auf.

Bei Therapiebeginn sind die Klienten im Mittel fast 31 Jahre alt. Der Anteil der Männer beträgt 84%, knapp die Hälfte von ihnen ist alleinstehend. Auffällig ist, dass viele Klienten mit dieser Hauptdiagnose aus dem Gefängnis in Behandlung kommen. 25% der Männer mit primären Kokainstörungen und 5% der Frauen sind bei Therapiebeginn in Haft. Ob dies an einer hohen Prävalenz von Kokainstörungen im Gefängnis liegt oder ob spezielle Selektionsmechanismen beim Zugang zu ambulanter Behandlung zu Gunsten dieser Klientengruppe wirken, ist unbekannt (Strobl et al., 2006a).

### **Nachfrage nach stationärer Behandlung**

Primäre Kokainstörungen wurden 2005 bei 6,6% der Aufnahmen in stationäre Einrichtungen festgestellt. Auch hier sind weitere Suchtdiagnosen häufig. Sie betreffen vor allem Alkohol (61%), Heroin (31%), Cannabis (65%), Amphetamine (24%) und Ecstasy (27%) (Strobl et al., 2006b). Bei den co-morbiden Störungen stehen die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x) mit 9,3% an erster Stelle.

Unter den Krankenhausbehandlungen machen Kokaindiagnosen mit 1.096 Fällen pro Jahr im Vergleich zu Alkohol (290.864 Fällen) und Opioiden (25.889 Fällen) nur einen recht kleinen Teil aus (Statistisches Bundesamt, 2006d).

### **Todesfälle**

Während Kokain relativ häufig im Beigebrauch auftritt, wenn es um Todesfälle durch Opioide geht, sind reine Kokaintodesfälle ausgesprochen selten. Im Jahr 2006 wurden laut Polizeilichem Drogentodesfallregister 2% der Drogentodesfälle durch eine Überdosis von Kokain allein verursacht, weitere 6% durch Kokain in Verbindung mit anderen Drogen (vgl. 6.2.1, Bundeskriminalamt, 2006). Laut Allgemeinem Sterberegister waren 2003 0,4% der Todesfälle von Kokain verursacht. Zum Vergleich: Opiate lagen bei 6,0% (vgl. 6.2.1).

### **Andere negative Folgen des Kokainkonsums**

Es gibt eine Reihe bekannter negativer somatischer und psychischer Auswirkungen auf den Konsumenten und bei Schwangeren auf den Fötus. Neben den Angaben zur Co-Morbidität, die aus den stationären Behandlungseinrichtungen in die DSHS eingehen, liegen hierzu jedoch keine repräsentativen Daten oder neueren Studien aus Deutschland vor. Eine Übersicht über die epidemiologische Situation sowie Risiken und Behandlungsansätze bindet sich bei Kraus et al. (2004b).

## **12.4 Reaktionen und Interventionen**

### **Behandlungsmaßnahmen**

Für Kokainstörungen besteht das normale Behandlungsangebot ambulanter und stationärer Einrichtungen, das in dem vorliegenden Bericht beschrieben wird (vgl. Kapitel 5). Spezielle Angebote für Kokainprobleme sind eher die Ausnahme. Haasen et al. (2002) stellen fest, dass aufgrund der Komplexität der Kokainabhängigkeit spezifische therapeutische Lösungen notwendig sind und wirklich passende Verfahren noch gefunden werden müssen.

Es ist davon auszugehen, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Behandlungen durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten geleistet werden, ohne dass diese in die allgemeinen Statistiken eingehen.

### **Maßnahmen zur Schadensminimierung**

Für Kokainkonsumenten gelten, soweit sie in den entsprechenden Gruppen verkehren, die gleichen „safer use“ Empfehlungen wie für Heroinkonsumenten. Spezielle Programme für Kokainkonsumenten sind eher selten. In Anbetracht der Tatsache, dass nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Kokainkonsumenten in ambulanten oder stationären Einrichtungen betreut wird, ist davon auszugehen, dass eine nicht unerhebliche Zahl speziell der reinen Kokainkonsumenten durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten privat behandelt wird. Statistiken hierzu liegen nicht vor.

### **Reaktionen der Strafverfolgungsorgane auf den Kokainkonsum**

Kokain wird, wie alle anderen illegalen Substanzen strafrechtlich verfolgt. Unter besonderer Beobachtung steht vor allem Crack, da eine räumliche Ausweitung des Marktes und der Drogenszene über den Stadtbereich von Frankfurt und Hamburg hinaus nach Möglichkeit verhindert werden soll.

## **12.5 Politik und Strategien im Umgang mit Kokain und Crack**

### **Kriminalität**

Kokain ist ein Teil des Drogenproblems in Deutschland. Durch die enge Verknüpfung eines Teils der Konsumentenszene mit der klassischen Heroinszene ist Kokain ein wesentlicher Teil des kriminellen Geschehens in diesem Bereich. Einen Sonderstatus nimmt es in gewisser Weise durch seine Verbindung mit dem Sexgewerbe ein.

Mit 14.728 Fällen im Jahr 2006 war Kokain fast ebenso oft wie Opiate mit 22.592 Fällen Anlass eines Konsumdelikts.

### **Kokain- und Crackmärkte**

Im Rahmen der Umfragen wurde auch die wahrgenommene Verfügbarkeit von Kokain und Crack erfragt („Wie leicht könntest Du .. in 24 Stunden besorgen?“). Für eher leicht beschaffbar halten 15% der Schüler Kokain – die Anteile liegen für Cannabis mit 44% deutlich höher.

Im Jahr 2005 wurden in Deutschland etwas mehr als eine Tonne Kokain beschlagnahmt. Der Zuwachs lag gegenüber dem Vorjahr bei 11,3%. Die Zahl der Beschlagnahmungen hat sich jedoch nur geringfügig erhöht. Die vergleichsweise kleine Menge von beschlagnahmtem Crack zeigt, dass diese Substanz fast ausschließlich vor Ort aus Kokain hergestellt wird (Hessisches Sozialministerium, 2006). Die mengenmäßige Zunahme von 2004 nach 2005 sollte deshalb nicht überinterpretiert werden (Tabelle 36).



**Tabelle 36: Beschlagnahmen von Kokain und Crack in den Jahren 2004 und 2005**

Substanz	2004		2005		2005 vs. 2004	
	kg	Fälle	kg	Fälle		
Kokain	969,0	4.088	1.078,9	4.109	+11,3%	+0,5%
Crack/ Freebase	2,5	1.970	5,6	1.659	+124,0%	-15,8%

Quelle: Bundeskriminalamt (2006)

## 13 Drogen und Fahren

### 13.1 Zusammenfassung

### 13.2 Politik

Die Zahl der Unfälle und der Verkehrstoten hat über Jahrzehnte in Deutschland deutlich abgenommen. So ging die Zahl der Unfälle pro 1 Mio. Fahrzeugkilometer von 1,5 in 1970 auf 0,49 in 2004 kontinuierlich zurück. Die Zahl der Verkehrstoten ging im gleichen Zeitraum von 76,5 pro 1 Mrd. Fahrzeugkilometer auf 8,4 zurück ([www.bast.de](http://www.bast.de), 31.7.2006). Alkohol im Straßenverkehr ist seit vielen Jahren ein wichtiges Thema in Deutschland. Seit einigen Jahren wird auch Fahren unter Drogeneinfluss stärker thematisiert. So weist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in ihrem vorletzten Bericht (2005) darauf hin, dass die Zahl der Unfälle mit Personenschaden, bei denen Drogen („andere berauschende Mittel“) eine Rolle gespielt haben, zwischen 1997 und 2003 von 612 auf 1.409 Fälle zugenommen haben. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass in diesem Zeitraum auch technische Hilfsmittel zur Messung von Drogeneinfluss und die Schulung der Polizei in diesem Bereich zugenommen haben. So haben sich das öffentliche und politische Interesse an dieser Problematik und die empirische Basis parallel entwickelt.

Junge, vor allem männliche, Autofahrer sind immer eine zentrale Risikogruppe geblieben. Die höhere Prävalenz des Drogenkonsums in dieser Bevölkerungsgruppe, der relativ hohe Alkoholkonsum und relativ häufiges Ausgehen erhöhen das Risiko, einen Unfall zu verursachen. Gerade im ländlichen Bereich bedeutet „Ausgehen“ häufig nächtliche Autofahrten von und zur Disco. Diese sogenannten „Disco-Unfälle“ sind ein Schwerpunkt des Unfallgeschehens und wichtiger Gegenstand präventiver Maßnahmen.

### 13.3 Prävalenz und epidemiologische Methodik

#### Methodologie

Die Datenlage zu diesem Thema lässt sich wie folgt beschreiben:

- Systematische Erhebungen zur regelmäßigen Messung der Prävalenz von Fahrten unter Einfluss von Alkohol oder Drogen werden in Deutschland nicht durchgeführt. Jedoch gibt es einige Datenquellen, die zum *Monitoring* genutzt werden können.
- In der Vergangenheit wurden wiederholt Blutproben auffälliger Kraftfahrer, die auf Alkohol analysiert worden waren, zu einem späteren Zeitpunkt auch auf Cannabis *reanalysiert*. Dies führte jedoch zu methodischen Problemen bei der Rückrechnung der THC-Konzentration zum Zeitpunkt der Fahrt. Zudem ist die Selektion der untersuchten Fahrer auf Alkoholkonsum hin ausgerichtet, Cannabiskonsumenten sind deshalb vermutlich unterrepräsentiert.

- „Road-side“-Studien sind aus epidemiologischer Sicht die beste Möglichkeit, repräsentative Daten über den Umfang von Fahrten unter Suchtmittel einfluss zu bekommen. Hierzu wird aus dem normalen Verkehr eine Zufallsstichprobe von Fahrzeugführern gezogen, die dann auf Alkohol und Drogen getestet wird. Dies ist jedoch nur in Ausnahmefällen im Rahmen von Studien möglich. Grundsätzlich sind verdachtsunabhängige Tests in Deutschland unzulässig.
- Die Analyse von Daten aus erfassten *Verkehrsunfällen* mit und ohne Sachschäden oder Personenschäden gibt Einblick in eine recht große Zahl von Unfällen. Grundlage sind alle Unfälle, die durch die Polizei erfasst wurden. Da in Deutschland bei den meisten Verkehrsunfällen die Polizei gerufen wird, um versicherungstechnische Probleme zu vermeiden, ist die Datengrundlage recht gut. Lediglich Bagatellfälle dürften hierbei nicht berücksichtigt sein. In den Statistiken wird neben Alkoholeinfluss der Einfluss „anderer berauschender Mittel“ erfasst, bei denen es sich in aller Regel um Cannabis handelt. Informationen über unfallfreie Fahrten unter Suchtmittel einfluss werden bei diesem Vorgehen natürlich nicht erfasst.

## Ergebnisse

Eine „Road-side“- Studie wurde in Deutschland in den neunziger Jahren durchgeführt. Dabei wurde eine repräsentative Stichprobe von Autofahrern auf verschiedene Substanzen hin getestet. Es fand sich bei 0,57% der überprüften Fahrer Cannabis, in 5,48% der Fälle Alkohol im Körper. Die Vergleichswerte für Opiate lagen bei 0,15-0,62% (Heroin, Codein). Nur eine von 2.017 Proben wies Cannabis tatsächlich in einer Menge (>40 ng/ml) auf, die eine akute Leistungseinschränkung bedeutete (Krüger, Schulz & Magerl, 1998). Die Prävalenz des Cannabiskonsums hat sich seitdem jedoch noch einmal gesteigert, was vermutlich auch eine Steigerung der Fahrten unter Einfluss dieser Substanzen bedeutet.

Die aktuellen statistischen Daten über Verkehrsunfälle im Jahr 2004 sind die Grundlage der folgenden Darstellung. Es haben sich in Deutschland insgesamt 336.619 Unfälle mit Personenschaden in 2004 ereignet, an denen 413.942 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren. Von ihnen standen 1.343 Fahrer (entspricht 0,3%; 2003: 1.341) der Unfallbeteiligten unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ und 20.663 (entspricht 5,0%; 2003: 22.674) unter dem Einfluss von Alkohol. Bei den Unfällen mit Todesfällen lag Drogeneinfluss in 41 von 6.729 Fällen (0,6%) vor Alkoholeinfluss in 6,8% der Fälle. Bei Unfällen mit Sachschäden lag Drogeneinfluss in 770 von 128.168 Fällen (0,6%) vor Alkoholeinfluss mit 9,4% (Statistisches Bundesamt, 2006c). Berücksichtigt man die Prävalenz verschiedener Drogen in Deutschland, so dürfte es sich bei diesen „berauschenden Mitteln“ weitestgehend um Cannabis gehandelt haben.

Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden. Ein immer wieder zitierter Richtwert geht davon aus, dass eine von 600 Fahrten unter Rauschmittel einfluss entdeckt wird, gegenüber einer von 300 Fahrten bei Alkohol. Selbst

wenn die unterschiedlich große Untererfassung berücksichtigt wird, bleibt eine mehr als 5 Mal so große Zahl von Unfällen unter Alkoholeinfluss.

### **13.4 Entdeckung, Messung und Strafverfolgung**

#### **Entdeckung und Messung**

Der Entwicklung geeigneter technischer Mittel zur schnellen Diagnose im Straßenverkehr war auch das internationale ROSITA-Projekt gewidmet, das von der Europäischen Kommission und von Institutionen in den Vereinigten Staaten finanziert wurde. Urintests wurden zwar als verlässliche Verfahren für Drogentests eingeschätzt, in der praktischen Umsetzung sind sie aber in vielen Fällen nicht anwendbar. Die Entwicklung und Testung von Speicheltests als Schnellverfahren zur Drogenkontrolle waren deshalb ein wichtiger Teil dieses Projekts (Moeller, 2004).

Der Endbericht zu diesen Projekten, der im Juni 2006 erschien, kam jedoch zu einem insgesamt negativen Urteil dieser Verfahren. Er weist auf weitgehend unbefriedigende Sensitivitäten des Tests bei guter Sensibilität für viele Substanzen hin. Unter aktuellen Bedingungen wurde deshalb keines der überprüften Verfahren für den Einsatz empfohlen. Die Nutzung dieser Verfahren könne nach Einschätzung der Autoren dieser Studie eventuell wegen der abschreckenden Wirkung der Tests sinnvoll sein. Diese würde jedoch nachlassen, wenn öffentlich bekannt würde, dass die Tests nach Drogenkonsum häufig negative Ergebnisse zeigen (Verstraete & Raes, 2006).

Nach Einführung neuer Erfassungsmethoden und Schulung der eingesetzten Polizeibeamten dürfte damit die Chance, Drogenfahrten zu entdecken, kaum wesentlich gestiegen sein. Da verdachtsunabhängige Tests nicht zulässig sind und der personelle Aufwand für regelmäßige Kontrollen nicht geleistet werden kann, finden Tests vor allem im Umfeld von Discos und anderen Veranstaltungen statt, bei denen eine erhöhte Prävalenz von Drogen und gesteigerter Alkoholkonsum vermutet wird.

#### **Rechtslage**

Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden und kann mit Geldbuße und Fahrverbot geahndet werden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann.

An der Entwicklung eines Rasters für die Bewertung der Intoxikation analog zum Blutalkoholwert wird derzeit gearbeitet. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen THC Konzentration im Körper und Leistungseinschränkung komplexer als bei Alkohol und interindividuelle Grenzwerte deshalb schwieriger abzuleiten.

Grotenhermen und Kollegen (2005) haben eine Stellungnahme zu Cannabis im Straßenverkehr abgegeben, in die Ergebnissen einer Metaanalyse von Berghaus und Krüger (1998) eingegangen sind. Danach sollte ein Blut-THC-Gehalt von 3,5–5 ng/mL Blut als Grenzwert angesetzt werden. Diese Setzung erlaubt nach Meinung dieser Expertengruppe einerseits, eingeschränkte Fahrtauglichkeit durch THC zu verfolgen, andererseits Residualsymptome

von Cannabiskonsum zu ignorieren, wenn diese die Fahrtüchtigkeit aktuell nicht mehr einschränken. Ist gleichzeitig ein Blutalkoholgehalt von mehr als 0,3 pro Mille gegeben, sollte der Grenzwert für Cannabis niedriger angesetzt werden. Rechtsgültige Tests sollten auf Blutproben basieren, Speicheltests etc. können zum Screening dienen. Da Laborergebnisse der gleichen Probe um bis zu 30% abweichen können, muss bei den Grenzwerten eine größere Schwankungsbreite berücksichtigt werden.

Neben strafrechtlichen Aspekten hat Fahren unter Einfluss von Alkohol oder Drogen auch einen versicherungsrechtlichen Aspekt. Wenn das Fahren nach dem Konsum von Alkohol oder Drogen als „grob fahrlässig“ eingestuft wird, kann die gesetzlich vorgeschriebene Haftpflichtversicherung bei einem Unfallverursacher einen Teil der Kosten des Unfallgegners vom Verursacher zurückfordern. Auch bei Kaskoversicherungen gilt ein entsprechender Vorbehalt.

### **Fahren unter Medikamenteneinfluss**

Die problematischen Wirkungen von Medikamenten sind nach wie vor ein Randthema in der öffentlichen und fachlichen Diskussion in Deutschland. Benzodiazepine sind dabei die wichtigste Wirkstoffgruppe. Die möglicherweise problematischen Effekte der Medikation auf das Fahrverhalten müssen dabei abgewogen werden gegen negative Auswirkungen der Erkrankung selbst, die durch die Medikamente möglicherweise verringert werden oder entfallen (Berghaus, 2004). Es gibt keine repräsentativen Daten und kein regelmäßiges Monitoring von Fahrten unter Medikamenteneinfluss in Deutschland oder zu den Unfallfolgen dieser Substanzen.

### **Autofahren und Substitution**

Ein Sonderthema ist Autofahren bei Substituierten. Hier findet seit einiger Zeit eine intensive Debatte statt, da sich für Personen in stabiler Substitution mit einem Führerschein die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern. Die Frage, wann und unter welchen Umständen der Führerschein wieder erteilt werden kann, den die Heroin- oder Kokainabhängigen in der Regel schon lange vorher verloren haben, ist nicht endgültig geklärt. Über einige Aspekte besteht Einvernehmen: die Substitution sollte schon ein Jahr bestehen und kein Beikonsum vorliegen. Die Gesamtsituation der Patienten sollte sich stabilisiert haben. Buprenorphin scheint insgesamt die Fahrtüchtigkeit weniger zu beeinflussen als Methadon. Eine Studie von Soyka und Kollegen (2005b) ergab bei einem Vergleich von Personen, die mit Methadon (n=24) bzw. Buprenorphin (n=22) behandelt wurden, eine signifikant geringe Einschränkung von kognitiv-motorischen Fähigkeiten bei den Benutzern von Buprenorphin.

Zwischen ärztlicher Schweigepflicht, dem Versicherungsrecht und strafrechtlichen Vorgaben besteht hier ein großes Graufeld. So muss der Arzt den Patienten darauf hinweisen, dass ihm wegen der Medikation mit Substitutionsmitteln das Führen eines Fahrzeugs verboten ist. Eine Wiedererteilung des Führerscheins auch bei stabiler Behandlungssituation ist schwer zu erreichen (Ebert et al., 2005).

### **13.5 Prävention**

Der Versuch, Risiken und Schäden durch intoxikiertes Autofahren zu vermeiden oder zu reduzieren, beinhaltet Verhältnis- und Verhaltensprävention. Häufig werden dabei in der Praxis die Risiken durch Alkohol und Drogen – speziell Cannabis – gemeinsam bearbeitet. Die präventiven Maßnahmen und Angebote sind in der Regel nicht substanzspezifisch. Spezielle Maßnahmen zu Benzodiazepinen, die sich an die Konsumenten dieser Substanzen richten, sind nicht bekannt. Hinweise auf Fahrverbote oder besondere Risiken sollten in der Regel vom behandelnden Arzt kommen. Zudem findet der Patient Hinweise auf diese wie andere unerwünschte Nebenwirkungen auf den Beipackzetteln der Medikamente.

Im Folgenden sind einige innovative Projekte dargestellt, die in Deutschland in diesem Themenfeld in letzter Zeit entwickelt wurden.

#### **Projekt fifty-fifty**

Ein interessanter Ansatz zur Verhältnisprävention ist die Aktion „fifty-fifty-Taxi“. Das Projekt ermöglicht im Bundesland Sachsen-Anhalt Discobesuchern, Freitag- und Samstagnacht zum halben Preis mit dem Taxi nach Hause zu fahren. Fahrten unter Alkohol- oder Drogeneinfluss werden damit vermieden. Bisher wurden 300.000 Tickets für solche Fahrten verkauft. Sponsoren, die die andere Hälfte der Kosten decken, kommen aus Industrie und Wirtschaft (Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen, 2006, persönliche Mitteilung).

In vielen Städten wurden in den letzten Jahrzehnten Nachtlinien eingeführt, die nach Ende des normalen öffentlichen Nahverkehrs zumindest alle Stunden oder auf Anruf zu normalen Buspreisen für die Heimfahrt von der Disco genutzt werden können. Vergleichbares findet sich in ländlichen Regionen kaum.

#### **Das Projekt FreD**

Im Projekt FreD werden gleichaltrige Trainer eingesetzt, um junge Erwachsene bei der Vorbereitung zum Führerschein über Risiken beim Fahren unter Alkohol- oder Drogeneinfluss zu informieren. Das Projekt läuft seit 2001 und wurde in einer Reihe von Bundesländern eingesetzt. Zurzeit wird es europaweit in einem Modellvorhaben verwendet. Details finden sich im letzten REITOX-Bericht, die Projektbeschreibung findet sich in der EDDRA Datenbank.

#### **Öffentliche Diskussion und Medien**

Die Unfallrisiken, die durch Fahren unter Drogeneinfluss entstehen, werden gelegentlich thematisiert. Fahrten unter Einfluss von Alkohol werden dabei aber häufiger angesprochen als unter Cannabis oder anderen Drogen. In Anbetracht der vergleichsweise hohen Unfallzahlen bei nächtlichen Heimfahrten Jugendlicher und junger Erwachsener vom Discobesuch beschäftigt sich die Presse am häufigsten unter der Überschrift „Discofahrten“ mit dem Thema.

## Teil C – Bibliographie und Anhang

### 14 Bibliographie

#### 14.1 Literatur zum Bericht

Ärztezeitung, 12.04.2006. Drogenhilfe – Ärzte in NRW gegen Einsparungen.

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (2006). Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch: Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht. Berlin: Akzept e.V. [www.akzept.org]

Aulinger, S. (1997). Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei Strafverfolgung von Drogenkonsumenten. Schriftenreihe der Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 89. Baden-Baden: Nomos.

Backmund, M. & Meyer, K. (2006). Hepatitis C-Therapie während der Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 115-118.

Backmund, M., Reimer, J., Meyer, K., Gerlach, T., Zacheval, R (2005). Hepatitis C Virus infection and injection drug users: Prevention, risk factors, and treatment. Clinical Infection Diseases, **40** (Suppl. S), S330-S335..

Backmund, M., Henkel, C., Scelsi, M., Meyer, K. (2005). Hepatitis C-Therapie während der Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **7**, 129.

Backmund, M., Meyer, K., Henkel, C., Soyka, M., Reimer, J., Schütz, C.G. (2005). Co-consumption of benzodiazepines in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients. Journal of Addictive Diseases, **24**, 17-29.

Backmund, M., Berhard-Wehmeier, W., Meyer, K., Abeck, C., Holzke, D & das Villa-Team 1991-2006 (2006a). 15 Jahre qualifizierter Drogenentzugsbehandlung an einem Münchner Akutkrankenhaus. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 23-28.

Backmund, M., Schäfer, M., Götz, J., Kraus, M., Apelt, S., Wittchen, H.-U. (2006b). Die Behandlung der Hepatitis C während der Substitutionsbehandlung – Diskussion der Ergebnisse der COBRA-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 76.

Bado (Hrsg.)(2004). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2003 der Hamburger Basisdatendokumentation. Kreuzfeld Electronic Publishing, Hamburg.

Baumgärtner, T. (2004). Rauschmittelkonsumerfahrungen der Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004. Zusammenfassender Basisbericht der Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln. Hamburger Schulbus. Büro für Suchtprävention, Hamburg.

Baumgärtner, T. (2006). Epidemiologie des Drogengebrauchs bei Jugendlichen und Heranwachsenden in Hamburg 2005. Zusammenfassender Basisbericht der Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln. Hamburger Schulbus. Teilmodul Schülerinnenbefragung. Hamburg: Büro für Suchtprävention.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2006). Beschränkte Bekanntgabe zur Auswahl von Trägern für den Ausbau von Beratungsangeboten für suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene. G32/1/2006. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg.

Berghaus, G. (2004). Experimental research on benzodiazepines and driving: determinants of impairment intensity. In: Pompidou Group. Road traffic and psychactive substances. Seminar organised by the Pompidou Group. Strasbourg, 18-20 June 2003. Proceedings. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Berghaus, G. & Krüger, H.-P. (Hrsg.) (1998) Cannabis im Straßenverkehr. Gustav Fisher Verlag, Stuttgart.

Bruggmann, P, Seidenber, A., Meili, D., Kesseli, B., Huber, M. (2005). Hepatitis-C- und HIV-Prävalenz sowie antiretrovirale Therapie in einem niederschweligen Opiatsubstitutionsprogramm - Eine Querschnittsanalyse. Suchttherapie, **6**, 78-82.

- Bühler, A., Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 29. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005). Pressemitteilung vom 14.12.2005.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilbände Alkohol, Rauchen, Illegale Drogen. BZgA, Köln. [www.bzga.de](http://www.bzga.de)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005). ADHS...was bedeutet das? Broschüre. Hrsg. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006). Förderung des Nichtrauchens. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, Köln.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2006). Polizeiliche Kriminalstatistik 2005. Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Christiansen, G., von Rüden, U., Töppich, J. (2005). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005). Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen – unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops (Alkopops-Studie). Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Projektbericht. Köln: BZgA.
- Destatis (2006a). Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10/ Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (2005). Offener Brief vom 25.07.2005.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2005). Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006). Du bist schwanger ... und nimmst Drogen?. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005). Sabine Bätzing zur Drogenbeauftragten der Bundesregierung ernannt. Pressemitteilung vom 14.12.2005.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2006a). Drogen- und Suchtbericht 2006. Berlin: Ministerium für Gesundheit.
- Drogen- und Suchtrat (2006b): Arbeitsprogramm des Drogen- und Suchtrats. Berlin: BMG.
- Ebert, K., Gerlach, R., Schneider, G., Rohm S. (2005). Fahrerlaubnis bei qualifizierter Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- EFQM (2003). Das EFQM-Modell für Excellence. Frankfurt: EFQM Brussels Representative Office und DGQ Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.
- Elsner, H. (2005). Zahlen zur Substitutionsepidemiologie – Kritische Anmerkungen zur Ökonomie der Substitutionsbehandlungen. In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Elsner, H. (2006). Die unbekannte Gefahr: Schwerwiegende Gesundheitsschäden und Todesfälle durch Schnüffelstoffe. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 15-22.
- Elsner, H. (2006b). „Beigebrauch von Benzodiazepinen in der Methadonsubstitution: medizinisch korrekte Selbstmedikation gegen die Methadonassoziierten Schlafstörungen? Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **7**, 8-12.
- Elsner, H. (2005). Kammertachykardien („Tosade de Pointes“) und weitere Herzrhythmusstörungen unter Methadonsubstitution: Risikominderung durch Medikamentumstellung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **7**, 257-263.
- Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Gölz, J. (2005). Widerstände gegen die Therapie der chronischen HCV-Infektion bei Drogenabhängigen. Suchtmed, **7**, 103.



- Gölz, J. (2006). HCV bei IDU: Therapeutischer Nihilismus ist nicht gerechtfertigt. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 77.
- Gouzoulis-Mayfrank & Daumann (2006). Neurotoxicity of methylenedioxyamphetamines (MDMA; ecstasy) in humans: how strong is the evidence for persistent brain damage? Addiction, **101**, 348,
- Grotenhermen, F., Leson, G., Berghaus, G., Drummer, O. D., Krüger, H.P., Longo, M., Moskowicz, H., Perrine, B., Ramaekers, J., Smiley, A. & Tunbridge, R. (2005). Developing science-based per se limits for driving under the influence of cannabis (DUI/C). Findings and recommendations by an expert panel. [[www.Suchtmedizin.de](http://www.Suchtmedizin.de)].
- Haasen, C., Rangué, A., Blätter, A., Reimer, J. (2005). Die Situation von russischsprachigen Drogenabhängigen in Hamburg aus Expertensicht. Sucht, **51**, 349-351.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Schmolke, R. & Ilse, J. (2002). Körperliche und psychische Folgen des Kokain- und Crackkonsums. Suchttherapie, **3**, 2-7.
- Heckmann, W., Krausz, M.F., Christoph, M. & Albrecht, H. (2006). Bund-Länder-Kooperationsmodell „Länderübergreifendes PEER-Projekt an Fahrschulen“. Abschließender Evaluationsbericht zur Modellumsetzung im Zeitraum 1.1.2003 bis 31.12.2005. Magdeburg: Mistel/SPI Forschung gGmbH
- Heinemann, A., Simon, R. (2005). Zum Stand der Harmonisierung der vergleichenden Erfassung der Drogenmortalität in den EU-Staaten. Rechtsmedizin, **15**, 218-228.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (2006a). Stellungnahme der HLS zu dem Artikel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung „Parteien befürworten Heroin auf Krankenschein“.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (2006b). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) – Spezialanalyse: Cannabis. Frankfurt/Main: Hessische Landesstelle für Suchtfragen.
- Hessisches Sozialministerium (2006) (Hrsg.). Dritter Suchtbericht für das Land Hessen 2003-2004. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium – Referat Öffentlichkeitsarbeit.
- Holzbach, R., Behrendt, K., Maylath, E., Küstner, U., Schreyer, D., von Berghes, A., Fuchs, E., Brack, J., Steenblock, R., Gabriel, K., Haasen, C., Thomasius, R. (2006). Positionspapier zum stationären qualifizierten Entzug von Cannabispatienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 9-14.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (2003). Jugendgesundheitsurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- Jordan, S., Tossmann, P., Tensil, M.-E., & Jonas, B. (2006). Evaluationsergebnisse des internetbasierten Cannabisausstiegsprogramms „quitt he shit“. Poster. München: 7. interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, 13.-15.07.2006.
- Kalke, J., Schütze, C., Klass, M., Martens, M.-S., Raschke, P. (2005). Jugendliche und junge Erwachsene in der ambulanten Suchthilfe. Empirische Befunde vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. Suchttherapie, **6**, 20-27.
- Kalke, J., Verthein, U., Stöver, H. (2005). Seuche Cannabis? Kritische Bemerkungen zu neueren epidemiologischen Bemerkungen. Suchttherapie, **6**, 108-115.
- Kleiber, D. & Söllner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Klein, H. (2005). Suchtspezifische Studiengänge an deutschen Hochschulen. Suchttherapie, **6**, 192-199.
- Klein, M. (2005). Interdependente Muster im Parallelgebrauch mehrerer Alltagsdrogen bei Jugendlichen – Grundlagen, Analysen, Konsequenzen. Suchttherapie, **6**, 11-19.
- Kraus, L. & Augustin R. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht, **50** (Sonderheft 1), S1-S57.

- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, L. & Augustin R.. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland: Sucht, **50**. Sonderheft 1, S19-S28.
- Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssrveys 1990 bis 1996. Bd. 107 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B. (2004a). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Forschungsbericht 310/ Gesundheitsforschung. Berlin: Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Kraus, L., Semmler, C., Kunz-Ebrecht, S., Orth, B., Hüffer, I., Hose, A., Welsch, K., Sonntag, D. & Augustin, R. (2004b). Kokainkonsum und kokainbezogene Störungen: Epidemiologie, Therapie und Prävention. München: Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Semmler, C., Augustin, R. (2005). Konsummuster und Trends des Kokaingebrauchs in Deutschland. Sucht, **51**, 199-208.
- Krausz, M.R., Brack, J., Rossol, S. (2005). Das SUPPORT Projekt: Qualitätssicherung bei HCV infizierten substituierten Patienten bei antiviraler Therapie in Deutschland. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **7**, 101.
- Krüger, H.-P., Schulz, E. & Magerl H. (1996) Medikamenten- und Drogennachweis bei verkehrsunauffälligen Fahrern. Roadside Survey. Berichte des Bundesamts für Straßenwesen M60. Bergisch-Gladbach: Bundesamt für Straßenwesen (BAST).
- Kuhlmann, (2005). Motivational Interviewing und Frühintervention. Suchttherapie, **6**, 35-38.
- Kuttler, (2006). Hart am Limit – HaLT: Ein Alkoholpräventionsprojekt für Kinder und Jugendliche. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, **8**, 45-50.
- Laging, M. (2005). Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. Prävention, **1**, 9-12.
- Lampert, T. , Richter, M., Klocke, A., (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen.
- Lampert, T. , Richter, M., Klocke, A., (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. Das Gesundheitswesen, **68**, 94-100.
- Leppin, A., Richter, M., Hurrelmann, K. (2005). Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum bei jüngeren Jugendlichen in NRW. Sucht, **51**, 4-10.
- Matter, J., Bordbeck, J., Moggi, F. (2005). Rauschtrinken und Cannabiskonsum bei jungen Erwachsenen. Sucht, **51**, 336-342.
- Meyer, S., & Deterding, K., Hep-Net goes Europe with VIRGIL. (2005), Kliniker, **34**, 146-149.
- Meyer, M.F., Wedemeyer, H., Monozahian, M, Dressman, J., Manns, M.P. & Lehmann, M. (2006). Prevalence of hepatitis C in a German prison for young men in relation to county of birth. Epidemiology and Infection, July 7, 1-7. [Epub Vorabversion]
- Michels., I. (2005). Substitutionsbehandlungen in Deutschland – vom Tal der Tränen in die Mühe der Ebene. In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Moeller, M.R.(2004). Drugs of abuse and driving: where does discussion now stands on blood drug levels in Germany. In: Pompidou Group. Road traffic and psychacitive substances. Seminar organised by the Pompidou Group. Strasbourg, 18-20 June 2003. Proceedings. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Naber, D., & Haasen, C. (2006). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).

- Nabitz, U., Schaefer, A., Walburg, J. (2006). EFQM Qualitätsmanagement: Einzelfallstudie in einer Beratungsstelle. *Sucht*, **52**, 35-47.
- Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (2005). Prävention in Fahrschulen (Prästo) – Starkes Fahren ohne Stoff. Einführung des Projekts in drei neuen Regionen Niedersachsens.
- Nocon, A., Wittchen, H.U., Pfister, H., Zimmermann, P. & Lieb, R. (2005). Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. *Journal of Psychiatric Research*, **40**, 394-403.
- Nolting, H.-D. & Follmann, H. (2005). Evaluation der Implementierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Eine empirische Studie zu den Wirkungen der ASTO-Projekte der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- Pape, H. & Storvoll, E.E (2006). Teenagers , use of non.existent drugs. A study of false positives. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, **23**, English supplement, 31-49.
- Pollähne, H. & Stöver, H. (2005). Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlung in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Prinzleve, Haasen & „Cocaine EU“-Studiengruppe (2005). Kokainhydrochlorid und Crack: ein Vergleich zwischen Kokainkonsumentengruppen ohne intravenösen Kokainkonsum und ohne Opioidkonsum.
- Queri, S., Servaty, M., Eckstein, G., Tretter, F. (2005) Patientenstromanalyse im Münchner Suchthilfesystem – eine Pilotstudie. *Das Gesundheitswesen*, **67**, 763-769.
- Raschke, P., Buth, S., Kalke, J. (2005). Jahresbericht 2004. Ergebnisse zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Schleswig-Holstein. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Band 6. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W. & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology*, **15**, 389-397.
- Robert Koch-Institut (2005a). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 31.12.2004). *Epidemiologisches Bulletin*, Sonderausgabe A, 12.April 2005.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2005. Berlin: Robert Koch-Institut.. Abteilung für Infektionsepidemiologie
- Rösner, S., Kufner, H. (2006). Medikamentenmissbrauch bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen Monitoring-System ebis-med .Berichtszeitraum 01.01.2004 – 31.12.2004. München: IFT Institut für Therapieforschung
- Sack, P.-M., Küstner, U. J., Ott, K., Jäger, C. & Thomasius, R. (2005). *Sucht*, **51**. 240-249.
- Schäfer, C., & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schütz, C. G., Daamen, M., van Niekerk, C. (2005). Deutsche Übersetzung des WHO ASSIST Screening-Fragebogens. *Sucht*, **51**, 265-271.
- Schäfer, M. (2005). Therapie der chronischen Hepatitis C bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Suchttherapie*, **6**, 66-69.
- Scherbaum N., Kluwig J., Specka M., Krause D., Merget B., Finkbeiner T. & Gastpar M. (2005). Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment - a controlled trial. *European Addiction Research*, **11**, 163-171.
- Schmidt, R. & Vogt, I. (2005). Die Nutzung von Konsumräumen in Frankfurt/Main unter besonderer Berücksichtigung des Konsums von Crack. *Sucht*, **51**, 233-239,

- Schoor, C., & Möller, C. (2005). Drogenmissbrauch - eine Herausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Suchttherapie, **6**, 28-30.
- Schröder, J. & Kettiger, D. (2001). Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn: JSB Beratungsgesellschaft..
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2005). Evaluation Drogenkonsumräume in Berlin. Pressemitteilung 20.7.2005.
- Simmedinger, R. & Vogt, I. (2006). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2005. Dokumentationszeitraum 1.1.-31.12.2005. Frankfurt: ISFF.
- Simon, R. (2005). Analyse der Länderkurzberichte zum Umfang substanzbezogener Störungen und zur Betreuungssituation 2004. DBDD, München.
- Simon, R (2006). Epidemiologische Surveys zu psychotropen Substanzen in Deutschland: Stand und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung. Ergebnisse eines Symposiums am 14.6. 2005 in Berlin. DBDD: München.
- Simon, R. & Tischer, T. (2006). Informationen über die Situation der Sucht- und Drogenhilfe in den Justizvollzugsanstalten der einzelnen Bundesländer. Zusammenfassung von Informationen der Bundesländer auf eine Anfrage der DBDD. München: IFT.
- Soellner, R., Kleiber, D. (2005) Prävention von Cannabiskonsum und –missbrauch: Evidenzbasiert oder nur gut gemeint? Suchttherapie, **6**, 116-125.
- Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwig, A. K. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen. Sucht, (in Druck).
- Sonntag, D., Hellwig, A. K. & Bauer, C. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für stationäre Einrichtungen. Sucht, (in Druck).
- Soyka, M., Queri, S., Kufner, H. & Rösner, S. (2005a). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentabhängige. Der Nervenarzt, **76**, 72-77.
- Soyka, M., Hock, B., Kagerer, S., Lehnert, R., Limmer, C., Kufner, H. (2005b). Less impairment on one portion of a driving-relevant psychomotor battery in buprenorphine-maintained than in methadone-maintained patients. Results of a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychopharmacology, **25**, 490-493.
- Specka, M. & Scherbaum, N. (2005). Ergebnisse der stationären Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen bei Methadonsubstituierten. Sucht, **51**, 329-338.
- Spiegel online, 11.11.2005. Deutsche koksen ungeahnte Mengen.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S, Bienzle, U. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. Epidemiology and Infection, 2005 Dec 22;1-6. [Epub ahead of print]
- Statistisches Bundesamt (2005a). Statistisches Jahrbuch 2004 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2005b). Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzuges jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres (Stand: 02.06.2005).
- Statistisches Bundesamt (2006a). Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10/ Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006b). Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen am 31.03. - Fachserie 10 Reihe 4.1 – 2005.
- Statistisches Bundesamt (2006c). Verkehrsunfälle 2004. Fachserie 8/ Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006d). Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten 2004. Fachserie 12, Reihe 6.2,1 Gesundheitswesen. [<http://www-ec.destatis.de>]

Step (Hrsg.) (o.J.). Jahresbericht 2005. Hannover: Step.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2006a). Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe. [www.dshs.de](http://www.dshs.de)

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2006b). Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe. [www.dshs.de](http://www.dshs.de)

Süddeutsche Zeitung, 17.4.2006. Endstation Crystal.

Thomasius, R., Sack, P.-M., Schindler, A., Küstern, U.J., Gemeinhardt, B., Redegeld, R., Weiler, D. & Zeichner, D. (2005). Familientherapie als Frühintervention bei drogenabhängigen Jugendlichen, jungen Erwachsenen und deren Müttern – Effektstärken und individuelle Verbesserungsquoten bei den Therapie-Beendern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, 217-226.

Tossmann, P. (2005). Das Internet in der Prävention des Substanzkonsums. *Prävention*, 4, 117-120.

Verstraete, A. & Raes, E. (2006). Rosita – 2 Project. Final Report. Ghent: Ghent University Department of Clinical Biology, Microbiology and Immunology.

Walter, J., Radun, D., Claus, H., Hamouda, O. & Stark, K (2005). Risikofaktoren der Hepatitis B und C in Deutschland: Ergebnisse der bundesweiten Surveillance. *Das Gesundheitswesen*, 67, 441-447.

Wartberg, L., Petersen, K. U., Andresen, B., Thomasius, R. (2005). Neuropsychologische Defizite bei Ecstasykonsumenten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 16, 47-55.

Weissing, V. (2005). Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der beruflichen (Re-) Integration bei Abhängigkeitserkrankungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS). *Suchttherapie*, 6, 182-185.

Wittchen, H.-U. & Apelt, S. M. (2006). Methadon- und Buprenorphinbehandlung in der Routineversorgung: Ergebnisse der deutschlandweiten COBRA-Studie von 2694 Patienten. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 8, 74.

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Mühlig, S. (2005). In: Gerlach, R. & Stöver, H. Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuro-psychopharmacology*, 15, 357-376.

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Bühringer, G., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Klotsche, J., Siegert, J., Pittrow, D. & Soyka, M. (2005). Buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence: methods and design of the COBRA study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 14-28

Zerell, U., Walz, J, Thalheim, J, Bender, C. (2006). Statistisches Auswerteprogramm Rauschgift (SAR). Zusammenfassung für den Rauschgiftjahresbericht 2006. Wiesbaden: Bundeskriminalamt, Kriminaltechnisches Institut.

Zuccato, E., Chiabrando, C., Castiglioni, S., Calamari, D., Bagnati, R., Schiarea, S., Fanelli, R. (2005). Cocaine in surface waters. A new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A global access science source*, 4, 1-7.

## 14.2 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

Website	Inhalt
<a href="http://www.bmg.bund.de">www.bmg.bund.de</a>	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Federal Ministry for Health
<a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Federal Center for Health Education (FCHE)
<a href="http://www.dbdd.de">www.dbdd.de</a>	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
<a href="http://www.dhs.de">www.dhs.de</a>	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) German Head Office for Addiction Issues
<a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a>	FCHE information for young people and party goers BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger
<a href="http://www.drugscouts.de">www.drugscouts.de</a>	Laender project from Saxony for young people Landesprojekt in Sachsen für junge Leute
<a href="http://www.emcdda.europa.eu">www.emcdda.europa.eu</a>	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
<a href="http://www.ift.de">www.ift.de</a>	Institut für Therapieforchung (IFT), München Institute for Therapy Research
<a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

## **15 Anhang**

Es liegen keine Einträge für den Anhang vor.

## Teil D – Standard Tabellen und Standardfragebogen

### 16 Standard Tabellen (ST) und Strukturierte Fragebögen (SQ)

Die folgenden Tabellen und Fragebögen entsprechen den Vorgaben der EBDD. Die Daten werden von allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union in diesem Format für die Europäische Berichterstattung zur Verfügung gestellt. Die kompletten Tabellen und Fragebögen stehen ausschließlich in elektronischer Form unter [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de) zur Verfügung.

Nr	Standard Table (ST) Structured Questionnaire (SQ)	Titel	Year Optional (O)
1	Online ST 01	Basic results and methodology of population surveys on drug use	
2	Online ST 02	Methodology and results of school surveys on drug use	
3	ST 03	Characteristics of persons starting treatment for drugs	
5	ST 05	Acute/direct related deaths	
6	ST 06	Evolution of acute/direct related deaths	
7	ST 07	National prevalence estimates on problem drug use	
8	ST 08	Local prevalence estimates on problem drug use	
9	ST 09	Prevalence of hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users	
10	ST 10	Syringe availability	
11	ST 11	Arrests/Reports for drug law offences	
12	ST 12	Drug use among prisoners	
13	ST 13	Number and quantity of seizures of illicit drugs	
14	ST 14	Purity at street level of illicit drugs	
15	ST 15	Composition of tablets sold as illicit drugs	
16	ST 16	Price in Euros at street level of illicit drugs	
17	ST 17	Leading edge indicators for new developments in drug consumption	O
18	ST 18	Overall mortality and causes of deaths among drug users	
24	ST 24	Drug related treatment availability	
30	ST 30	Methods and Results of youth surveys	O
31	SQ 31	Treatment as an alternative to imprisonment applicable for drug using offenders in the European Union	
32	SQ 32	Policy and institutional framework	
34		TDI data	
33	Selected Issue	Very young people TDI data	O
35	Selected Issue	Very young people conditional prevalence table	O
36	Selected Issue	Cocaine orientative frequency	O



## Tabellen

Tabelle 1: Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland.....	17
Tabelle 2: Prävalenz im Lebenszeitraum für weitere illegale Drogen.....	18
Tabelle 3: Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien.....	21
Tabelle 4: Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien.....	22
Tabelle 5: Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 1995 bis 2005 ....	38
Tabelle 6: Soziodemographische Daten nach Hauptdroge .....	41
Tabelle 7: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten.....	42
Tabelle 8: Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung .....	43
Tabelle 9: Häufigste Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen bei den von Opioidklienten missbrauchten Medikamenten .....	45
Tabelle 10: Der Anteil verschiedener Arzneimittelgruppen unter den missbrauchten Medikamenten 2000 bis 2004 .....	45
Tabelle 11: Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (DSHS) .....	47
Tabelle 12: Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen in den Jahren 2002-2004.....	48
Tabelle 13: Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern.....	56
Tabelle 14: Rehabilitation bei Suchtproblemen .....	57
Tabelle 15: Neuzugänge zu ambulanter Betreuung von Drogenproblemen.....	58
Tabelle 16: Zahl der Kontakte bei verschiedenen Hauptdiagnosen .....	59
Tabelle 17: In Anspruch genommene Leistungen nach Hauptdiagnose .....	60
Tabelle 18: Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel .....	62
Tabelle 19: Drogentodesfälle 2005.....	72
Tabelle 20: Todesursache bei den Drogentodesfällen im Allgemeinen Sterberegister .....	73
Tabelle 21: Substanzen bei den Drogentodesfällen im Allgemeinen Sterberegister.....	73
Tabelle 22: Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten .....	74
Tabelle 23: Soziale Situation ohne Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung.....	85
Tabelle 24: Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte .....	89
Tabelle 25: Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000 .....	97
Tabelle 26: Sicherstellung von Cannabispflanzen.....	97
Tabelle 27: Preise verschiedener Drogen 2003 bis 2005.....	98
Tabelle 28: Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen von 1996 bis 2003 (Median) .....	98
Tabelle 29: Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel.....	100
Tabelle 30: Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen Drogen im Lebenszeitraum bei 12-14-Jährigen von 1997 bis 2004 .....	102
Tabelle 31: Konsumcharakteristika bei 24 Lebenszeit-Cannabiskonsumenten 2004 .....	103
Tabelle 32: Zugänge in ambulante und stationäre Behandlung von Klienten unter 15 Jahren.....	104
Tabelle 33: Zugänge zu ambulanter Behandlung von Klienten unter 15 Jahren in den Jahren 1990 bis 2005.....	105
Tabelle 34: Konsum legaler Substanzen und Lebenszeiterfahrung mit Cannabis .....	105
Tabelle 35: Prävalenz des Konsums von Kokain und Crack bei 15-16-jährigen Schülern im Lebenszeitraum, den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen.....	109
Tabelle 36: Beschlagnahmungen von Kokain und Crack in den Jahren 2004 und 2005 ....	113

## Abbildungen

Abbildung 1: Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre in Deutschland im Jahr 2004 .....	19
Abbildung 2: Konsum illegaler Drogen im letzten Monat bei Männer und Frauen zwischen 14 und 18 Jahren in Hamburg in den Jahren 2004 und 2005 .....	20
Abbildung 3: Settings für Präventionsmaßnahmen.....	24
Abbildung 4: Evaluation und Dokumentation von Präventionsmaßnahmen .....	33
Abbildung 5: Langfristige Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdrogen (=100%) .....	44
Abbildung 6: Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit primären Opiat- und Alkoholproblemen in den Jahren 1995 bis 2005 .....	56
Abbildung 7: Entwicklung von Konsumdelikten .....	86
Abbildung 8: Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz .....	87
Abbildung 9: Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz .....	88
Abbildung 10: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland von 1996 bis 2005 .....	96
Abbildung 11: Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1996 – 2005 .....	99
Abbildung 12: THC-Gehalt von Marihuana und Haschischharz .....	99
Abbildung 13: Wirkstoffgehalt von Heroin 1996-2005.....	101
Abbildung 14: Wirkstoffgehalt von Kokain 1996 – 2005 .....	101