



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



Tim Pfeiffer-Gerschel & Ingo Kipke, IFT Institut für Therapieforschung  
Peter Lang & Peter Spahlinger, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Unter Mitarbeit von: Krystallia Karachaliou, IFT Institut für Therapieforschung

## **Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD**

# **DEUTSCHLAND**

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

**Drogensituation 2007/2008**

---

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

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)

Krystallia Karachaliou

Ingo Kipke

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

Tel.: +49 (0) 89 - 360804-40

Fax: +49 (0) 89 - 360804-49

Email: pfeiffer-gerschel@ift.de

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

Peter Lang

Peter Spahlinger

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

Tel.: +49 (0) 221-8992 - 364

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

Email: peter.lang@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

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

---

# Inhaltsverzeichnis

## Einführung

## Zusammenfassung

## Summary

<b>Teil A: Neue Entwicklungen und Trends</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Nationale Politik und ihr Kontext</b> .....	<b>1</b>
1.1 Überblick.....	1
1.1.1 Die Struktur Deutschlands .....	2
1.1.2 Gesetzliche Grundlagen .....	3
1.1.3 Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“ .....	4
1.1.4 Koordination.....	5
1.2 Rechtliche Aspekte .....	6
1.2.1 Gesetze .....	6
1.2.2 Rechtspraxis .....	7
1.3 Institutionelle Rahmenbedingungen, Strategien und Politik .....	8
1.3.1 Koordination.....	8
1.3.2 Nationale Pläne und Strategien.....	9
1.3.3 Umsetzung von Politik und Strategien.....	10
1.3.4 Effekte von Politik und Strategien.....	19
1.4 Budgets und öffentliche Ausgaben .....	20
1.5 Sozialer und kultureller Kontext .....	23
<b>2 Drogenkonsum in der Bevölkerung</b> .....	<b>25</b>
2.1 Überblick.....	25
2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung .....	28
2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen.....	28
2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich .....	28
2.3 Drogenkonsum an Schulen und unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen .....	32
2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	41

---

<b>3</b>	<b>Prävention .....</b>	<b>45</b>
3.1	Übersicht.....	45
3.2	Universelle Prävention.....	48
3.2.1	Schule.....	49
3.2.2	Familie .....	50
3.2.3	Gemeinde .....	51
3.2.4	Fahrschulen .....	52
3.3	Selektive / indikative Prävention .....	52
3.3.1	Der organisierte Freizeitbereich .....	53
3.3.2	Der nicht - organisierte Freizeitbereich.....	54
3.3.3	Risikogruppen.....	55
3.3.4	Risikofamilien.....	59
3.4	Indizierte Prävention .....	61
<b>4</b>	<b>Problematischer Drogenkonsum .....</b>	<b>63</b>
4.1	Übersicht.....	63
4.2	Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz .....	65
4.2.1	EBDD-Schätzverfahren .....	65
4.2.2	Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum.....	67
4.3	Beschreibung behandelter Klienten.....	67
4.3.1	Ambulante Betreuung .....	69
4.3.2	Stationäre Betreuung.....	76
4.3.3	Diagnosedaten aus anderen Bereichen .....	78
<b>5</b>	<b>Drogenbezogene Behandlung.....</b>	<b>79</b>
5.1	Übersicht.....	79
5.2	Behandlungssystem .....	83
5.3	Drogenfreie Behandlung.....	85
5.4	Medikamentengestützte Behandlung .....	91
5.5	Qualitätssicherung .....	95
5.6	Forschung.....	96
<b>6</b>	<b>Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen .....</b>	<b>99</b>
6.1	Übersicht.....	99

---

6.2	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten.....	102
6.2.1	Drogentote .....	102
6.2.2	Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten .....	107
6.3	Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten.....	108
6.3.1	HIV .....	108
6.3.2	Virushepatiden.....	110
6.3.3	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere.....	112
6.4	Psychische Komorbidität .....	112
6.5	Andere gesundheitliche Folgen .....	113
<b>7</b>	<b>Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums.....</b>	<b>115</b>
7.1	Übersicht.....	115
7.2	Prävention drogenbezogener Todesfälle.....	115
7.3	Prävention und Behandlung von drogenbedingten Infektionskrankheiten.....	116
7.4	Maßnahmen gegen psychische Komorbidität.....	118
7.5	Maßnahmen gegen andere gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen .....	119
<b>8</b>	<b>Soziale Begleiterscheinungen und Folgen .....</b>	<b>121</b>
8.1	Überblick.....	121
8.2	Sozialer Ausschluss.....	121
8.3	Drogenkriminalität.....	124
8.3.1	Beschaffungskriminalität.....	124
8.3.2	Handelsdelikte .....	124
8.3.3	Konsumnahe Delikte.....	126
8.3.4	Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten .....	127
8.3.5	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug.....	127
8.3.6	Drogenkonsum und Unfallgeschehen .....	130
8.4	Drogenkonsum im Gefängnis .....	131
8.5	Soziale Kosten.....	132
<b>9</b>	<b>Umgang mit sozialen Begleiterscheinungen und Folgen.....</b>	<b>133</b>
9.1	Übersicht.....	133
9.2	Soziale Reintegration.....	133
9.2.1	Allgemeine Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und ihre Folgen für	

---

Menschen mit Substanzproblemen .....	133
9.2.2 Wohnung .....	134
9.2.3 Ausbildung .....	134
9.2.4 Beschäftigung .....	134
9.2.5 Soziale Hilfen und Unterstützung .....	136
9.3 Prävention von Drogenkriminalität.....	136
9.3.1 Hilfen für Drogenkonsumenten im Gefängnis .....	136
9.3.2 Andere Interventionen zur Vermeidung von Drogenkriminalität.....	138
<b>10 Drogenmarkt .....</b>	<b>139</b>
10.1 Überblick.....	139
10.2 Verfügbarkeit und Versorgung.....	140
10.2.1 Verfügbarkeit .....	140
10.2.2 Produktion, Vertriebsquellen und Versorgung.....	140
10.3 Beschlagnahmungen von Betäubungsmitteln .....	142
10.4 Preis und Reinheit der Drogen .....	144
10.4.1 Preis.....	144
10.4.2 Reinheit.....	145
<b>Teil B: Ausgewähltes Thema.....</b>	<b>151</b>
<b>11 Strafverfolgungsstatistiken .....</b>	<b>151</b>
11.1 Zusammenfassung .....	151
11.2 Handlungsoptionen.....	151
11.2.1 Gesetzliche Grundlagen .....	151
11.2.2 Handlungsoptionen auf Polizeiebene .....	155
11.2.3 Handlungsoptionen auf staatsanwaltschaftlicher Ebene.....	157
11.2.4 Handlungsoptionen auf Gerichtsebene .....	159
11.3 Datenerfassungssysteme .....	160
11.3.1 Datenerfassung auf Polizeiebene.....	161
11.3.2 Datenerfassung auf staatsanwaltschaftlicher Ebene .....	163
11.3.3 Datenerfassung auf Gerichtsebene.....	163
11.4 Erfasste Daten .....	164
11.5 Verfügbare Daten .....	165

---

<b>Teil C: Bibliographie und Anhang .....</b>	<b>173</b>
<b>12 Bibliographie.....</b>	<b>173</b>
12.1 Literatur zum Bericht.....	173
12.2 Websites.....	188
<b>Teil D: Verzeichnisse .....</b>	<b>191</b>
<b>13 Tabellen .....</b>	<b>191</b>
<b>14 Abbildungen.....</b>	<b>193</b>





---

## **ABKÜRZUNGEN**

AMG	Arzneimittelgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BtM	Betäubungsmittel
BtM-ÄndV.	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMG-ÄndG	Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
BtMVV	Betäubungsmittelveränderungsverordnung
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
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DND	Drogennotdienst
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
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
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
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
MoSyD	Frankfurter Monitoringsystem Drogen
NGO	Non-governmental organization (Nichtstaatliche Organisation)
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht
RKI	Robert Koch – Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt (DESTATIS)

---

## ABKÜRZUNGEN

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 2007/2008 folgt den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten. Der Bericht beruht überwiegend auf den Daten des Jahres 2007, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2008, soweit sie bis zur Fertigstellung vorlagen.

Jedes Kapitel des Berichts enthält zu Beginn einen Abschnitt, der die wichtigsten Informationen zum Hintergrund enthält - etwa zur Struktur der Gesundheitsversorgung oder zu den vorhandenen und verwendeten Datenquellen bei der Übersicht über den Drogenkonsum in der Bevölkerung. Diese Teile werden nur bei Bedarf überarbeitet und beschreiben die wichtigsten Grundlagen. Ziel dieser Teile ist es, die aktuellen Informationen zur Drogensituation in diesem Bericht auch ohne Rückgriff auf ergänzende Literatur einordnen und verstehen zu können.

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten über neue Daten und Ergebnisse aus dem Berichtszeitraum. Ältere Daten werden dort zu Vergleichszwecken herangezogen, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen oder es wird im Text auf die betreffenden Standardtabellen (ST) und Strukturierten Fragebögen (SQ) der EBDD verwiesen, die eine Reihe von Informationen enthalten und über das Statistische Bulletin der EBDD verfügbar sind. Auf Anfrage werden sie gern auch über die DBDD elektronisch zur Verfügung gestellt.

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).

Im Namen der DBDD möchte ich mich bei allen Expertinnen und Experten für die Zusammenarbeit ausdrücklich bedanken, die uns auch in diesem Jahr durch ihre Arbeit unterstützt und uns mit vielen wertvollen Informationen versorgt haben. Nur dank eines großen Netzwerkes ist eine umfangreiche und sektorenübergreifende Berichterstattung wie im Rahmen der REITOX-Berichterstattung möglich.

Tim Pfeiffer-Gerschel

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<sup>1</sup>“-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotropen 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 begleitet 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. Schwerpunkte nationaler Politik im Bereich illegaler Substanzen im Berichtsjahr waren nach wie vor die Verbesserung der Hilfeangebote für Personen mit Cannabisproblemen, die Erforschung der Auswirkungen missbräuchlichen Cannabiskonsums sowie die Initiierung weiterer Forschung zu den langfristigen Ergebnissen der Substitutionsbehandlung.

### Drogenkonsum: Verbreitung

Die Ergebnisse des letzten epidemiologischen Suchtsurveys (ESA), der 2006 durchgeführt wurde, bestätigen die Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat. Auf 5% gesunken ist der Anteil derjenigen Erwachsenen, der in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert hat, nur noch rund 3% haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Verbreitung nach wie vor höher, fällt aber auch geringer aus als in Vergleichsuntersuchungen der Vorjahre. Nur noch 13% der 14- bis 17-jährigen gaben 2007 in einer repräsentativen bundesweiten Befragung der BZgA 2007 an, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben (2004: 22%). Die 12-Monats-Prävalenz für Cannabiskonsum bei Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 11 und 17 Jahren liegt

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Sucht“ bezeichnet keine enge Zielgruppe mehr, sondern umfasst riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

---

neueren Ergebnissen nach unter 10%. Unverändert hingegen ist offensichtlich der Anteil der jungen Erwachsenen, die regelmäßig Cannabis konsumieren. Eine neue Erhebung, die 2007/2008 unter Hamburger Schülern stattfand („Hamburger Schulbus“), deutet auf einen spürbaren Rückgang des Konsums von Rauschmitteln (unter den illegalen Substanzen: v.a. Cannabis) unter Jugendlichen hin. Auch aktuelle Ergebnisse der im Rahmen des „Frankfurter Monitoringsystems Drogen (MoSyD)“ durchgeführten Schülerbefragung berichten einen erneuten Rückgang der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums, so dass seit 2002 ein kontinuierlich rückläufiger Trend zu beobachten ist. 2007 wurden Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) vorgestellt. Demnach berichteten 28% der Schüler, jemals in ihrem Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack oder Heroin) probiert zu haben. Von 2003 auf 2007 sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter den im Rahmen der ESPAD befragten Schülern von 31% auf 25%, die 12-Monats-Prävalenz von 25% auf 17% und die 30-Tage-Prävalenz von 14% auf 8%. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) hat sich aber seit 2003 kaum verändert (10,0% vs. 10,2%).

## **Prävention**

Die in der EU-Drogenstrategie 2005-2012 beschriebenen Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden in Deutschland weiterhin konsequent umgesetzt. Der Gesundheitsschutz und die Prävention haben dabei Priorität. Insbesondere im Bereich der legalen Suchstoffe wurden im Jahr 2007 neben verhaltenspräventiven Maßnahmen eine Reihe struktureller Ansätze (Piontek et al. 2007) erfolgreich realisiert, beispielsweise in der Tabakprävention (Inkrafttreten von Nichtraucherschutzgesetzen auf Bundes- und Landesebene, Anhebung der Altersgrenze für das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Abgabe von Tabakwaren). Neben Suchtpräventionsprojekten im Bereich der legalen und illegalen Drogen wurden gezielt auch Maßnahmen zu Verhaltenssuchten konzipiert und umgesetzt. Insbesondere die Bekämpfung des „Pathologischen Glücksspiels“<sup>2</sup> wurde in 2007 weiter vorangetrieben.

Um die Qualität und Zielgerichtetheit suchtpreventiver Maßnahmen zu gewährleisten, kommt der Dokumentation und Evaluation, oft auf Basis computer- und internetgestützter Erfassungssysteme, eine wichtige Rolle zu.

Die Schule ist nach wie vor das wichtigste Setting der Suchtprävention in Deutschland. Zusätzlich zu Präventionsprojekten, deren Zielgruppe die Allgemeinbevölkerung ist, werden verstärkt Maßnahmen für spezifische Risikogruppen wie beispielsweise „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ oder „Jugendliche mit Cannabiskonsum“ entwickelt und umgesetzt. Ver-

---

<sup>2</sup> Nach wie vor findet eine wissenschaftliche Diskussion darüber statt, ob pathologisches Glücksspiel als nicht-stoffgebundene Sucht oder exzessives Verhalten vor dem Hintergrund einer Störung der Impulskontrolle zu betrachten ist. Eine abschließende Einigung konnte bislang nicht erzielt werden. Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe im Rahmen des REITOX-Berichtes soll keine Festlegung auf eines dieser Konzepte vorwegnehmen.

---

mittelt wird der kritische Umgang mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) unter Anwendung der Strategien der Früherkennung und Frühintervention. Ein großer Teil suchtpreventiver Maßnahmen richtet sich an Multiplikatoren.

### **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 82.000 bis 162.000 Personen (0,2-0,3%) in der Altersgruppe 15-64 Jahre. Zu problematischem Konsum im weiteren Sinne finden sich folgende aktuelle Zahlen: „Regelmäßiger Konsum“ von Cannabis bei 18-19-Jährigen: 4,3%, unter 14-17-Jährigen 2,3%. Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten unter den jungen Männern liegt mit etwa 7% deutlich höher als bei den jungen Frauen (etwa 2%). In einer jungen Altersgruppe von Schülern (14-18 Jahre) in Hamburg fand sich „riskanter Konsum“ von Cannabis bei 4,0% der Befragten. Seit 2004 ist der Anteil dieser Personengruppe in den Folgeerhebungen kontinuierlich gesunken.

Etwa die Hälfte (49,6%) der Klienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, haben ein primäres Opiatproblem, etwa ein Drittel (32,5%) leidet primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 51,2% (Opiate: 27,7%). Im stationären Bereich spielen Opiate unter den illegalen Drogen die größte Rolle. Auch hier steigt jedoch die Zahl der Cannabisfälle.

### **Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen**

2007 starben in Deutschland 1.394 Menschen an Drogen. Damit ist zum ersten Mal seit dem Jahr 2000 die Zahl der Drogentoten gegenüber dem Vorjahr wieder gestiegen. Gegenüber dem letzten Höchstwert von 2.030 im Jahr 2000 bedeutet diese Zahl immer noch einen Rückgang von über 30%. Ursächlich für die Todesfälle sind in der Regel Opiate, die häufig in Kombination mit anderen psychotropen Suchtmitteln einschließlich Alkohol gebraucht wurden.

### **Soziale Begleiterscheinungen und Folgen**

Im Jahr 2007 wurden rund 171.000 Delikte im Zusammenhang mit Rauschgiftkonsum erfasst. Handelsdelikte sind dabei nicht berücksichtigt. Die Zahl entspricht erneut einem Rückgang (-4,1%) gegenüber dem Vorjahr. Ursächlich dafür waren rückläufige Deliktzahlen für Cannabis (-7,0%), Heroin (-2,0%), Ecstasy (-2,9%), Kokain (-6,0%) und sonstigen Drogen (-5,1%). Ausschließlich Amphetamindelikte (+11,7%) nahmen im gleichen Zeitraum zu.

Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildung und ein niedriges Einkommen finden sich nach wie vor häufig unter Drogenkonsumenten. 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 Arbeitsmarktanforde-



---

rungen sind jedoch trotz guter Konjunktur die Chancen sehr begrenzt in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren.

### **Drogenmarkt**

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2006 bis 2007 nur wenig geändert. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana im Vergleich zum Vorjahr deutlich gefallen, während der Preis auf Ebene des Straßenhandels marginal gesunken ist. Nach einem leichten Preisanstieg im Vorjahr lag der Preis für Heroin 2007 auf Straßenebene um etwa 3% unter dem des Vorjahres. Diese Entwicklung steht im Gegensatz zu einem Anstieg des Heroinpreises auf Großhandelsebene um 9%. Auch die Straßenpreise für Amphetamin und Cannabisharz (die von 2005 nach 2006 leicht gestiegen waren), sind im Vergleich zu 2006 leicht zurückgegangen. Während 2007 der Preis für Kokain auf der Großhandelsebene etwas unter dem des Vorjahres lag, ist er auf der Straßenebene um 7% gestiegen.

Mit gewissen Schwankungen ist seit 1997 der Wirkstoffgehalt von Amphetamin kontinuierlich gesunken. Ähnlich verhält es sich bei Kokain auf Straßenebene, bei dem der Wirkstoffgehalt im Jahr 2007 zwar über dem von 2006 liegt, aber den zweitniedrigsten Wert seit 1997 aufweist. Der Wirkstoffgehalt von Heroin ist 2007 im Straßen- und Großhandel gegenüber 2006 deutlich gestiegen. Wie bereits im Vorjahr, zeigt sich auch von 2006 nach 2007 erneut ein Rückgang des mittleren THC-Gehalts von Marihuana. Der mittlere THC-Gehalt von Haschisch ist von 2006 auf 2007 zwar leicht gestiegen, liegt aber immer noch deutlich unter den Werten von 2003 bis 2005. Seit 2006 melden alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen. Die wirkstoffreicheren Blütenstände wiesen 2007 mit 10,0% einen etwas niedrigeren Wirkstoffgehalt auf als 2006.

### **Sonderkapitel: Strafverfolgungsstatistiken**

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt als zentrales gesetzliches Instrument den staatlichen Umgang mit Drogenstraftaten in Deutschland. Es sieht eine Reihe von Sanktionen vor, die, je nach Schwere und Art der Straftat, von Geldbußen bis zu Freiheitsstrafe reichen. Bloßer Konsum von Substanzen, die unter das Betäubungsmittelrecht fallen, ist angesichts des im deutschen Strafrecht geltenden Prinzips der Straflosigkeit der Selbstschädigung nicht unter Strafe gestellt. Jedoch sind Erwerb und Besitz, die normalerweise dem Konsum vorausgehen, strafbar, da sie mit der Gefahr einer Weitergabe der Drogen in Verbindung stehen. Gemäß dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ räumt das BtMG die Möglichkeit der Zurückstellung der Strafvollstreckung ein, wenn der (drogenabhängige) Straftäter sich einer Therapie unterzieht.

Die wichtigsten Datenquellen für die Erfassung der Drogenkriminalität und des staatlichen Umgangs mit Drogendelikten sind die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die landesweite Falldatei Rauschgift (FDR) sowie die Strafverfolgungsstatistiken der Justiz. Alle zuvor genannten Datenquellen stehen sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene zur Verfügung. Auch wenn eine Vielzahl von Daten auf verschiedenen Ebenen innerhalb des Justizsystems erfasst werden, fehlt es an einer Vernetzung der verschiedenen Statistiken. Hauptschwierig-

---

keiten bei sequenzierenden und vergleichenden Analysen liegen in der Anwendung unterschiedlicher Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung, aber auch in der Art der Differenzierung bei der Detailerfassung (Paoli 2008). So enthält die Polizeistatistik beispielsweise Informationen zur Substanzart, die Strafverfolgungsstatistik jedoch nicht.



---

## 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 (BZgA) and the German Centre for Addiction Issues (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 at [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de).

### National policy in context

Isolated “drug” concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction<sup>3</sup>” policy which increasingly sets the focus on common aspects of the whole range of psychotropic substances. The current “Action Plan for Fighting Drugs and Addiction” is the mainstay of the overall policy concept in which various activities are embedded. The national “Board on Drugs and Addiction” which is to accompany and evaluate the goals and measures laid down in the action plan, introduced its work programme in September 2005. The programme focuses on reducing smoking and alcohol consumption among teenagers as well as on bringing down experimental and regular use of cannabis. In the field of illicit substances, national policy-making continued in the reporting year to focus on the improvement of care offers for persons with cannabis problems, the research of the effects of abusive cannabis use as well as the initiation of further research work on the long-term results of substitution treatment.

### Drug use: prevalence

The results of the last epidemiological survey on substance abuse (ESA) carried out in 2006 corroborate the findings of earlier surveys, showing that about a quarter of the adult population in Germany has had experience with drugs. The portion of adults who took drugs in the last 12 months fell to 5%; only about 3% used drugs in the last 30 days. Prevalences among teenagers and young adults continue to be higher, but have also decreased compared to studies of previous years. Only 13% of the 14- to 17-year-olds stated in a representative national survey carried out in 2007 to have smoked cannabis at least once in their lifetime compared to 22% in 2004. According to the most recent results, cannabis consumption among teenagers in the age group from 11 to 17 years lies below 10% in the 12-month-category. Unchanged however appears to be the portion of young adults who regularly use cannabis. A recent survey carried out in 2007/2008 at schools in Hamburg (“Hamburger

---

<sup>3</sup> The term “addiction” no longer refers to a narrow target group, but comprises risky, harmful and addictive consumption.

---

Schulbus“), provides indications of a marked decline in the consumption of narcotic drugs (mainly cannabis among the illicit substances) by adolescents. Recent findings of a survey carried out at schools within the framework of the “Frankfurt Drug Monitoring System (Mo-SyD)“ also show a repeated decline in the reported lifetime-prevalences of cannabis consumption following the continually declining trend since 2002. In 2007, the results of European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) were presented. 28% of the school children reported in the survey to have tried any illicit drug (cannabis, amphetamine, ecstasy, LSD, cocaine, crack or heroin) in their lifetime. From 2003 to 2007, lifetime-prevalences for cannabis consumption fell from 31% to 25% among the students interviewed within the framework of ESPAD; the 12-month-prevalence dropped from 25% to 17% and the 30-day-prevalence from 14% to 8%. The lifetime-prevalence for the consumption of illicit drugs (apart from cannabis) however, has hardly changed since 2003 (10.0% vs. 10.2%).

### **Prevention**

The guidelines spelled out by the EU-drug strategy 2005-2012 for supply and demand reduction continue to be implemented with resolution in Germany. In this, priority is given to health protection and prevention. Alongside measures of behavioural prevention, a series of structural approaches (measures of condition prevention) (Piontek et al. 2007) for example in tobacco prevention (coming into effect of the non-smoker-protection-act at national and regional level, raising the age limit for smoking in the public and the sale of tobacco products) were successfully realized in particular in the field of licit addictive substances in 2007. In addition to addiction prevention projects carried out in the field of licit and illicit drugs, also measures targeting behavioural addictions have been developed and put into practice. The fight against “pathological gambling<sup>4</sup>” in particular, was continued in 2007.

In order to guarantee quality and target orientation of preventive measures, documentation and evaluation – often based on computer- or Internet-assisted documentation systems – assume an important role.

Schools are still the most important setting for addiction prevention in Germany. In addition to prevention projects with the general population as target group, there have been increasing efforts undertaken to develop and realize measures for specific risk groups like for example “children from families with addiction problems“ or “adolescents with (problem) cannabis use“. Using strategies of early recognition and early intervention, young people are taught to critically deal with psychoactive substances (risk competence). A large number of preventive measures are addressed to multipliers.

---

<sup>4</sup> There is still scientific controversy over the question whether pathological gambling should be regarded as a non-substance-related form of addiction or as a disorder of impulse control. So far, no final agreement could be reached on this. The non-uniform use of terms in this REITOX-report does not constitute a preference for either of the concepts.

---

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

Based on the figures from treatment, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates venturing the prevalence of problem (i.e. risky, harmful or dependent) drug use make the number of problematic users of heroin range between 82,000 and 162,000 persons (0.2-0.3%) in the age group 15-64 years. For problem use in a broader sense, the following figures were found: "regular consumption" of cannabis in the 18-19-year-olds: 4.3%, in the 14-17-year-olds 2.3%. The portion of regular users among young males is with 7% markedly higher than among young females (about 2%). In a young age group of students (14-18 years) in Hamburg "risky consumption" of cannabis was found in 4.0% of the interviewees. The portion of this group of persons has thus been on a continual decline in the surveys carried out since 2004.

About half (49.6%) of the clients who seek help from outpatient drug counselling facilities in connection with illicit drugs, have primary opiate-related problems; about a third (32.5%) suffer primarily from cannabis-related disorders. Cannabis-related cases account for 51.2% (opiates: 27.7%) of the first-time clients in addiction treatment. Opiates continue to play a predominant role in the category of illicit drugs in the inpatient setting. But the number of cannabis-related cases is on the rise here as well.

## **Health correlates and consequences of drug use**

1,394 people died of drugs in Germany in 2007. With this, the number of drug-related deaths has been up on the previous year for the first time since the year 2000. However, compared to the last peak of 2,030 death-cases in 2000, this figure is still down by more than 30%. The deaths were mostly caused by opiates which were frequently used in combination with other psychotropic substances including alcohol.

## **Social correlates and consequences of drug use**

In the year 2007, about 171,000 offences in connection with drug use (excluding drug dealing) were recorded. This corresponds to a repeated decrease (-4.1%) relative to the previous year, which can be explained by the declining figures found for cannabis (-7.0%), heroin (-2.0%) ecstasy (-2.9%), cocaine (-6.0%) and other drug offences (-5.1%). Only amphetamine-related offences (+11.7%) increased in the same period of time.

Unemployment, low education and low income are still commonly found problems among drug users. Special measures undertaken by social security agencies and offers made by the second labour 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 labour market conditions.

## **Drug market**

There was little change in the development of drug prices between 2006 and 2007. The wholesale price for marijuana markedly dropped relative to the previous year, while at street level the decrease was only marginal. After a slight increase in the previous year, the price for heroin fell by about 3% below the price of the previous year at street level. This develop-

---

ment is in contrast with the increase in heroin prices at wholesale level by 9%. Street prices for amphetamines and cannabis resin (which had slightly gone up from 2005 to 2006), slightly decreased in comparison with 2006. While in 2007 the wholesale price for cocaine was somewhat below the one of the previous year, the price increased at street level by 7%.

Despite some variations, the level of active substance in amphetamines has been on a continual decline since 1997 similar to street cocaine whose level of active substance was above the one of the year 2006, but reached the second lowest value since 1997. The concentration of active ingredient of heroin markedly increased in 2007 both at wholesale and street level compared to 2006. As in the previous year, the mean THC-content of cannabis resin and marijuana declined again between 2006 and 2007. The mean THC-content of marijuana did increase from 2006 to 2007, but still ranged clearly below the values found between 2003 and 2005. Since 2006 all participating laboratories have been reporting their data differentiating between cannabis leaves and flowering tops which have a higher concentration of active substance. In 2007, the content of active substances found in the flowering tops was with 10.0% somewhat lower than in 2006.

### **Selected issue: Sentencing statistics**

The Narcotics Act (Betäubungsmittelgesetz, hereinafter BtMG), the basic legal instrument regulating the institutional response to drug related offences in Germany, foresees a variety of sanctions according to the severity and the type of the act ranging from administrative fines to custodial sentences. Mere consumption of substances, which fall under the narcotics act, is not subject to sanctions following the principle of the German criminal law, which states impunity for self-injury. Moreover, the German law following the principle “treatment instead of punishment” (Therapie statt Strafe) allows for a deferment of the punishment if the (drug addict) offender undergoes treatment instead of imprisonment.

The main data sources regarding drug criminality and the respective responses are the Police Criminal Statistics (Polizeiliche Kriminalstatistik, PKS) and the nationwide data network Drugs Data File (Falldatei Rauschgift, FDR), as well as the Criminal Prosecution Statistics of Justice. All aforementioned data sources refer to federal and federal state (Länder) level. There seems to be a variety of data available referring to the various stages of the justice system, nonetheless there is a lack of connection between the different statistics. The main obstacles in sequencing and comparative analysis are the different procedures of data recording and classification (i.e., different variables), as well as the differentiation in the level of the detail provided (Paoli 2008). By way of illustration, the police statistics provide information also on the substance type, whereas the prosecution statistics do not.





## 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 Mittelpunkt des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende „Sucht“<sup>5</sup>-Politik. Seit einigen Jahren stehen (1) Störungen durch legale psychotrope Substanzen und (2) gemeinsame Aspekte aller Substanzen (z. B. in der universellen Prävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch) sowie seit einiger Zeit auch stoffungebundene Süchte<sup>6</sup> (z.B. pathologisches Glücksspiel) 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. Stoffungebundene Süchte spielen momentan für die Berichterstattung keine Rolle.

---

<sup>5</sup> Der Begriff „Sucht“ bezeichnet keine enge Zielgruppe mehr, sondern umfasst riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

<sup>6</sup> Nach wie vor findet eine wissenschaftliche Diskussion darüber statt, ob pathologisches Glücksspiel als nicht-stoffgebundene Sucht oder exzessives Verhalten vor dem Hintergrund einer Störung der Impulskontrolle zu betrachten ist. Eine abschließende Einigung konnte bislang nicht erzielt werden. Die uneinheitliche Verwendung der Begriffe im Rahmen des REITOX-Berichtes soll keine Festlegung auf eines dieser Konzepte vorwegnehmen.

### **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 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 der Strafvollzugsgesetzgebung und 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. Dadurch soll nicht zuletzt die Integration von Jugend- und Drogenhilfe verbessert werden. Dadurch werden allerdings der überregionale Austausch von Informationen und die Erfassung der Gesamtsituation tendenziell schwieriger.

#### **Die Rolle der Leistungsträger**

Die Finanzierung von Behandlung und Rehabilitation erfolgt weitgehend durch die Rentenversicherungen bzw. die gesetzlichen Krankenversicherungen. 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 selbst verwaltete 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 Psychi-

atrische 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 (Sozialgesetzbuch [SGB] VIII).

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

### **1.1.2 Gesetzliche Grundlagen**

#### **Betäubungsmittelgesetz**

Das Betäubungsmittelgesetz 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 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (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 hauptsächlich die Rentenversicherungsträger. Kostenträger für den körperlichen Entzug (Detoxifikation) und die substitions-gestützte Behandlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen. Weitere Kostenträger sind örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger und Kommunen als Träger der Jugendhilfe.

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Sozialhilfebezieher 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, die Arbeitsgemeinschaften

zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit und die so genannten optierenden Kommunen.

### **Sonstige Gesetze**

Weitere relevante Gesetze, in denen mögliche rechtliche Konsequenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen z.B. in Hinblick auf die Beteiligung am Straßenverkehr definiert sind, sind:

- die Straßenverkehrsordnung (StVO), in der z.B. geregelt wird, wie Verkehrskontrollen durchzuführen sind,
- das Straßenverkehrsgesetz (StVG), in dem die Promillegrenze für Alkohol angegeben wird und auch das Führen von Kraftfahrzeugen unter der Wirkung anderer berauschender Mittel als Ordnungswidrigkeit definiert wird,
- das Strafgesetzbuch (StGB), das ebenfalls auf die Folgen des Konsums von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr eingeht und
- die Fahrerlaubnisverordnung (FeV), in der Auflagen, Eignungszweifel und der Entzug der Fahrerlaubnis, z.B. aufgrund einer vorliegenden Abhängigkeit von Betäubungsmitteln thematisiert werden.

#### **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 Suchtmittelkonsums
- 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“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) dient nach wie vor als Rahmen für die aktuelle Suchtpolitik. Details hierzu finden sich im REITOX-Bericht 2004.

Inhaltliche Schwerpunkte bei Drogen- und Suchtthemen seit der zweiten Hälfte des letzten Jahres lagen unter anderem in einer umfangreichen und intensiven Debatte um den Nicht-raucherschutz. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene wurden Gesetze zum Nicht-raucherschutz verabschiedet, sowie die Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren von 16 auf 18 Jahre zum 01.09.2007 angehoben. Auch die Alkoholprävention insbesondere bei Jugendlichen (z.B. bundesweites Projekt „Hart am Limit – HaLt“) und eine bundesweite Aktionswoche zum Thema Alkohol mit über 2.000 Veranstaltungen (Motto: „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze!“) waren wichtige Schwerpunkte in 2007. Darüber hinaus gab es eine nach wie vor andauernde Diskussion um die Fortsetzung der heroingestützten Behandlung. Weiterhin rücken die nicht stoffgebundenen Süchte (v. a. pathologisches Glücksspiel) zunehmend ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

#### **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“ (DSR) sowie die Bund-Länder-Steuerungsgruppe spielen in diesem Bereich ebenfalls eine wichtige Rolle. Dem DSR angegliedert ist die Arbeitsgruppe „Deutsche Suchthilfestatistik“, die der Abstimmung der statistischen Erhebungen in diesem Bereich dient. Mit Koordinationsaufgaben befasst sich auch die AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des DSR. Die Hauptthemen dieser AG: Verbesserungsideen zu den Übergängen der Hilfen für Suchtkranke von Behandlung in Arbeit, Behandlung in Haft und Freiheit oder generell eine verbesserte Frühintervention in der Beratung und Behandlung von Sucht- und Drogenkranken. 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, das Monitoring suchtpräventiver Aktivitäten und deren Qualitätssicherung. Bei ihr liegt auch der Vorsitz der Arbeitsgruppe „Suchtprävention“, die ebenfalls dem DSR 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**

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf relevante gesetzliche Änderungen im Berichtsjahr.

#### **Gesetz zur Einführung eines Alkoholverbots für Fahranfänger und Fahranfängerinnen (FAAlkVerbotG)**

Eine gesetzliche Maßnahme zur Förderung des Nichttrinkens im Straßenverkehr und zur Reduzierung alkoholbedingter Verkehrsunfälle ist das am 01. August 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Einführung eines Alkoholverbots für alle Fahranfängerinnen und Fahranfänger, die unter 21 Jahre alt sind oder sich noch in der Probezeit befinden. Verstöße gegen das Verbot können mit einem Bußgeld von bis zu 1.000 Euro und zwei Punkten im Verkehrszentralregister geahndet werden. Zudem kann für Fahranfänger, die sich noch in der Probezeit befinden, die Probezeit um weitere 2 Jahre verlängert und ein Aufbauseminar mit Kosten von bis zu 200 Euro angeordnet werden.

#### **Das Betäubungsmittelgesetz**

Mit der 21. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV.; [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)) wurden zum 01. März 2008 Änderungen in den Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes vorgenommen. In die Anlage I (nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel) wurde *Salvia divinorum* (Zauber- oder Aztekensalbei) neu aufgenommen. Die Pflanze enthält einige der stärksten im Pflanzenbereich vorhandenen psychoaktiven Substanzen (Diterpene). Der Konsum kann zu schweren Bewusstseinsveränderungen, Psychosen und anderen gesundheitlichen Störungen führen. Benzylpiperazin wurde aufgrund eines Risikobewertungsberichtes des wissenschaftlichen Beirats der EBDD und Oripavin aufgrund einer (völkerrechtlich bindenden) Empfehlung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen unterstellt. Der bereits mit der 20. BtMÄndV befristet unterstellte Stoff meta-Chlorphenylpiperazin (m-CPP) wurde nun dauerhaft in Anlage II aufgenommen. Oxymorphon wurde aus der Anlage I in die Anlage II (verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel) umgestuft, um eine industrielle Verwendung zu ermöglichen.

Die Stoffe Amfetaminil, Butobarbital, Cyclobarbital, Fencamfamin, Mazindol, Mefenorex, Meprobamat, Metamfetamin, Methaqualon, Methyprylon, Phenmetrazin, Secbutabarbital und

Vinylbital wurden aus der Anlage III (verschreibungsfähige Betäubungsmittel) gestrichen und in die Anlage II aufgenommen, weil es in Deutschland für diese Stoffe keine zugelassenen Arzneimittel mehr gibt und eine therapeutische Verwendung entweder aufgrund einer negativen Nutzen-Risiko-Bewertung im Rahmen des deutschen Stufenplanverfahrens oder aufgrund ihres Missbrauchspotentiales nicht mehr vertretbar ist. Modafinil wurde mit der Streichung in Anlage III ganz aus dem Anwendungsbereich des BtMG herausgenommen, da das Abhängigkeitspotential als gering eingeschätzt wird ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)).

### **Rechtliche Aspekte der Heroinverschreibung**

Über die Bewertung der Ergebnisse des Modellprojektes und den Fortgang der Diamorphinbehandlung in Deutschland ist noch nicht abschließend entschieden. Am 19. September 2007 fand eine öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderen Vorschriften statt. Auch einige Bundesländer haben inzwischen einen Antrag für einen Gesetzentwurf über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung beim Bundesrat eingebracht (Bundesratsdrucksache 434/07). Der Bundesrat hat am 21. September 2007 mit deutlicher Mehrheit entschieden, die entsprechende Initiative über die Bundesregierung in den Deutschen Bundestag einzubringen. Die Bundesregierung hat hierzu am 21. November 2007 eine Stellungnahme beschlossen, in der davon ausgegangen wird, dass bei der parlamentarischen Beratung des Gesetzentwurfs verschiedene Fragen vertieft behandelt werden. Wann diese Gesetzesinitiative im Bundestag beraten wird, ist derzeit nach wie vor offen.

### **Strafgesetz (Maßregelrecht)**

Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Praktiken der Bundesländer in Bezug auf Anordnungen zur Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern oder Entziehungseinrichtungen, weist Heinz (2007) darauf hin, dass die strafgerichtlichen Unterbringungsanordnungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben (insbesondere die Unterbringung nach § 64 StGB, Unterbringung in einer Entziehungsanstalt). 2005 wurde bei 0,6% der wegen Straftaten gegen das BtMG Abgeurteilten eine Anordnung gemäß § 64 StGB ausgesprochen (im Vergleich dazu nur bei 0,005% eine Anordnung gemäß § 63 StGB, Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus). Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sowohl hinsichtlich der Unterbringungsanordnung als auch der Bestandszahlen. Diese Unterschiede lassen sich nicht vollständig durch Tat oder Tätermerkmale erklären, sondern werden von Heinz als Folge regionaler Sanktionierungspraxis bewertet.

#### **1.2.2 Rechtspraxis**

Bereits im April 2007 hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Grundsatzurteil die „nicht geringe Menge“ für Buprenorphin definiert. Damit fügt der BGH der Reihe zum Begriff der „nicht geringen Menge“ ergangenen Grundsatzentscheidungen eine weitere hinzu, in der er sich erstmals mit einem in der Substitutionstherapie verwendeten Stoff befasst, dessen Auftauchen auf dem illegalen Markt Sorge bereitet (Winkler 2007). Die "nicht geringe Menge"

entsprechend der Formulierungen des BtMG bezieht sich - anders als die "geringe Menge" - nicht auf das Gewicht der sichergestellten Substanz sondern auf das des enthaltenen Wirkstoffs.

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz 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 einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu: Schäfer & Paoli 2006).

Mittlerweile haben die meisten Bundesländer bei Cannabis vergleichbare Grenzwerte für die „geringe Menge“ (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Bei den Festlegungen der einzelnen Bundesländer handelt es sich um Richtwerte, von denen Staatsanwälte und Richter im Einzelfall abweichen können. Es gibt keinen Anspruch auf das Absehen von Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen. Wird von Strafverfolgung abgesehen, so heißt das nicht automatisch, dass die Tat folgenlos bleibt. Staatsanwälte haben die Möglichkeit, ein Verfahren gegen Auflagen (z. B. Arbeitsstunden, Geldstrafe oder Beratung in einer sozialen Einrichtung) einzustellen.

Weitere Informationen zur Rechtspraxis und Strafverfolgung finden sich unter anderem im Sonderkapitel Strafverfolgungsstatistiken ab Seite 157.

### **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 derzeit etwa 850 Fachkräfte aus über 560 Einrichtungen. Über 350 Projekte sowie Materialien und über 80 Studien sind in dem Portal zu finden. Im interaktiven Bereich haben sich viele Fachkräfte in mehr als 60 (länderübergreifenden) Internetarbeitsgruppen auf PrevNet vernetzt. Im Zuge der Weiterentwicklung soll in 2008 ein umfangreicher E-Learning-Bereich zur Schulung der PrevNet-Mitglieder implementiert werden.



### 1.3.2 Nationale Pläne und Strategien

Der jährliche Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde im Mai 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt. Als eine nach wie vor wichtige Aufgabe wurde darin die Verbesserung des Nichtraucherschutzes durch Regelungen für einen besseren Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene genannt. Auf Bundesebene hat die Bundesregierung in 2007 ein Nichtraucherschutzgesetz auf den Weg gebracht, das – entsprechend der gesetzgeberischen Zuständigkeit des Bundes nach dem Grundgesetz – für alle öffentlichen Einrichtungen des Bundes und den öffentlichen Nahverkehr ein Rauchverbot einführt. Gleichzeitig wurde für Jugendliche die Altersgrenze für das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Abgabe von Tabakwaren von 16 auf 18 Jahre angehoben. Über die Einführung eines Chipkartensystems mit Altersbegrenzung an allen Zigarettenautomaten in Deutschland wurde die Abgabe von Zigaretten an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre angestrebt. Das Gesetz trat am 1. September 2007 in Kraft. Den Herstellern von Automaten wurde eine Übergangsfrist bis zum 01.01.2009 zur Umstellung eingeräumt. Die Bundesländer haben im Laufe des Jahres 2007 Landesgesetze zum Nichtraucherschutz beschlossen. Die Landesgesetze variieren in einigen Punkten zwischen den Bundesländern, so dass gegenwärtig keine einheitliche Rechtspraxis besteht. Schwierigkeiten bereiten derzeit die unterschiedlichen Ausnahmeregelungen in den Bundesländern für die Gastronomie. In den meisten Bundesländern wurde den Gastronomen die Möglichkeit eingeräumt, Raucherräume einzurichten. Die daraus resultierenden Wettbewerbsverzerrungen haben im Sommer 2008 zu einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts geführt, dass die Überarbeitung einiger Landesgesetze erfordert und zur Erlassung einer Reihe von Übergangsregelungen geführt hat.

Über die Aktionswoche „Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze“, die 2007 stattgefunden hat, wurde bereits im letzten REITOX-Bericht berichtet.

Im Bereich Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit wurden Initiativen zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten von Ärzten, Apothekern sowie insbesondere von Patienten gestartet. Im Januar 2008 hat sich z.B. der Betäubungsmittelsachverständigenausschuss für die Aufnahme von Zulassungsaufgaben für Benzodiazepine ausgesprochen. Diesen Empfehlungen zufolge erhalten die Fachkreise und die Anwender über Fach- und Gebrauchsinformationen zielgruppenorientierte Informationen einschließlich eines Hinweises auf das Abhängigkeitspotential.

Im Bereich Hilfeangebote und Prävention von illegalen Drogen haben die Bundesministerin für Gesundheit und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Anfang 2008 eine Kooperation des BMG mit einer bekannten Vorabend-Serie gestartet, die nicht nur eine fachlich beratende Unterstützung der Fernsehschaffenden bei der Darstellung einer Drogengeschichte beinhaltet, sondern gleichzeitig auch die Gelegenheit bot, die bundesweite Sucht- und Drogenhotline ([www.sucht-und-drogen-hotline.de](http://www.sucht-und-drogen-hotline.de)) unentgeltlich vor einem breiten Fernsehpublikum zu bewerben.

Im Sommer 2008 hat der Drogen- und Suchtrat (DSR) Empfehlungen für Nationale Aktionsprogramme zur Alkohol- und zur Tabakprävention beschlossen. Der Drogen- und Suchtrat schlägt darin der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zahlreiche präventive und strukturelle Maßnahmen vor, wie der Tabakkonsum weiter reduziert sowie ein verantwortlicher und zurückhaltender Alkoholkonsum gefördert werden kann. Die Empfehlungen stellen eine Grundlage für die weitere Abstimmung erforderlicher Maßnahmen innerhalb der Bundesregierung dar und werden eingehend geprüft. Ergänzend dazu sind im Herbst 2008 Expertenanhörungen geplant, um eine fachliche Diskussion mit allen Interessengruppen führen zu können (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008a).

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.

### **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“ (DSR) 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 Bundestagswahlen 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 18% 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.

Bereits 2007 wurden erste Berichte repräsentativer Untersuchungen zum Konsum von Alkohol und Cannabis unter 12-19-jährigen veröffentlicht (und im letzten REITOX-Bericht zitiert).

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Ziele in Bezug auf die angestrebte Reduktion des Cannabiskonsums erreicht werden könnten. Eine differenziertere Betrachtung erfordert möglicherweise der Alkoholkonsum Jugendlicher (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007a, b). Allerdings liegen die aktuellen Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie (DAS) der BZgA, die zum Konsum der 12- bis 25-jährigen berichtet, zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Sommer 2008) noch nicht vor.

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

Seit 2001 besteht in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung, der in der zweiten Förderperiode bis November 2007 gelaufen ist. In vier Forschungsverbänden, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert wurden, haben Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen in ihrem regionalen Umfeld mit Einrichtungen der Primärversorgung und der Suchthilfe im Rahmen anwendungsorientierter Forschungsprojekte kooperiert. Auch wenn die Bundesfinanzierung der Suchtforschungsverbände in 2007 ausgelaufen ist, ist davon auszugehen, dass die gebildeten Netzwerke auch weiterhin gemeinsame Forschungsaktivitäten durchführen und neue Finanzierungsmöglichkeiten zur Durchführung der zahlreichen – auch aus den Bundesprojekten abgeleiteten – Fragestellungen identifizieren können. Eine Reihe von Ergebnissen, die in dem vorliegenden Bericht enthalten sind sowie die zugehörigen Publikationen entstammen den im Rahmen der Forschungsverbände durchgeführten Projekten oder deren Anschlussvorhaben.

- **Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“**  
Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum. Kernstück ist ein internetbasiertes Tagebuch und die Möglichkeit der Beratung über das Internet mit dem übergeordneten Ziel, innerhalb eines Zeitfensters von 50 Tagen den individuellen Konsum von Cannabis deutlich zu reduzieren. Dieser erfolgreiche Ansatz wurde im Rahmen eines Modellprojekts erfolgreich in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert. Die Evaluation der Wirkung weist eine signifikante Konsumreduktion bei den Klientinnen und Klienten auf.
- **Transfer des Projektes „Realize it“**  
Angesichts der positiven Ergebnisse des Projektes „Realize it“, über das bereits in den letzten REITOX-Berichten berichtet wurde, hat das BMG die „Villa Schöpflin“ (Lörrach) und die delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH (Berlin) mit dem Transfer von „Realize it“ in 60-80 Beratungsstellen in Deutschland beauftragt, um das Programm auch anderen Sucht- und Drogenberatungsstellen zugänglich zu machen. Durch zusätzliche Landesfördermittel kann für einzelne Bundesländer (Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen) ein landesweiter Transfer von „Realize it“ umgesetzt werden, so dass bis zum Ende des Jahres 2008 voraussichtlich mehr als 150 Sucht- und Drogenberatungsstellen in das nationale Netzwerk „Realize it“ integriert sein werden. Der Transfer von „Realize it“ wird in den Jahren 2008 und 2009 umgesetzt und beinhaltet drei Komponenten: In einem ersten Schritt werden die Mitarbeiter der

Drogenberatungseinrichtungen qualifiziert. Im Rahmen von regionalen Netzwerktreffen werden im Herbst 2008 und im Frühjahr 2009 der aktuelle Stand der Umsetzung des Transfervorhabens diskutiert und praktische Probleme der Beratungsarbeit besprochen. Die dritte Komponente des Transfers betrifft die Qualitätssicherung: Im Rahmen zweier zentral durchgeführter Nachbefragungen (3 und 6 Monate nach Programmstart) wird die Akzeptanz des Programms innerhalb der Klientel überprüft und die Frage bearbeitet, ob und in welchem Umfang Klientinnen und Klienten von „Realize it“ profitieren konnten. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Transfers von „Realize it“ werden Anfang 2010 erwartet.

- Transfer der CANDIS-Therapie

Im Rahmen der bereits im vergangenen REITOX-Bericht vorgestellten CANDIS-Studie (Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen) wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung erstmals ein modulares verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm für cannabisbedingte Störungen (ab dem 16. Lebensjahr) entwickelt und evaluiert ([www.candis-projekt.de](http://www.candis-projekt.de)). Die wichtigsten Ergebnisse belegen eine hohe Haltequote sowie signifikant höhere Abstinenzraten der Behandlungsgruppe (49%) im Vergleich zur Wartekontrollgruppe (13%,  $p < .0001$ ). Die Behandlungseffekte blieben auch in den Katamnesen drei und sechs Monate nach Therapieende stabil (51% bzw. 45%) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b; Hoch 2008a, b). In einem anschließenden neuen, zweijährigen Modellprojekt, das durch das BMG gefördert wird, soll die CANDIS-Therapie in die ambulante Suchthilfe implementiert und ihre Durchführung unter realen Behandlungsbedingungen evaluiert werden. Das Projekt besteht aus drei Phasen. Während der Vorbereitungsphase (bis April 2008) erfolgten eine Auswahl von 10 teilnehmenden Einrichtungen (plus einer Reserveeinrichtung) und eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung. Im Rahmen dieser Fortbildung wurde den Teilnehmern störungsspezifisches Wissen vermittelt, der Ablauf und die Inhalte der CANDIS-Therapie dargelegt sowie eine Einführung in das CANDIS-Behandlungsmanual gegeben. Praktische Übungen, Fallbeispiele, Rollenspiele und Videoaufzeichnungen, Training in allen Belangen der wissenschaftlichen Begleitevaluation und des logistischen Studienablaufs rundeten die Vorbereitung ab. In der Implementierungsphase sollen pro Suchthilfezentrum insgesamt 30 Patienten rekrutiert und behandelt werden und Therapieverlauf sowie -ergebnisse dokumentiert werden. Im Rahmen einer prospektiven Prozessevaluation werden alle 22 Studientherapeuten während des Projektverlaufs zum aktuellen Stand des Praxistransfers der CANDIS-Therapie befragt. Im August 2008 wurde mit der Entwicklung einer gruppentherapeutischen Version des CANDIS-Manuals begonnen. Das Gruppenprogramm wird in einer Pilotstudie gegenüber der standardisierten CANDIS-Einzeltherapie auf seine Wirksamkeit getestet (N=12 pro Behandlungsbedingung). Ab Mai 2009 ist die Auswertung und Kommunikation der Ergebnisse geplant.

- Projekt „AVerCa“

Anknüpfend an die Ergebnisse einer 2007 veröffentlichten Expertise (LWL Koordinationsstelle Sucht 2007) hat sich das Projekt „AVerCa“ (Aufbau einer effektiven Versor-

gungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs) zum Ziel gesetzt, Hilfeangebote flächendeckend und dauerhaft mit Hilfe effektiver und effizienter Interventionen auszubauen, die sich sowohl an Cannabiskonsumenten als auch deren erwachsene Angehörige wenden (siehe auch: <http://www.dhs.de/web/projekte/cannabis.php>). Schwerpunkt von „AVerCa“ sind differenzierte Qualifikationen unter anderem auf Träger- als auch auf Mitarbeiterebene von Einrichtungen der Suchthilfe. Den Trägern und Facheinrichtungen werden „Werkzeuge“ für die (Weiter-)Entwicklung von Prävention und Hilfen für die Zielgruppe junger Cannabiskonsumenten zur Verfügung gestellt. Nach der Erhebung von „good practice“ sieht das Projekt die Bündelung der Erfahrungen in Form einer umsetzungsbezogenen Arbeitshilfe sowie Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen vor. Einen weiteren wichtigen Bereich stellt auch die Arbeit mit Eltern konsumierender Kinder und Jugendlicher dar. Dazu wird eine Bestandsaufnahme bewährter Elternprogramme mit Daten zur Anzahl und zur Qualität dieser Konzepte durchgeführt. Dabei wird auch geprüft, inwiefern Elternarbeit tatsächlich als gelingender Zugangsweg anzusehen ist. „AVerCa“ wird gemeinsam von der DHS und der LWL-Koordinationsstelle Sucht durchgeführt.

- **International Cannabis Need of Treatment Study (INCANT)**  
Am 01.09.2006 begann die dreijährige vom BMG geförderte Hauptstudie der multizentrischen Studie INCANT (International Cannabis Need of Treatment Study), die parallel in den Niederlanden, Frankreich, Belgien, der Schweiz und Deutschland durchgeführt wird. Gegenstand des Projekts ist die Behandlung von 15–20-jährigen Cannabisabhängigen auf der Basis der evidenzbasierten Behandlungsmethode Multidimensional Family Therapy (MDFT). Aus Deutschland ist die Einrichtung „Therapieladen“ aus Berlin, die seit langem auf die Betreuung von Klienten mit primären Cannabisproblemen spezialisiert ist, an INCANT beteiligt (<http://www.incant.de/>). Bis zum Ende März 2008 konnten im Berliner „Therapieladen“ 75 Jugendliche/Familien in die Studie aufgenommen werden. Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,3 Jahren, bei einem Anteil von 20% weiblicher Klientinnen. Die Eingangsuntersuchung zeigt neben dem notwendigen Zugangskriterium Cannabisstörungen einen hohen Prozentsatz zusätzlicher Alkoholstörungen und weiterer psychischer Komorbidität, insbesondere externalisierter Verhaltensstörungen. Fast die Hälfte der Jugendlichen wird von Fachkräften der Jugendhilfe betreut und lebt nicht mehr in der Familie. Bis Mitte August 2008 hat sich die Zahl der in die Studie eingeschlossene Jugendlichen/Familien auf 90 erhöht. Erste Trends verweisen auf eine höhere Effektivität bei MDFT hinsichtlich der Reduktion des Drogenkonsums und der Haltequote. Die Behandlungsphase soll im Juli 2009 abgeschlossen sein, abschließende wissenschaftliche Gesamtergebnisse werden im Sommer 2010 erwartet.
- **Entwicklung des Gruppentrainings „CAN Stop“**  
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt und evaluiert das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) seit Februar 2008 (bis April 2011) ein manualisiertes Behandlungsprogramm unter der Bezeichnung „CAN Stop“ für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum. Das Gruppen-

training „CAN Stop“ zur Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen wird mit dem Ziel entwickelt, dass es einfach und ökonomisch durchzuführen und als frühe Intervention einsetzbar sein soll. Mit „CAN Stop“ wird erstmals ein wissenschaftlich evaluiertes Gruppentraining für Jugendliche mit problematischem Cannabiskonsum in manualisierter Form vorgelegt, das auch in niedrighschwelligen Einrichtungen einsetzbar sein soll. Zentrale Fragestellungen betreffen die Auswirkungen des Gruppenprogramms auf den Cannabiskonsum, die Selbstwirksamkeit und den Einfluss der Peer-Group. Die Evaluation von „CAN Stop“ erfolgt als multizentrische Studie im Rahmen eines kontrollierten Prä-Post-Katamnese-Designs. Es wird jeweils in unterschiedlichen Settings (ambulante Jugendhilfe, stationäre und ambulante medizinische Versorgung, Jugendstrafvollzug) evaluiert (Feldmann et al. 2008).

- Längerfristige Effekte der Substitutionsbehandlung: PREMOS

Aufbauend auf den Ergebnissen der COBRA-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments), in deren Rahmen eine umfassende empirische, klinisch differenzierte Evaluation der Substitutions- und Versorgungssituation Opiatabhängiger in Deutschland erfolgte (Wittchen et al. 2005; 2008a), hat das BMG 2007 einen Forschungsauftrag erteilt, um auch Aussagen über die längerfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung treffen zu können. Unter dem Akronym PREMOS (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) ist geplant, den Verlauf von Substitutionstherapien drei bis vier Jahre lang zu untersuchen, die Langzeit-Effekte zu beschreiben sowie Prädiktoren und Moderatoren des Therapieerfolgs zu identifizieren ([www.premos-studie.de](http://www.premos-studie.de)).

- Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Drogen

Im deutschsprachigen Raum liegen nur vereinzelt Studien zu gesundheitsökonomischen Aspekten von Suchterkrankungen vor. Ziel des Projekts ist es, erstmals eine umfassende Schätzung und Beschreibung der direkten Ausgaben der öffentlichen Haushalte in Deutschland in Bezug auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen vorzunehmen. Methodisch orientiert sich das Vorgehen soweit wie möglich an bereits verfügbaren internationalen Standards (EBDD, COFOG, Pompidougruppe), um eine spätere Vergleichbarkeit auf europäischer und internationaler Ebene zu ermöglichen. Die Durchführung des Projekts erfolgt durch die DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

- Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker

Seit Ende 2006 (bis Oktober 2009) arbeitet die Fachstelle FAIRE (Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker; [www.fachstelle-faire.de](http://www.fachstelle-faire.de)) als Modellprojekt des BMG und des Landes Rheinland-Pfalz (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, MASGFF) mit dem Ziel, die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe zu verbessern. Aufgabe der Fachstelle ist es, die Zusammenarbeit zwischen der Suchtkrankenhilfe und den für die berufliche Integration zuständigen Trägern zu stärken und durch Netzwerkarbeit, Weiterbildung und Projektentwicklung dazu beizutragen, dass der Übergang aus den stationären Einrichtungen in

Arbeit, Ausbildung oder Qualifizierung bzw. in Beratungs- und Stützmaßnahmen nahtlos gelingt. Aufgrund der guten Erfahrungen im Rahmen des Modellprojektes ist gegenwärtig eine Ausweitung in weitere Bundesländer in Planung, in Mecklenburg-Vorpommern wird eine Pilotphase dazu im Herbst 2008 durch das BMG gefördert.

In Ergänzung zu den Maßnahmen im Rahmen von FAIRE und aufgrund einer Anregung des Drogen- und Suchtrats vom November 2007 hat das BMG eine wissenschaftliche Studie ausgeschrieben, die die in den letzten Jahren erprobte Ansätze guter Praxis in der Integration suchtabhängiger Arbeitssuchender ins Erwerbsleben sammelt, auswertet und zur weiteren Verwendung aufarbeitet. Im Rahmen dieses Projekts sollen zunächst die Maßnahmen, Initiativen und Kooperationen für diese Zielgruppe erhoben werden, die die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und der Agentur für Arbeit (ARGE), entsprechenden Institutionen in den optierenden Kommunen und den Agenturen für Arbeit mit getrennter Aufgabenwahrnehmung getroffen haben.

- **EU-Projekt DRUID**

Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt, [www.bast.de](http://www.bast.de)) ist Konsortialführer eines Projekts der Europäischen Kommission mit 37 Partnern zum Thema "Alcohol, Drugs, Medicines and Driving" (Laufzeit: 2006-2010). Die Thematik der psychoaktiven Substanzen im Straßenverkehr wird umfassend in sieben Arbeitspaketen aufgearbeitet. Von den Ergebnissen dieses interdisziplinären Forschungsprojekts werden wichtige Informationen über die Auftretenshäufigkeit psychoaktiver Substanzen im Straßenverkehr (allein oder in Kombination) und deren Risikopotential erwartet. Darüber hinaus werden im Rahmen experimenteller Studien für diese psychoaktiven Substanzen Vorschläge für bislang nicht vorliegende Gefahrgrenzwerte in Analogie zu Promillegrenzen bei Alkohol ermittelt. Methoden und Richtlinien für die Entdeckung, Verfolgung und Bestrafung von Fahrten unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und Medikamenten sowie Rehabilitationsmaßnahmen werden bewertet und Informationsmaterial sowohl für Fachkreise als auch für das breite Publikum entwickelt und verbreitet (weitere Informationen unter [www.druid-project.eu](http://www.druid-project.eu)).

### **Aktivitäten der Bundesländer**

Auch die Bundesländer setzen 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. Einige Aktivitäten der Länder werden auch in den jeweiligen thematischen Kapiteln dargestellt.

In den Bundesländern existieren zahlreiche Projekte, die sich in unterschiedlichen Settings mit verschiedenen Schwerpunkten an eine ganze Reihe von Zielgruppen wenden. Diese reichen von spezifischen Angeboten, z.B. für Migranten oder sozial benachteiligte Familien über Schulprojekte oder Initiativen in Sportvereinen zu differenzierten Interventionen, z.B. bei ersttauffälligen Drogenkonsumierenden.

Insbesondere im Bereich der Hilfen für junge Konsumenten kommt der erfolgreichen Kooperation unterschiedlicher Hilfebereiche eine zunehmende Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund hat die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg einen Handlungsleitfaden für eine gelungene Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgegeben, der das Ergebnis einer Arbeitsgruppe „Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie 2006-2007“ ist (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2008).

2005 wurden in Bayern 203 Personen im Alter von 18 – 24 Jahren bei Verkehrsunfällen getötet. Vor diesem Hintergrund wurde die Kampagne „Disco-Fieber“ ins Leben gerufen. Es handelt sich dabei um ein Projekt zur Prävention von Verkehrsunfällen in der Zielgruppe Jugendlicher und junger Erwachsener, das durch altersgerechte Ansprache einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol erreichen will (<http://www.wirbrauchendichauchmorgen.de>). Seit 1996 arbeitet das Suchtpräventionsprojekt „Mindzone“ mit spezieller szenenaher Konzeption direkt in der bayerischen Partyszene. Es richtet sich an jugendliche Clubbesucher in der Techno- und House-Szene im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Mindzone basiert auf einem peer-to-peer-Ansatz ([www.mindzone.info](http://www.mindzone.info)).

In Brandenburg werden die Erfahrungen, Konzepte und Materialien aus dem Projekt „FreD“ (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) genutzt und auf das Projekt „FreD<sup>plus</sup>“ mit der speziellen Zielgruppe Alkohol konsumierender Jugendlicher erweitert. Ein in Sachsen-Anhalt entwickeltes und auch in anderen Bundesländern eingeführtes Peer-Projekt für Fahranfänger (siehe dazu auch Abschnitt 3.2.4, Seite 52) wird auch in (gegenwärtig fünf) ausgewählten Schwerpunktregionen Brandenburgs umgesetzt, eine weitere Ausweitung des Projektes ist geplant. Im Schuljahr 2008/2009 ist eine Befragung unter Schülern der 10. Klassen nach ihrem Drogen- und Suchtverhalten geplant, die an eine erste Erhebung aus dem Jahr 2004 anknüpft.

In Thüringen läuft nach wie vor das Projekt „Drogerie“ ([www.drogerie-projekt.de](http://www.drogerie-projekt.de)), das Prävention und Hilfe im Bereich Musikszenen, aufsuchende Sozialarbeit bei Musikveranstaltungen, Info- und Beratungsangebote sowie Vermittlung zu Hilfeangeboten beinhaltet. Im Bereich problematischen jugendlichen Alkoholkonsums bietet das auch in anderen Bundesländern durchgeführte Projekt „Hart am Limit - HaLt“ ([www.bueroimpuls.de](http://www.bueroimpuls.de)) Informationen, Vermittlung zu Hilfeangeboten. Die Förderung von Kindern und Jugendlichen aus von Sucht- und/oder psychischen Erkrankungen belasteten Familien mit Hilfe eines flexiblen und vielfältigen Betreuungsangebot hat ein weiteres Projekt zum Gegenstand ([www.projekt-jonathan.de](http://www.projekt-jonathan.de)).

Auch in Sachsen Anhalt existiert eine Vielzahl von Projekten und Maßnahmen, die Mädchenarbeit (Projekt „MIA“), Projekte zur Stärkung sozial benachteiligter Familien (Projekt „ELAN“), die Bereitstellung von Safer Use Cards, schulische Präventionsprojekte (Projekt „Blue“), Medienprojekte (Projekt „Szene zeigen“), diverse Sportveranstaltungen, Gesprächsrunden für konsumierende Jugendliche, Informationsmaterialien und Handlungsempfehlungen beinhalten. Darüber hinaus beteiligen auch in Sachsen-Anhalt Einrichtungen an den Projekten „HaLt“ und „FreD“ (siehe oben).



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

Die Suchtpräventionsarbeit der BZgA zielt darauf, potenzielle und tatsächliche Konsumenten von gesundheitsschädlichen Substanzen zu motivieren, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und risikoarme Konsummuster zu etablieren. Neben den illegalen Drogen stehen insbesondere die legalen und gesellschaftlich akzeptierten Drogen Nikotin und Alkohol im Vordergrund. In 2006 wurde als neuer Schwerpunkt das Thema „Bekämpfung des Pathologischen Glücksspiels“ aufgenommen. Bei der Entwicklung von Maßnahmen und Medien wird ein Hauptaugenmerk darauf gelegt, die relevanten Zielgruppen systematisch in ihren Lebenswelten anzusprechen. Nachfolgend sollen drei innovative Maßnahmen aus dem Jahr 2007 vorgestellt werden:

- Suchtwoche 2007 - „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“

„Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ lautete das Motto einer bundesweiten Aktionswoche im Juni 2007, die von der DHS, der BZgA und vielen weiteren Partnern durchgeführt wurde. Auf Anregung der BZgA legte der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) seinen Schwerpunkt auf die Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit der Sportvereine. 475 Sportvereine beteiligten sich an der Aktion „Alkoholfreies Sportwochenende“, dessen Ziel es war, an einem Wochenende im Juni 2007 bei Sportveranstaltungen auf Alkohol zu verzichten. Viele Experten der Suchtprävention haben in phantasievollen Aktionen zahlreiche gesellschaftliche Gruppen erreicht. Über die Aktionswoche wurde bereits im letzten REITOX-Bericht berichtet.

- Nationale Kampagne zur Glücksspielprävention

Auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Lotto- und Totoblock und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist unter der Federführung der BZgA im Jahr 2007 eine nationale Dachkampagne zur Prävention von Spielsucht entwickelt und implementiert worden. Hiermit sollen die Bedingungen des am 31. Dezember 2007 in Kraft getretenen Staatsvertrages zum Glücksspielwesen erfüllt werden (siehe hierzu auch Kapitel 3).

Ziel der nationalen Dachkampagne ist es, bundesweit eine gleichmäßig hohe Qualität in der Prävention von Glücksspielsucht bzw. problematischem Spielverhalten zu gewährleisten. Die Kampagne wird ergänzt um Maßnahmen auf Länderebene (z.B. Schulungen von Personal in Lotto-Annahmestellen und den Aufbau von regionalen Beratungseinrichtungen zum Thema ‚Glücksspielsucht‘).

Die Maßnahmen auf Bundesebene umfassen die Schaffung eines Monitoring-Systems zur Beobachtung von Trends in der Spielsuchtgefährdung und zur Maßnahmenkontrolle, Beratungs- und Informationsangebote im Internet sowie eine bundesweite telefonische Beratung zum Thema Glücksspielsucht. Hinzu kommt die Bereitstellung schriftlicher Informationsmaterialien sowie die Entwicklung und Implementierung einer massenmedialen Kampagne zur Vermittlung spielsuchtpräventiver Botschaften.

- Internetplattform [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)

Das Internetportal zur Prävention des Substanzkonsums [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) nutzt die vielfältigen Möglichkeiten des Internet für eine interaktive Auseinandersetzung der Nutzer mit den Inhalten der Suchtprävention. Realisiert wurden interaktive Selbsttests, persönliche Beratungsangebote via E-Mail und Chats. Das Angebot informiert über Wirkungen und Risiken von Drogen und Drogenkonsum und gibt Impulse für eine (selbst-) kritische Einstellung gegenüber Substanzkonsum. Zudem soll möglichst risikoarmes Konsumverhalten mit psychoaktiven Substanzen gefördert (Punktnüchternheit) und zum Verzicht auf bestimmte Substanzen motiviert werden. [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) soll dazu beitragen, die Zahlen der Cannabis Konsumenten zu senken.

Die Internetplattform bietet als substanzspezifische Module das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ sowie den Selbsttest „Check your drinking“ und das dazugehörige Programm „Change your drinking“ an. „Quit the Shit“ wird ausführlicher in Kapitel 3 beschrieben. Nachfolgend sollen deshalb die Angebote „check your drinking“ und „change your drinking“ näher skizziert werden.

Der Selbsttest „check your drinking“ empfiehlt Nutzern, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, die Häufigkeit und Menge des Konsums zu reduzieren und bietet das in 2007 fertig gestellte Programm „change your drinking“ an. Dabei handelt es sich um ein vollautomatisiertes Kurzzeit-Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums. Zielgruppe des Angebots sind Jugendliche und junge Erwachsene mit einem riskanten Alkoholkonsum. Grundlage des Programms sind ein internetbasiertes Tagebuch, das 10 Tage geführt wird, sowie spezielle Informationen zur Reduzierung des Alkoholkonsums. In 2007/2008 erfolgt eine Evaluation des Programms mittels einer randomisierten Kontrollstudie, die die Akzeptanz sowie Wirkaspekte der Intervention überprüfen soll.

### **Tagungen und Arbeitsgruppen**

Wie in den Vorjahren, fanden auch im Berichtsjahr zahlreiche Tagungen und Arbeitssitzungen statt. Aufgrund der Vielzahl administrativer, organisatorischer, fachlicher oder wissenschaftlicher Veranstaltungen, wird nachfolgend nur eine sehr kleine und willkürliche Auswahl von Veranstaltungen genannt, die exemplarisch für die Breite des Angebotes stehen sollen.

Im April 2008 fand eine Sucht-Selbsthilfekonferenz zum Thema "Von der Konkurrenz zur Kooperation - Sucht-Selbsthilfe auf dem Weg in die Zukunft" statt. In der Konferenz ging es um zukünftige Herausforderungen in der Suchthilfe und Selbsthilfe, die eine praktische und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen der Selbsthilfe und der professionellen Hilfe erfordern.

Im November 2007 wurde in Mannheim die DHS-Fachkonferenz zum Thema "Alkohol - neue Strategien für ein altes Problem?" durchgeführt. Mit der Fachkonferenz sollte das Thema "Alkohol" auf den Boden der Praxis geholt werden und ein Transfer von Forschungsergebnissen und der Erfahrungen der letzten Jahre in die Praxis erfolgen.

Unter das Motto "Voll drauf - neue Formen jugendlichen Alkoholkonsums" hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Oktober eine Tagung in Kooperation mit der DHS in Berlin gestellt.

Mit den Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch beschäftigte sich das 11. Wissenschaftliche Gespräch der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie im Oktober 2007 im Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Hamburg. Im Rahmen der Tagung wurden sowohl neuere Forschungsergebnisse zur Epidemiologie und zu den Auswirkungen des Cannabisgebrauchs darstellen, wie auch bestehende Erkenntnisse zu den psychischen Begleitstörungen neu beleuchtet.

### **Internationale Zusammenarbeit**

Deutschland kooperiert aktiv mit den internationalen Institutionen im Bereich Sucht und Drogen. Die Europäische Kommission, die Horizontale Drogen Gruppe (HDG), die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und die Pompidou-Gruppe beim Europarat sind dabei die wichtigsten Partner. Auch im Rahmen der Aktivitäten der Vereinten Nationen wie z.B. der gegenwärtig durchgeführten Bestandsaufnahme über die Umsetzung der UNGASS-Beschlüsse, ist Deutschland ein aktiver Partner. Bilaterale Kooperationen zum Thema Drogen und Sucht fanden und finden mit Lettland, Rumänien, Polen und Kroatien (Twinningprojekte) sowie zahlreichen anderen Ländern (DRUID, Austausch zum Programm „FreD goes Net“) statt. Bereits in 2008 ist entschieden worden, dass Deutschland voraussichtlich ab 2009 ein zweijähriges Twinningprojekt mit der Türkei durchführen wird.

Bei der Vertretung Deutschlands in den europäischen und anderen internationalen Gremien, die sich mit Drogenpolitik befassen, kommt der Drogenbeauftragten eine wichtige koordinierende Funktion zu (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b). Neben der Drogenbeauftragten vertreten die zuständigen Fachreferate unterschiedlicher Ministerien (Innen-, Gesundheitsministerium, Auswärtiges Amt) oder Experten aus anderen Bereichen Deutschland in europäischen und internationalen Gremien.

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

Die Alkoholwirtschaft hat auf die politischen Maßnahmen z.B. in Form einer Sondersteuer für so genannte „Alkopops“ (vgl. letzte REITOX-Berichte) unter anderem mit der Einführung von Mischgetränken auf der Basis von Bier und Wein reagiert. Erste Hinweise auf Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Gesamtkonsummengen wurden im Juni 2007 in Form aktueller Ergebnisse der Repräsentativuntersuchung 2007 zum Alkoholkonsum Jugendlicher vorgestellt. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Untersuchungen aus den Jahren 2004 und 2005 war festzustellen, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen - nach einem Rückgang zwischen 2004 und 2005 - wieder deutlich angestiegen ist (Details dieser Untersuchung wurden bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt). Der Anstieg im Alkoholkonsum ist im Wesentlichen auf eine Zunahme des Konsums von Bier, Bier-Mixgetränken und Spirituosen zurückzuführen. Hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen sind – mit Ausnahme von Cannabis –

während der letzten Jahre keine größeren Veränderungen zu beobachten. Hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Bevölkerung gibt es jedoch Hinweise, dass es nach den teilweise erheblichen Zuwächsen während der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts zu einer Stabilisierung oder sogar einem Rückgang des Konsums gekommen ist. Details zum Drogenkonsum in der Bevölkerung finden sich in Kapitel 2.

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

Eine ausführliche Übersicht über die in Deutschland verfügbaren Datenquellen sowie eine Darstellung der mit der Erhebung und Analyse dieser Daten verbundenen Probleme waren Gegenstand eines Sonderkapitels des REITOX-Berichtes 2007, der in deutscher und englischer Sprache über die Website der DBDD verfügbar ist. Darüber hinaus wurde von der EBDD im Frühjahr 2008 eine Zusammenfassung der dazu vorliegenden Informationen aus den Mitgliedsstaaten der EBDD veröffentlicht, die über die DBDD zu beziehen ist.

Hintergrund der Finanzierung sind die föderale Struktur Deutschlands 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. Insbesondere Angaben zu den finanziellen Mitteln, die die Länder und Kommunen für Drogen- und Suchtprobleme aufbringen, werden wegen eingeschränkter Vergleichbarkeit derzeit nicht bundesweit erhoben und zusammengefasst. Ein weiteres Problem bei der Zusammenstellung öffentlicher Ausgaben für die Drogenproblematik ist, dass die Differenzierung zwischen einzelnen Substanzen bzw. zwischen legalen und illegalen Substanzen im deutschen Versorgungssystem weitgehend aufgegeben wurde und somit der Anteil illegaler Drogen an den entstehenden Kosten kaum zu ermitteln ist. Besonders schwierig ist darüber hinaus die Erfassung *nicht-gekennzeichneter* suchtspezifischer Ausgaben in Querschnittsbereichen wie Polizei, Gerichtsbarkeit, Strafvollzug oder Sozialhilfe, die jedoch einen erheblichen Teil einer umfassenden Gesamtkostenschätzung ausmachen würden.

Es wird also deutlich, dass allein die Identifikation der aufgewendeten Kosten (noch vor der Berechnung spezifischer Anteile für legale und illegale Substanzen) mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Deshalb können nachfolgend nur einige (gekennzeichnete) Ausgaben dargestellt werden, die in keinem Falle auch nur annähernd vollständig über die eingesetzten Gesamtmittel im Umgang mit der Drogenproblematik Auskunft geben. Ein aktuelles Forschungsprojekt (siehe unten) hat sich der Thematik angenommen und soll zu einer besseren Übersicht über die Ausgaben der öffentlichen Haushalte führen.

#### **Bundshaushalt**

Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Suchtproblematik stehen, können in den Budgets zahlreicher Bundesministerien vermutet werden. Dazu gehören zum Beispiel das Bundesministerium für Entwicklungshilfe und wirtschaftliche Zusammenarbeit (z.B. Aktivitäten in Erzeugerländern), das Bundesministerium des Innern (z.B. Bundeskriminalamt), das Bundesministerium der Finanzen (z.B. Zollwesen), das Bundesministerium der Justiz (z.B.

Bundesgerichte), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (z.B. Finanzierung der Suchtforschungsverbände) oder das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (z.B. Präventionsprogramme). Ein zusammenfassender Überblick existiert gegenwärtig jedoch nicht. Im Folgenden wird lediglich das Budget aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit differenzierter dargestellt, da dies auf Bundesebene die einzigen unmittelbar verfügbaren Budgetinformationen sind, die bereits auf Haushaltsebene (und ohne weitere Analysen oder Schätzungen) explizit dem Bereich Sucht und Suchtmittelgebrauch zuzuordnen sind. Im Gegensatz zu den Vorjahren, in denen im Rahmen des REITOX-Berichtes die Angaben entsprechend des jeweiligen Haushaltsansatzes („Soll“) berichtet wurden, handelt es sich bei den nachstehenden Daten um die tatsächlichen Ausgaben („Ist“), die aktuell für das Jahr 2006 vorliegen.

Laut Bundeshaushalt lagen die Aufwendungen des Bundesministeriums für Gesundheit für „Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ im Jahr 2006 bei 12,7 Mio. € (2005: 12,1 Mio. €). Bei der Verteilung der Mittel standen für Aufklärungsmaßnahmen 6,7 Mio. € (2005: 6,7 Mio. €), für Zuschüsse an zentrale Einrichtungen und Verbände 1,0 Mio. € (2005: 1,0 Mio. €), für Modellmaßnahmen 2,8 Mio. € (2005: 3,1 Mio. €), für Zuschüsse zu den Kosten für Forschungs- und Entwicklungsvorhaben 1,5 Mio. € (2005: 604 Tsd. €) und für die Förderung der nationalen Informationsknotenstelle im Bereich Sucht 642 Tsd. € (2005: 630 Tsd. €) zur Verfügung. Der Anteil, der davon spezifisch für illegale Drogen aufgewendet wurde, betrug 2006 laut Angaben des Ministeriums etwa 3,3 Mio. € (persönliche Mitteilung). Hinzu kommen die Sachausgaben für die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Höhe von insgesamt 79 Tsd. € (2005: 76 Tsd. €), wovon ca. 25 Tsd. € im Zusammenhang mit illegalen Drogen standen (persönliche Mitteilung des BMG). Für die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung sowie die Fachreferate des BMG liegen keine näheren Angaben zu den Gesamtausgaben unter Berücksichtigung aller Personal- und Sachkosten vor. Die Ausgaben für die Prävention des Missbrauchs illegaler Drogen im Zuständigkeitsbereich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beliefen sich in Höhe von 690 Tsd. € ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de); persönliche Mitteilung).

### **Gesetzliche Rentenversicherung**

Die ambulante und stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ werden durch Leistungen der Rentenversicherung finanziert. Im Jahr 2006 – hierfür liegen die aktuellsten Statistiken vor – fallen die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) 2007) für medizinische Rehabilitation und ergänzende Leistungen wegen Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) mit 496,6 Mio. € geringfügig höher aus als im Vorjahr (2005: 494,0 Mio. €), aber niedriger als in den Jahren davor (2004: 524,6; 2003: 527,0). Ein ähnlicher Trend zeigt sich beim Budget für stationäre Leistungen (2006: 400,0; 2005: 390,6; 2004: 409,6; 2003: 415,2). Die Finanzierung ambulanter Leistungen hat nach einem starken Anstieg bis 2005 im Jahr 2006 erstmals wieder abgenommen (2006: 25,2; 2005: 30,0; 2004: 26,9; 2003: 22,2). Das Budget für Übergangsgeld hat seit 2003 stetig abgenommen (2006: 60,4; 2005: 62,7; 2004:

77,1; 2003: 78,8), während das Budget für sonstige ergänzende Leistungen über die Jahre stabil geblieben ist (2006: 11,0; 2005: 10,6; 2004: 11,0; 2003: 10,8). Der Anteil von Drogen- und Mehrfachabhängigen an der Gesamtheit abgeschlossener Entwöhnungsbehandlungen betrug 2006 27,5 % (2005: 28,2 %). Schätzt man aus diesem Anteil das Budget für diese Personengruppe, so ergibt sich ein Betrag von etwa 136,5 Mio. €.

Zusätzlich unterstützt die Deutsche Rentenversicherung Bund seit Jahren durch finanzielle Zuwendungen (gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI) sowohl die regionale Suchtselbsthilfe als auch die Arbeit der Suchtreferenten der in der DHS organisierten Suchtverbände. Für die regionale Suchtselbsthilfe wurden im Jahr 2007 Zuwendungen in Höhe von 792.664 € zur Verfügung gestellt, die in erster Linie den bundesweit existierenden Selbsthilfegruppen zugute kommen. Die Arbeit der Suchtreferenten, die im Bereich der Selbsthilfe tätig sind, wurde 2007 mit finanziellen Zuwendungen in Höhe von ca. 1,4 Mio. € gefördert (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b).

### **Deutsche Suchthilfestatistik**

Angaben aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erlauben einen Überblick über die Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Auch wenn nur weniger als die Hälfte (2007: 39,9 %; 2006: 46,2 %) der an der DSHS beteiligten Einrichtungen Angaben zu ihrem individuellen Budget geliefert hat, ergeben sich Hinweise auf die Finanzierungsstrukturen, die einen Überblick über die Art und Zusammensetzung der zur Verfügung stehenden Mittel erlauben. Die Arbeit der ambulanten Suchtberatungsstellen wird nach wie vor weitgehend (zu fast drei Vierteln) durch Kommunen und Bundesländer finanziert<sup>7</sup>. Das Budget setzte sich 2007 wie folgt zusammen: Kommunen 56,0 %, Landesmittel 17,5 %, Bundesmittel 0,4 %, Rentenversicherungsträger 7,3 %, Krankenkassen 1,4 %, Kostenbeiträge der Klienten 0,7 %, Personalmittel der Arbeitsverwaltung 1,1 %, Eigenmittel nicht-öffentlicher Träger 10,0 % und diverse sonstige Mittel 5,6 % (Sonntag et al. 2008b). Vergleiche mit den Daten der Vorjahre sind nur beschränkt möglich, da sich durch die Einführung des neuen Kerndatensatzes sowohl die Kategorien innerhalb des Punktes „Finanzierung der Einrichtungen“ als auch die Definition der Gruppierung „ambulante Einrichtung“ geändert haben.

Eine Hochrechnung des durchschnittlichen Jahresbudgets pro Einrichtung im Jahr 2007 in Höhe von 309.637€ auf alle laut Länderkurzbericht in Deutschland vorhandenen ambulanten Einrichtungen (n = 934) (Simon 2005) ergibt als Näherungswert, dass 2007 etwa 289 Mio. € für das ambulante Suchthilfesystem ausgegeben wurden. Allerdings ist dabei zu beachten, dass diese Hochrechnung auf einer unsicheren Datengrundlage basiert.

---

<sup>7</sup> Dabei handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um Einrichtungen und Angebote, die sich zum überwiegenden Teil an Konsumenten legaler und illegaler Substanzen wenden oder Angebote bei Vorliegen weiterer Problemlagen wie z.B. Glücksspiel oder Essstörungen machen.

## **Aktuelles Projekt zur Schätzung der öffentlichen Ausgaben im Bereich illegaler Drogen**

Angesichts der unbefriedigenden Datenlage wurde im Auftrag des BMG im Februar 2008 ein Projekt gestartet, das erstmalig zu einer Gesamtschätzung der direkten öffentlichen Ausgaben in Deutschland für die Bekämpfung der Abhängigkeit und des Missbrauchs illegaler Drogen führen soll. Das Projekt wird von der DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizin-Management der Universität Duisburg-Essen durchgeführt. Methodisch orientiert sich das Vorgehen soweit wie möglich an bereits verfügbaren internationalen Standards (EBDD, COFOG), um eine spätere Vergleichbarkeit auf europäischer und internationaler Ebene zu ermöglichen. In einer Literaturrecherche werden zunächst existierende relevante Untersuchungen identifiziert und in Hinblick auf die verwendete Methodik sowie Hinweise auf Datenquellen oder bereits bezifferte Ausgaben analysiert. In einem weiteren Schritt werden auf Ebene der Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger diejenigen Behörden und Institutionen identifiziert, die Ausgaben mit Bezug zu illegalen Drogen tätigen. Bei der Datensammlung werden verschiedene Ansätze miteinander kombiniert: Es werden die öffentlich zugänglichen Haushaltspläne und Statistiken analysiert, Ministerien, Verbände und Versicherungsträger bzw. Schlüsselpersonen befragt, und ausgehend von den Aktivitäten im „Feld“ (z. B. in Suchthilfeeinrichtungen) die Geldflüsse zu den finanzierenden Institutionen zurückverfolgt. Zur internationalen Vergleichbarkeit der Ergebnisse werden die einzelnen Ausgaben verschiedenen Politikbereichen zugeordnet (Reuter 2006). Die Darstellung der Ergebnisse soll in Form eines modularen „Baukastensystems“ erfolgen, um die Ausgaben nicht nur insgesamt, sondern auch getrennt nach Akteuren oder nach Politikbereichen betrachten zu können. Ergebnisse werden Anfang 2009 erwartet.

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

Im Berichtsjahr war die öffentliche Diskussion in Deutschland nach wie vor stark von den Themen Wirtschaft, Arbeitslosigkeit, Gesundheits- und Steuerpolitik geprägt. Das größte Interesse in öffentlichen Diskussionen und der Berichterstattung zu süchtigem Verhalten bestand im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Nichtraucherschutzgesetzes und den Ausarbeitungen der Landesgesetze. Unter den illegalen Drogen steht Cannabis als eine in allen gesellschaftlichen Schichten verbreitete Substanz, aber auch vereinzelt Kokain (z.B. nach der Vorstellung des Jahresberichtes der EBDD) im Zentrum der Aufmerksamkeit. Für erhöhte Aufmerksamkeit haben in der zweiten Jahreshälfte einige (regionale) Fälle von mit Blei versuchtem Cannabis in der Region Leipzig geführt, über die intensiv berichtet wurde. Nach wie vor gibt es immer wieder eine Berichterstattung zum weiteren Verlauf der Heroinstudie und der ungewissen Zukunft des Projektes und der teilnehmenden Patienten.

### **Öffentliche Meinung und Einstellungen zu Drogenfragen**

Es liegen keine neuen Studien hierzu vor.

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

Parlamentarier des Bundestags waren an der Diskussion aktueller Themen aktiv beteiligt (zum Beispiel zur diarmorphingestützte 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. So arbeitet sie im Rahmen des Projektes „Building Capacity“ 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 und vom BMG finanziell gefördert. Darüber beteiligt sich die DHS für Deutschland am 2007 eingerichteten „Civil Society Forum“ der EU.

### **Darstellung von Suchtthemen in den Medien**

Die Darstellung von Suchtthemen in den Medien ist eng mit dem sozialen und kulturellen Kontext verbunden. Die Berichterstattung prägt die gesellschaftlichen Diskussionen in erheblichem Maße mit. Daher ist die Berichterstattung zu Sucht und (illegalen) Drogen hinsichtlich ihrer Inhalte praktisch identisch mit den bereits oben unter 1.5 genannten Themen. Auf den Jahresbericht der EBDD erfolgte eine deutliche Resonanz, wobei vor allem die Entwicklung des Kokainkonsums in Europa und der Vergleich mit der Situation in Deutschland im Zentrum des Interesses standen.



## 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 auch 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 3.000 Probanden durchgeführt. Die letzte Erhebung fand 2004 statt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004). Ergänzend dazu wurden von der BZgA 2007 erste Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Cannabiskonsum unter 3.602 Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren veröffentlicht (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007b), deren Ergebnisse bereits im letzten REITOX-Bericht zusammenfassend dargestellt wurden.
- Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey on Substance Abuse: 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 64 Jahren alle 3-4 Jahre statt und wird mit finanzieller Unterstützung des BMG 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. Datengrundlage des epidemiologischen Suchtsurveys 2006 (Kraus & Baumeister 2008) war eine Zufallsstichprobe von 21.463 Personen, von denen 7.912 im Alter zwischen 18 und 64 Jahren an der Erhebung teilgenommen haben. Die geschätzte Antwortrate betrug 45%. Die Ergebnisse der Non-Response-Analyse zeigten, dass das Antwortverhalten (Früh-/Spätantworter, Verweigerer) negativ mit den Angaben zum Konsum illegaler Drogen korreliert. Insgesamt kommen Kraus und Baumeister (2008) zu dem Ergebnis, dass das verwendete Erhebungsverfahren mit telefonischer Kontaktaufnahme und Telefoninterviews von schriftlich nicht erreichbaren Personen aber grundsätzlich zu einer Verbesserung der Antwortrate geführt hat.

- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD) wurde bereits 1995 in 26, 1999 in 31 und 2003 in 35 europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligen sich in 2007 zum zweiten Mal nach 2003 an dieser Erhebung. Es nehmen die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen teil. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte 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 der 9. und 10. Jahrgangsstufe statt. Bei der aktuellen Erhebung lag die bereinigte Stichprobengröße bei 12.448 Schülern aus 586 Klassen an 567 Schulen. Zum Teil liegen für die ESPAD auch Auswertungen aus einzelnen Bundesländern vor.
- Im Rahmen der von der WHO unterstützten Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC), die in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern durchgeführt wird, haben sich 2005/06 fünf Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hamburg, Sachsen, Hessen) an der Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Alter von 9 bis 17 Jahren beteiligt. Bei der Erhebung 2006 wurden auch Angaben zum Konsum illegaler Drogen erfasst. Erste Ergebnisse liegen seit dem Sommer 2007 vor (Settertobulte & Richter 2007). Darüber hinaus stehen in diesem Berichtsjahr auch Daten einer eigenen Auswertung der HBSC für das Bundesland Nordrhein-Westfalen zur Verfügung.
- Anfang 2007 wurden die ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) vorgelegt (Lampert & Thamm 2007). Die Ergebnisse beruhen auf bundesweiten repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen. Für die Analysen zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum wurde auf Informationen aus Befragung der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen sowie deren Eltern zurückgegriffen. In einem eigenen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

wurde 2007 ein Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein erschienen (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2007; Robert Koch-Institut 2007b). Dieser Beitrag basiert auf einer Landesauswertung des KiGGS, dessen Gesamtergebnisse bereits im letzten Reitox-Bericht dargestellt wurden.

Neben diesen zum größten Teil 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. Zum Teil beruhen diese Studien auf Einzelauswertungen, die im Kontext größerer Studien, die auf Bundesebene durchgeführt werden, in Auftrag gegeben wurden (siehe oben, HBSC Nordrhein-Westfalen, ESA 2006 und ESPAD-Daten für Berlin oder KiGGS Schleswig-Holstein).

- In Hamburg fand 2007/2008 nach der letzten Erhebung aus dem Jahr 2005 unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum dritten Mal eine Erhebung unter 14 bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. Die Ergebnisse der Erhebung 2005 wurden bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellt (Baumgärtner 2006). Im Berichtsjahr 2007/08 beruhen die Ergebnisse des „Hamburger Schulbus“ auf einer Stichprobe von 1.287 Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Altersgruppe von 14-18 Jahren (Baumgärtner 2008).
- Eine weitere Quelle, die bereits seit vielen Jahren Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, stellt das Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main dar. Einen Baustein dieses Monitoring-Systems stellt eine Schülerbefragung dar. Im Erhebungszeitraum 2007 wurden N=1.182 Schüler im Alter zwischen 15 und 18 Jahren an Allgemein- und berufsbildenden Schulen befragt (Werse et al. 2008; Werse & Müller 2008b). Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse der aktuellen Expertenbefragung des MoSyD vor.

Es wird jeweils über relevante Ergebnisse der aktuellen Studien berichtet, wobei ein Schwerpunkt auf den bundesweiten epidemiologischen Studien zum Substanz- und Drogengebrauch liegt (Epidemiologischer Suchtsurvey ESA und Drogenaffinitätsstudie). Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, so werden lediglich einige Basiszahlen dargestellt. Die wichtigsten Ergebnisse des ESA 2006 zum Substanzgebrauch in der erwachsenen Bevölkerung sowie der beiden von der BZgA in 2007 vorgestellten Studien zu Cannabis- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden bereits im REITOX-Bericht 2007 vorgestellt.

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 Untertreibung (Underreporting) bei der Angabe von Konsumhäufigkeit und -mengen besteht. Insbe-

sondere für Heroinabhängige liegen deshalb Schätzverfahren vor, die andere Datenquellen verwenden (unter anderem Polizeidaten, siehe auch Kapitel 4.2). 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 2.1. Sie basiert auf den Ergebnissen der letzten ESA (2006) und der letzten verfügbaren DAS (2004). Die Daten beider Studien wurden bereits in den vergangenen Jahren dargestellt, im Laufe des Jahres 2008 werden für die DAS neue Ergebnisse erwartet. Daher beschränkt sich die diesjährige Übersicht auf einige wenige Kennziffern (Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

	Quelle	Alter	Prävalenz	Absolut <sup>1)</sup>
Lebenszeit	ESA '06	18-64	23,7%	12.396.000
	DAS '04	12-17	15,7%	892.000
12 Monate	ESA '06	18-64	5,0%	2.615.000
	DAS '04	12-17	10,4%	591.000
30 Tage <sup>2)</sup>	ESA '06	18-64	2,5%	1.308.000
	DAS '04	12-17	2,5%	142.000

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen: 18-64 Jahre: 52.305.000; 12-17 Jahre: 5.684.349 (Statistisches Bundesamt 2006).

2) DAS: „gegenwärtiger Konsum“ statt „30-Tage-Prävalenz“.

(Kraus et al. 2007), spezielle Berechnungen; (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004)

Die Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen hat sich zwischen 2003 und 2006 praktisch nicht verändert (2006: 25,4%; 2003: 25,2%). Allerdings liegen die aktuellen Werte aus dem Jahr 2006 sowohl für den Konsum illegaler Drogen innerhalb der letzten 12 Monate (2006: 5,4%; 2003: 7,3%) als auch innerhalb der letzten 30 Tage (2006: 2,7%; 2003: 3,9%) deutlich unterhalb der Ergebnisse der ESA 2003 (Details sind auch in der Online Standardtabelle 1 enthalten).

Diese Rückgänge werden praktisch ausschließlich durch niedrigere Prävalenzen beim Konsum von Cannabis erklärt und deuten möglicherweise auf eine Trendwende beim Cannabis-konsum hin. Legt man die aktuellen Zahlen des ESA 2006 zugrunde, läge die Zahl der aktuellen Konsumenten (12 Monate, 30 Tage) in der Altersgruppe 18-64 Jahre deutlich unterhalb der Vergleichswerte von 2003.

### 2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Aktuelle Ergebnisse zu Prävalenz einzelner Drogen liegen mit der ESA-2006 vor. Die wichtigsten Angaben zur Prävalenz einzelner Substanzen im Lebenszeitraum sind für die beiden Altersgruppen in Tabelle 2.2 zusammengestellt worden. Weiterhin sind auch die Ergebnisse des ESA 2006 für 12-Monats- und 30-Tage Prävalenzen im Detail dargestellt. Cannabis ist

nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch Kokain (0,6%), Amphetamine (0,5%), Ecstasy und Pilze (beide 0,4%). Der Konsum von Heroin, LSD und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt.

Tabelle 2.2 Prävalenz im Lebenszeitraum für illegale Drogen

Untersuchung Altersgruppe	DAS '04 (%)	ESA '06 (%)		
	12-17 Jahre	18-64 Jahre		
	Prävalenz Lebenszeit <sup>(1)</sup>	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Cannabis <sup>2)</sup>	9,0	23,0	4,7	2,2
Amphetamine	0,7	2,5	0,5	0,3
Ecstasy	1,0	2,0	0,4	0,2
LSD	<0,5	1,7	0,1	0,0
Heroin		0,4	0,1	0,1
Kokain	<0,5	2,5	0,6	0,2
Crack		0,3	0,1	0,0
Pilze	0,8	2,4	0,4	0,1
Schnüffelstoffe	0,9			
Drogen außer Cannabis	--	5,8	1,2	0,7

1) Für Prävalenzen < 0,5 liegen keine genaueren Angaben vor, im Falle fehlender Angaben liegen keine Informationen vor.

2) DAS '04 „Cannabis“: Angabe beruht auf der Repräsentativerhebung der BZgA aus dem Jahr 2007. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007b), spezielle Berechnung.

(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004); (Kraus et al. 2007).

Der Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem in jüngeren Altersgruppen bis etwa 40 Jahre auftritt. Neben den Trends für die Bevölkerungsgruppe 18-39 Jahre, die bereits im letzten Jahr berichtet wurden, liegen für den ESA seit 1990 auch Vergleichswerte in der Altersgruppe 18-24 Jahre vor, die für Trendanalysen genutzt werden können. Tabelle 2.3 beinhaltet die Ergebnisse für die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen einzelner Substanzen sowie für illegale Drogen insgesamt für die Erhebungsjahre des ESA seit 1990 (Kraus et al. 2007). Es wird deutlich, dass Variationen in den Prävalenzen illegaler Drogen (insgesamt), zu jedem Zeitpunkt primär auf die Unterschiede in der Zahl der Cannabiskonsumenten zurückzuführen ist. Auffallend ist auch in dieser enger gefassten Altersgruppe der in 2006 zu beobachtende deutliche Rückgang der 12-Monats Prävalenz von Cannabis im Vergleich zu 2003 und ein Absinken unterhalb des Wertes aus dem Jahr 2000. Bei den anderen Substanzen lassen sich über die Jahre nur geringe Variationen beobachten.

Tabelle 2.3 Trends der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18-24 Jahre), 1990-2006<sup>1)</sup>

Substanz		Prävalenz (%)					
		1990	1995	1997	2000	2003	2006
Illeg. Drogen	LT <sup>2)</sup>	15,7*	25,2*	24,3*	37,1*	43,9*	40,3
	12M <sup>2)</sup>	7,9*	16,7	13,6*	21,8*	22,8*	17,5
Cannabis	LT	15,2*	23,6*	21,5	36,6*	43,0*	39,5
	12M	7,7*	15,7	11,9*	21,1*	22,1*	16,9
Amphetamine	LT	2,6*	5,9	2,5*	4,6	6,0	5,4
	12M	0,6*	3,1	1,8	2,7	3,1	2,4
Ecstasy	LT		5,8	4,9	5,2	6,3	5,4
	12M		4,2	2,8	2,9	2,1	1,9
LSD	LT	1,1*	2,8	1,7	3,0	3,3*	2,2
	12M	0,2	2,0	1,3	1,0	0,6	0,4
Opiate	LT	1,1	3,3*	1,2	1,5	2,0	0,9
	12M	0,2	1,5*	0,7	0,8	0,5	0,3
Kokain/Crack	LT	1,3*	4,3	2,1*	3,8	4,7	4,1
	12M	0,5*	2,4	1,8	2,5	2,1	1,8

1) Werte für Gesamtdeutschland.

2) LT = Lebenszeitprävalenz; 12M = 12 Monats-Prävalenz.

3) \* = p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2006.

(Kraus et al. 2007).

In der Frankfurter Drogenszene spielt Heroin nach wie vor eine entscheidende Rolle, die aus Expertensicht durch vergleichsweise niedrige Preise und eine hohe Qualität der Substanz begünstigt wird (Werse & Müller 2008b). Allerdings wird die Verbreitung von Heroin und Crack (in Frankfurt) nach wie vor als etwa gleich hoch eingeschätzt. Eine relativ neue Entwicklung, die von den Experten berichtet wird, ist der illegale Handel mit dem Substitutionsmittel Buprenorphin. Ebenfalls aus dem MoSyD stammt die Einschätzung von Experten der Frankfurter Drogenhilfe, dass die Zahl der Anfragen wegen intensiven Cannabiskonsums unverändert hoch ist. Bei diesen Klienten sei ein vergleichsweise hoher Anteil von psychiatrischen Doppeldiagnosen zu beobachten. GHB („Liquid Ecstasy“) in Form der legal erhältlichen Vorläufersubstanz GBL hat sich offenbar in einigen Teilbereichen etabliert, wobei das konkrete Ausmaß der Verbreitung nach wie vor unklar ist. Von keinen nennenswerten Änderungen ist nach Einschätzung der befragten Experten im Hinblick auf den (Problem-)Konsum von Kokain und Ecstasy in der Frankfurter Partyszene sowie Heroin und Crack in der (offenen) Szene auszugehen. Methamphetamin ist offenbar nach wie vor in Frankfurt nicht verbreitet. In Einzelfällen scheint mittlerweile auch „Ritalin“ (Methylphenidat) als Rauschmittel verwendet zu werden. Vereinzelt wird auch der Konsum der jüngst in das BtmG aufgenommenen Drogen BZP und Salvia Divinorum berichtet.

Für die europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD) und den Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 (ESA 2006) wurden für das Bundesland Berlin eigene Berichte erstellt, die im Rahmen einer Pressekonferenz im März 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2008).

Demnach leben in Berlin gegenwärtig ca. 165.000 aktuelle Konsumenten illegaler Drogen und ca. 8.000-10.000 Opiatabhängige. Im Vergleich dazu wird die Zahl der Personen mit riskantem Alkoholkonsum mit ca. 370.000 angegeben (ca. 250.000 Männer, 125.000 Frauen). Insgesamt 37% der befragten erwachsenen Berliner berichten über Erfahrungen mit illegalen Drogen. Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung haben demnach fast 900.000 Personen in Berlin Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen.

Etwa jeder Zehnte (10,8%, ca. 260.000 Personen) gab an, in den vergangenen 12 Monaten - rund 6,9% (ca. 165.000 Personen) in den letzten 30 Tagen illegale Drogen konsumiert zu haben. Dabei ist Cannabis auch in Berlin nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Substanz: In den letzten 12 Monaten nahmen etwa 10% der Befragten Cannabis, beinahe jeder zehnte Cannabiskonsument (9,7%) gab an, in den letzten 12 Monaten täglich bzw. nahezu täglich Cannabis konsumiert zu haben. Diese Werte liegen deutlich höher als für die deutsche Gesamtbevölkerung. Für etwa 0,6% der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde eine Cannabisabhängigkeit, für 1,4% ein Cannabismissbrauch nach DSM-4 geschätzt.

Seit 2000 ist eine Stabilisierung der Konsumtrends zu verzeichnen. Bei den 15- bis 39-jährigen fanden sich in den vergangenen sechs Jahren keine bedeutsamen Veränderungen des Konsums. Beim Konsum von Amphetaminen, Opiaten und Ecstasy ergaben sich seit 1995 keine Veränderungen. Im Vergleich zu Gesamtdeutschland ist der illegale Drogenkonsum in Berlin deutlich weiter verbreitet.

Angaben über den Konsum von Methamphetaminen liegen in den gängigen epidemiologischen Studien nicht getrennt vor. Erstmals wurden im MoSyD 2007 Konsumerfahrungen mit Methamphetaminen erhoben. Sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monats-Prävalenz liegen bei den befragten Schülern bei 1% und bewegen sich damit in einem ähnlichen Bereich wie die ebenfalls vergleichsweise selten konsumierten Substanzen Opium, Heroin und GHB. Insgesamt wird jedoch davon ausgegangen, dass Methamphetamine im Vergleich zu den anderen Substanzen in Deutschland nach wie vor nicht sehr verbreitet sind. Sicherstellungen von Methamphetaminen finden sich vor allem in Bayern und Sachsen im Grenzgebiet zu Tschechien, wo es für die deutschen Abnehmermärkte hergestellt und über die Anrainergrenze in das Bundesgebiet eingeschmuggelt wird.

Methamphetamin wird in Deutschland fast ausnahmslos in kristalliner Form sichergestellt. Auch wenn die Datenlage zur Verbreitung von Methamphetaminen in Deutschland nach wie vor lückenhaft ist, gibt es immer wieder Einzelberichte, die über Folgen des Methamphetaminkonsums oder Charakteristika der Konsumenten berichten. Darüber hinaus beschäftigt sich auch der Bundesgerichtshof (BGH) im Sommer 2008 im Rahmen einer Überprüfung der existierenden Grenzwerte der "nicht geringen Menge", von der bei verschiedenen Tatbeständen des Betäubungsmittelstrafrechts die Höhe der Strafraums abhängt, mit der Substanz (Süddeutsche Zeitung 2008). Durch zwei Entscheidungen des BGH aus dem Jahr 2001 lag die Grenze bei 30 Gramm bei Methamphetaminebase oder 35 Gramm bei Methamphetaminehydrochlorid. Härtel-Petri und Kollegen (2008) berichten von einer Erhebung unter 241 ehemals stationär entgifteten Patienten. Etwa ein Drittel der Betroffenen berichtete demnach über einen intravenösen Stimulantienkonsum, das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum

von Methamphetamin betrug 17 Jahre. Die befragten – mittlerweile überwiegend abstinent lebenden – Patienten maßen vor allem den stationären Hilfsangeboten bei der (initialen) Behandlung große Wirksamkeit bei. Von Thoms (2008) liegen Informationen zum Preis von Methamphetamin vor, den er mit ca. 70 €/g beziffert, d.h. die Einzeldosis kostet zwischen 7 und 10 €. Thoms weist vor allem auf die Relevanz einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten persistierenden aggressiven Verhaltens nach Methamphetaminkonsum hin, das auch die Behandlungseinrichtungen vor neue Herausforderungen stellt. Rawson und Kollegen (2007) haben verschiedene Aspekte des Methamphetaminkonsums durch junge Menschen diskutiert. Sie betonen dabei, dass in einigen Teilen der Welt Amphetaminkonsum durch heranwachsende ein nennenswertes Problem darstellt, wobei insbesondere junge Frauen ein besonderes Risiko zur Entwicklung Methamphetamin-induzierter Probleme haben. Hierzu gehören z.B. depressive Störungen oder suizidale Ideationen. Auch riskantes Sexualverhalten, das mit Methamphetaminkonsum einhergehen kann, stellt im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten ein erhöhtes Risiko dar. Dem gegenüber steht ein sehr begrenztes Verständnis, wie Problemen, die auf Methamphetaminkonsum junger Menschen zurückgehen, am besten behandelt werden sollen.

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

Nach wie vor gehören psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen mit einer Prävalenz von etwa 5-6% zu den epidemiologisch wichtigen psychiatrischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Die große Mehrheit der Jugendlichen stellt den Substanzkonsum mit dem Übergang ins Erwachsenenalter wieder ein (Sack et al. 2008). Frühe Interventionen können helfen, die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung und damit den Einstieg in eine Suchtkarriere abzuwenden (Stolle et al. 2007). Neben der Mehrzahl der Jugendlichen, die keine persistierenden Störungen entwickelt, existiert jedoch eine relevante Gruppe, die bereits in jungen Jahren hoch problematische Konsummuster entwickelt und in zahlreichen Fällen (im späteren Verlauf) auch psychische Komorbiditäten (Störungen des Sozialverhaltens, affektive Störungen, Angststörungen) aufweist. Insbesondere für diese Klientel ist die Schaffung besonderer Behandlungsangebote, wie sie z.B. von Küstner und Kollegen (2008) beschrieben werden, notwendig. Um der späteren Entwicklung substanzbezogener Störungen bei Jugendlichen vorzubeugen, kommt der Prävention (universell und selektiv) von Nikotingebrauch bzw. -abhängigkeit offensichtlich eine Schlüsselrolle zu, da Nikotinabhängigkeit eine hohe Assoziation mit anderen Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen aufweist (Perkonig et al. 2008).

#### **Konsum legaler psychotroper Substanzen**

Ein wichtiges Ergebnis einer aktuellen Studie der BZgA aus dem Jahr 2007 (deren Ergebnisse bereits im letzten Bericht dargestellt wurden) unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren war, dass der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die regelmäßig (d.h. mindestens ein alkoholisches Getränk pro Woche) konsumieren, nach einem leichten Rückgang von 2004 bis 2005 im Erhebungsjahr 2007 wieder angestiegen ist. Dieser Anstieg ist auf den



vermehrten Konsum von Bier, bier- bzw. weinhaltigen Mischgetränken sowie Spirituosen insbesondere bei den männlichen Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren zurückzuführen. Auch der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die im letzten Monat mindestens einmal an einem Tag fünf oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke trinken (Binge-Trinken), steigt deutlich an und beträgt nun 26% (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007a). Auch aus der der HBSC-Studie stammen neuere Informationen zum Alkoholkonsum von Jugendlichen (Settortobulte & Richter 2007), die ebenfalls bereits 2007 berichtet wurden. Demnach trinken nur wenige 11- und 13-Jährige regelmäßig Alkohol. Für viele Jugendliche wird Alkoholenuss etwa ab dem 14. Lebensjahr üblich. So trinkt bereits etwa ein Viertel der 15-jährigen Jungen regelmäßig. Auffällig ist, dass im Vergleich zu früheren Erhebungen der Konsum von Spirituosen bei 15-jährigen zugenommen hat.

Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) können 38,6% der 11- bis 17-jährigen Jungen und 22,2 % der Mädchen als regelmäßige Alkoholkonsumenten bezeichnet werden (Lampert & Thamm 2007).

Zu Ergebnissen hinsichtlich des Tabakkonsums Jugendlicher aus der letzten HBSC-Studie und dem KiGGS wurde bereits im REITOX-Bericht 2007 berichtet.

Erneut bestätigt sich auch im „Hamburger Schulbus“, dass je intensiver Tabak konsumiert wird, desto stärker verbreitet auch die Erfahrungen im Umgang mit Cannabis sind: Während die Nichtraucher so gut wie keine Erfahrungen im Umgang mit Cannabisprodukten haben, geben mehr als zwei Drittel (70%) der regelmäßigen Raucher an, dass sie schon einmal Cannabis konsumiert haben. Bei mehr als einem Viertel der regelmäßigen Raucher (29%) liegt der letzte Cannabiskonsum nicht länger als 30 Tage zurück.

### **Konsum einzelner Drogen**

2007 wurden Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) vorgestellt. Demnach berichten 28% der Schüler, jemals in ihrem Leben irgendeine illegale Droge (Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack oder Heroin) probiert zu haben (Kraus et al. 2008). Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) hat sich aber seit 2003 kaum verändert (10,0% vs. 10,2%).

Von den illegalen Substanzen (außer Cannabis) wurden am häufigsten Amphetamine (6%) (mindestens einmal im Leben) probiert. Die Lebenszeitprävalenz aller anderen illegalen Drogen liegt insgesamt unter 5%, wobei der Anteil der Jungen für alle Substanzen größer ist als der Anteil der Mädchen. Von weiteren psychoaktiven Substanzen, die nicht als illegal einzustufen sind (Schnüffelstoffe, Tranquilizer/Sedativa, anabole Steroide), hatten die Jugendlichen am häufigsten Erfahrungen mit Schnüffelstoffen (12%).

Lediglich für die Substanz Gammahydroxybutyrat (GHB) ist ein deutlicher Anstieg in den Lebenszeitprävalenzen seit 2003 bei Jugendlichen aller Schulformen und in allen Bundesländern festzustellen (insgesamt: 0,3% vs. 2,2%). In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich zudem ein deutlich gesteigener Anteil an Jugendlichen mit Lebenszeiterfahrung von Amphetaminen und Kokain. Hinsichtlich legaler psychoaktiver Substanzen

sind in der aktuellen Studie für Schnüffelstoffe und anabole Steroide keine statistisch bedeutsamen Veränderungen des Anteils an Konsumenten im Vergleich zu 2003 festzustellen. Die Lebenszeitprävalenz von Tranquilizern/Sedativa ohne ärztliche Verschreibung hat sich seit 2003 von 1,5% auf 2,9% nahezu verdoppelt.

Jüngste Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativerhebung, die im Frühjahr 2007 von der BZgA unter Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren durchgeführt wurde, deuten auf einen starken Rückgang des Cannabiskonsums in dieser Altersgruppe hin. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden bereits 2007 berichtet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007b).

Auch in der ESPAD hat der Anteil der Cannabiskonsumenden gegenüber der letzten ESPAD-Erhebung von 2003 deutlich abgenommen. Von 2003 auf 2007 sank die Lebenszeitprävalenz von 31% auf 25%, die 12-Monats-Prävalenz von 25% auf 17% und die 30-Tage-Prävalenz von 14% auf 8%. Der Anteil weiblicher Cannabiskonsumenden ging dabei stärker zurück als der Anteil männlicher Konsumenten. Dieser rückläufige Trend des Cannabiskonsums lässt sich in allen teilnehmenden Bundesländern und über alle Schulformen hinweg beobachten. Es berichteten aber nach wie vor mehr Jungen als Mädchen von einem mindestens einmaligen Cannabiskonsum im Leben (30% vs. 21%), in den letzten 12 Monaten (22% vs. 13%) und in den letzten 30 Tagen (11% vs. 5%) vor der Befragung. Verglichen mit den relativ hohen Erfahrungswerten mit dem Konsum von Cannabis war eine häufigere Einnahme dieser Substanz eher selten. In den letzten 30 Tagen gaben 3% der Jugendlichen an, öfter als einmal pro Woche Cannabis konsumiert zu haben. Cannabismissbrauch wurde mittels des Cannabis Abuse Screening Tests (Legleye et al. 2007) erfasst. Demnach zeigten Jungen (1,6%) ein viermal höheres Missbrauchsverhalten für Cannabis als Mädchen (0,4%). Insgesamt wiesen 1,0% der Befragten einen Cannabismissbrauch nach den Kriterien des CAST auf. Von allen 12-Monats-Konsumenten gaben 8% an, dass Freunde und Mitglieder der Familie sehr oft dazu geraten haben, den eigenen Cannabiskonsum zu reduzieren. Die Jugendlichen erwarteten infolge von Cannabiskonsum vor allem Effekte auf ihr soziales Kontaktverhalten oder eine stimulierende Wirkung.

Die Ergebnisse der aktuellen im Rahmen des MoSyD durchgeführten Schülerbefragung zeigen beim Cannabiskonsum im Jahr 2007 keinerlei auffällige Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren. Allerdings ist die berichtete Lebenszeitprävalenz der Befragten erneut zurückgegangen, so dass seit 2002 ein kontinuierlich rückläufiger Trend zu beobachten ist. Die 30-Tages-Prävalenz des Cannabiskonsumes hat sich 2004 praktisch nicht verändert, die 12-Monats-Prävalenz hat seit 2005 leicht abgenommen (Abbildung 2.1).

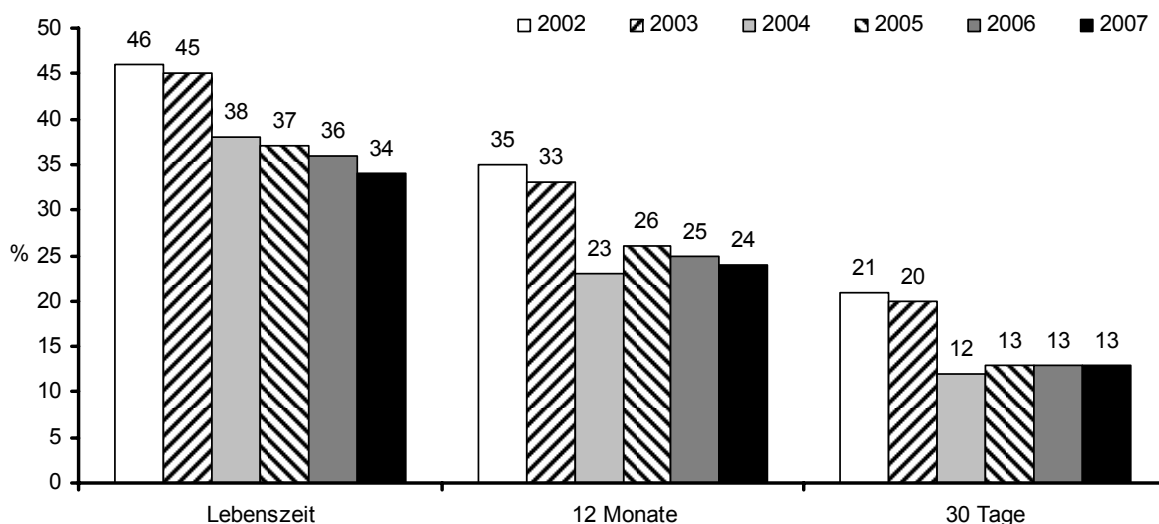


Abbildung 2.1 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2007 (MoSyD)

Nahezu unverändert ist in Frankfurt auch das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum, das im Berichtsjahr 2006/2007 bei 14,6 Jahren liegt und damit praktisch identisch mit den Ergebnissen aus dem „Hamburger Schulbus“ ist (siehe unten). Im Hinblick auf die Prävalenzraten der anderen illegalen Drogen (außer Cannabis) ist ebenfalls seit 2004 sowohl bei der Lebenszeit- als auch bei der 12-Monats-Prävalenz keine auffällige Veränderung bei der befragten Frankfurter Schülerklientel zu beobachten. Praktisch nicht verändert hat sich auch die 30-Tages-Prävalenz seit der ersten Erhebung im Jahr 2002 (Abbildung 2.2). Die seit 2002 insgesamt signifikant rückläufigen Lebenszeit und 12-Monats-Prävalenzen der illegalen Drogen (außer Cannabis) sind vor allem auf Rückgänge beim Konsum psychoaktiver Pilze und Ecstasy zurückzuführen.

Erste Ergebnisse aus dem „Hamburger Schulbus“ zeigen auch hier, dass insbesondere der Konsum von Cannabis innerhalb der befragten Population im Vergleich zu den Vorjahren spürbar zurückgegangen ist und das Alter des Erstkonsums von Cannabis im Vergleich zum Vorjahr wieder ansteigt. Seit 2004 ist die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums in Hamburg bei den männlichen Befragten von 22% auf 13%, bei den Mädchen und jungen Frauen von 13% auf 7% gesunken (Abbildung 2.3). Die Lebenszeitprävalenzen sanken im selben Zeitraum von 46% auf 33% (Jungen und junge Männer) bzw. 35% auf 22% (weibliche Befragte) (Baumgärtner 2008).

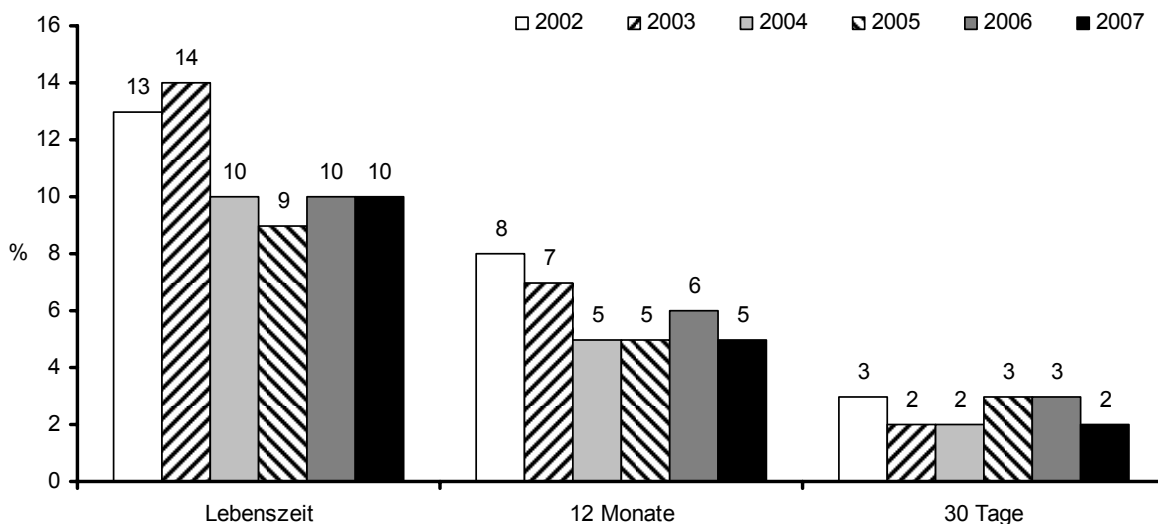


Abbildung 2.2 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2007 (MoSyD)

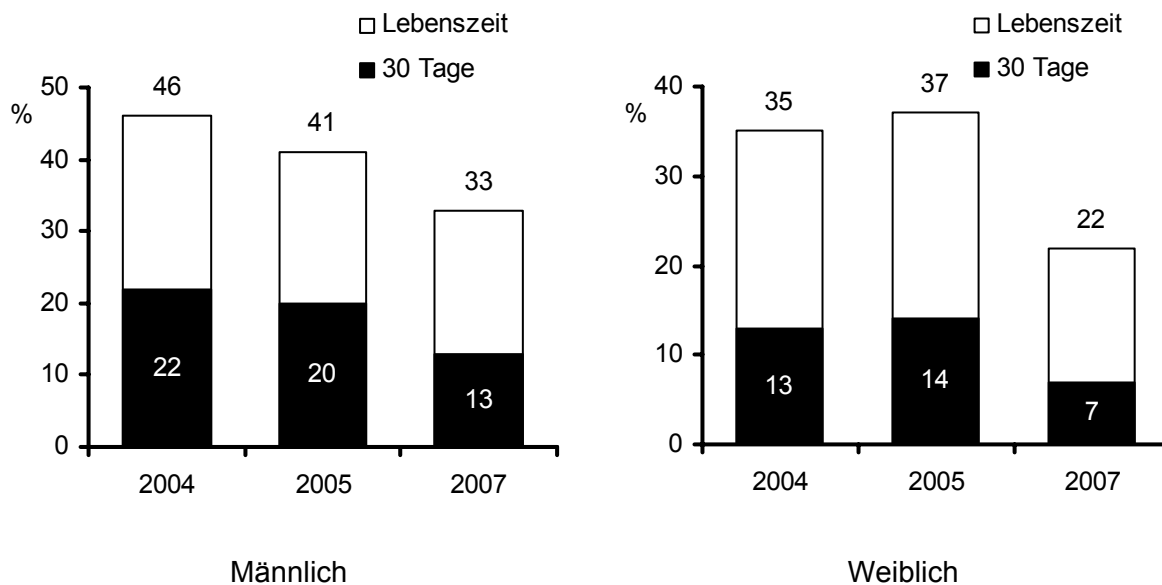


Abbildung 2.3 Lebenszeit- und 30-Tage Prävalenz des Cannabiskonsums bei Hamburger Jugendlichen 2004-2007

Aus dem „Hamburger Schulbus“ liegen auch Anzeichen dafür vor, dass auch der riskante Cannabiskonsum<sup>8</sup> zurückgeht. Allerdings liegt der sich abzeichnende rückläufige Trend des Anteils der riskant konsumierenden Jugendlichen (2004: 5,6%, 2007: 4,0%) im statistischen

<sup>8</sup> Definiert als: (Mehr als 25-maliger Gebrauch *und* letzter Konsum in der vergangenen Woche *und* Konsum auch im schulischen Kontext sowie allein zu Haus) *oder* (tägliches Konsum).

Zufallsbereich. Im Vergleich zu dem Ergebnis des Vorjahres signifikant gestiegen ist jedoch das Alter des Erstkonsums von Cannabis von 14,0 Jahren (2005) auf 14,5 Jahre (2007).

Präventive Maßnahmen, die sich insbesondere an Cannabiskonsumenten wenden, sollten das Ziel haben, insbesondere den ersten Gebrauch der Substanz möglichst weit hinauszuzögern und das Ausmaß der gemachten Erfahrungen mit Cannabis zu reduzieren, da diese Faktoren eine wichtige Rolle im Hinblick auf die weitere Entwicklung persistierenden Cannabiskonsums und möglicher späterer Abhängigkeitsentwicklungen spielen (Perkonigg et al. 2008).

Im Jahr 2007 ist ein Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein erschienen (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2007; Robert Koch-Institut 2007b), der auf einer Landesauswertung des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys (KiGGS) basiert. Insgesamt hat fast jeder Zehnte der Befragten in Schleswig-Holstein (10,6%) in den letzten 12 Monaten mindestens einmal wenigstens Cannabis, Ecstasy, Aufputzmittel, Medikamente oder Leim/Lösungsmittel konsumiert. Insbesondere vom 13. zum 14. vollendeten Lebensjahr ist eine sprunghafte Zunahme der Drogenerfahrung zu verzeichnen. In diesem Alter gibt es erstmals eine größere Gruppe von Jugendlichen, die Drogen probiert hat. Insgesamt ist auch in Schleswig-Holstein von dem im KiGGS erfragten Substanzen Cannabis das mit Abstand am häufigsten genutzte Rauschmittel. 9,3% der im KiGGS Schleswig-Holstein Befragten gaben an, innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Dieser Wert ist praktisch identisch mit dem Bundesdurchschnitt (Lampert & Thamm 2007). Wie auch aus anderen Studien bekannt, ist der Anteil der Jungen, der in den letzten 12 Monaten „oft“ Cannabis konsumiert hat, mit 1,9% deutlich höher als der der Mädchen (0,5%). Alle anderen Substanzen haben vergleichsweise geringe Bedeutung. Der Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Ecstasy oder Aufputzmittel wie Amphetamine und „Speed“ konsumiert haben, liegt noch unterhalb des Vergleichswertes für Leim oder Lösungsmittel (knapp 1%) und ist damit vergleichbar mit den Ergebnissen der Bundesauswertung, die im REITOX-Bericht 2007 vorgestellt wurden. Diese geringen Prävalenzen können auch darauf zurückzuführen sein, dass die Befragten relativ jung sind, denn nach den Ergebnissen der letzten Drogenaffinitätsstudie der BZgA liegt das durchschnittliche Erstkonsumalter bei 17,3 Jahren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004).

In Ergänzung zu den bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellten Gesamtergebnissen der HBSC-Studie liegt mittlerweile auch eine Auswertung dieser Studie für das Bundesland Nordrhein-Westfalen vor. 19% der befragten Jungen und 12% der Mädchen in der 9. Jahrgangsstufe gaben an, jemals in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben. Diese Zahlen sind nahezu deckungsgleich mit den Ergebnissen für die Gesamtauswertung der HBSC (die auf Daten von 5 Bundesländern beruht).

Ein vergleichbares Bild zeigt sich für den Cannabiskonsum im letzten Jahr: 14% der Jungen und 9% in Nordrhein-Westfalen haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindes-

tens einmal Cannabis konsumiert. Die schulformspezifischen Unterschiede sind für diesen Indikator etwas schwächer ausgeprägt. (Richter et al. 2008).

### Gesamtbetrachtung und Trends

Ein wichtiges bisher vorliegendes Ergebnis aus dem aktuellen „Hamburger Schulbus“ ist, dass der Konsum von Rauschmitteln innerhalb der befragten Population (14- bis 18-jährige Schüler) im Vergleich zu den Vorjahren insgesamt spürbar zurückgegangen ist (Baumgärtner 2008) (Abbildung 2.4).

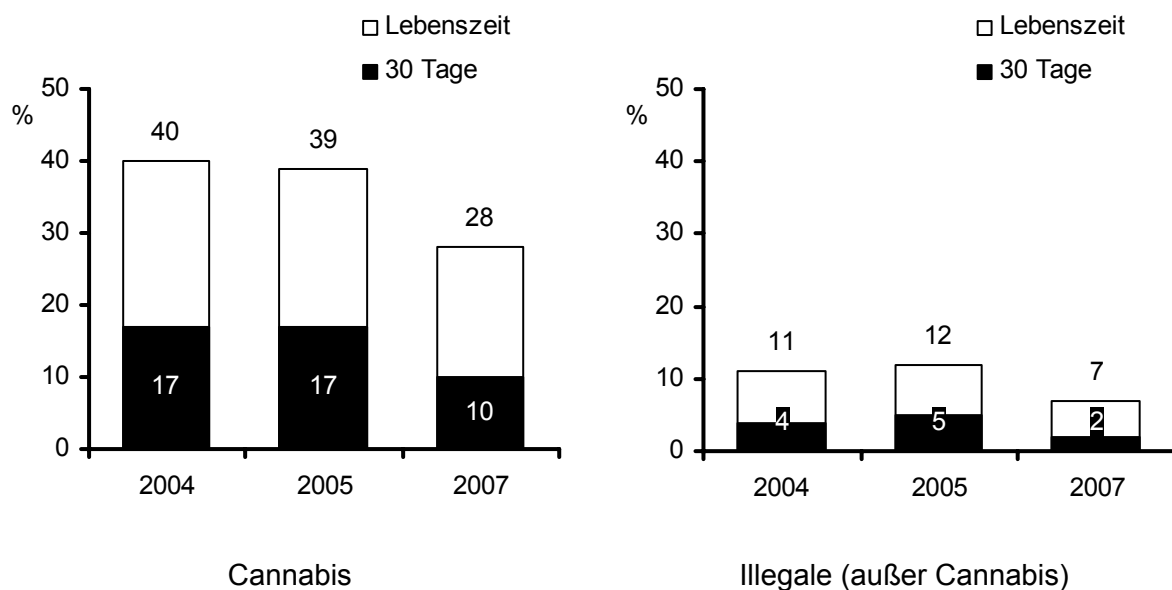


Abbildung 2.4 Lebenszeit- und 30-Tage Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen (außer Cannabis) bei Hamburger Jugendlichen 2004-2007

Die Bedeutung des Peergroup-Verhaltens als Motiv für den Cannabiskonsum ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken. Unverändert ist das am häufigsten genannte Motiv für den (initialen) Konsum von Cannabis die Neugier auf dessen Wirkung. Die im Umgang mit Haschisch und/oder Marihuana eher erfahrenen Konsumenten nutzen Cannabis nach eigenen Aussagen vor allem zur gezielten Beeinflussung ihrer körperlichen und psychischen Befindlichkeiten. Auch beim Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis ergeben sich gegenüber den Vorjahresehebungen signifikante Rückgänge, die in allen unterschiedlichen Altersgruppen zu beobachten sind.

Im KiGGS Schleswig-Holstein zeigten sich hinsichtlich der Drogenerfahrungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und bezüglich des sozialen Status. Tendenziell haben aber Befragte aus schleswig-holsteinischen Familien mit hohem sozialen Status häufiger Drogenerfahrungen angegeben als Kinder und Jugendliche, die aus Familien mit niedrigem Status stammen. Differenzierte Analysen der Bundesergebnisse des KiGGS nach Sozialstatus, Schultyp, Migrationshintergrund und Wohnregion haben lediglich Unter-

schiede für eine häufigeren Gebrauch von Cannabis bei Jungen, die auf eine Gesamtschule gehen, im Vergleich zu denen, die ein Gymnasium besuchen, feststellen können.

Bezogen auf den Cannabiskonsum kommt die Teilauswertung Nordrhein-Westfalen der HBSC zu dem Ergebnis, dass Schüler an Gymnasien die geringsten Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben (Abbildung 2.5).

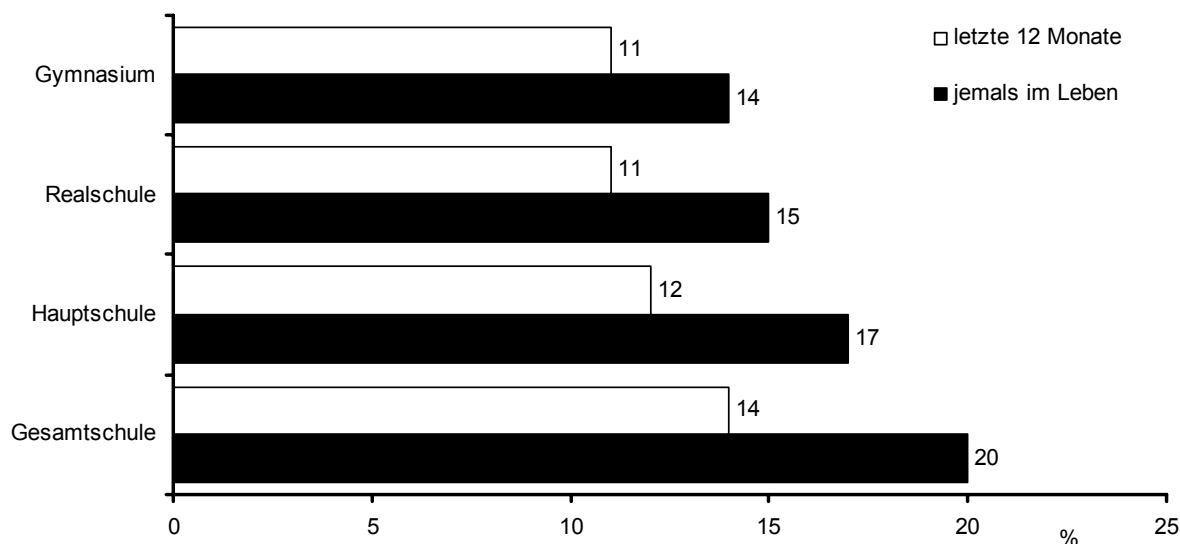


Abbildung 2.5 Cannabiskonsum nach Schultyp, Ergebnisse der HBSC Nordrhein-Westfalen

In der ESPAD wiesen Schüler von Gesamtschulen die höchste Lebenszeitprävalenz für irgendeine illegale Droge auf (Kraus et al. 2008). Haupt- und Realschüler (jeweils 28%) und Gymnasiasten (26%) hatten etwas seltener Erfahrungen mit illegalen Drogen. Unter Gesamtschülern fand sich der größte Anteil an Jugendlichen mit mindestens einmaligem Konsum von Amphetaminen (7%) und halluzinogenen Pilzen (6%). Ebenso hatten Gesamtschüler ein deutlich höheres Cannabismissbrauchsverhalten als die Schüler anderer Schulformen. Hauptschüler berichteten häufiger als Schüler anderer Schulformen den Konsum von Ecstasy und Kokain (jeweils 6%) mindestens einmal im Leben.

Richter und Leppin (2008) haben aktuelle alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen zum Cannabiskonsum untersucht und Entwicklungen im Zeitraum von 1994 bis 2006 dargestellt. Die Daten stammen aus den nordrhein-westfälischen Teilsurveys der HBSC-Studien der Jahre 1994, 1998, 2002 und 2006. Insgesamt konnten die Daten von 15.729 Schulkindern im Alter von 11 bis 15 Jahren in die Trendanalysen einbezogen werden. Neben Informationen zum Alkohol- und Tabakkonsum liegen auch Daten zum Cannabiskonsum dieser Population vor, der jedoch ausschließlich in der Gruppe der 15-jährigen erfasst wird. Aufgrund fehlender Werte lassen sich Trendanalysten lediglich für die 12-Monats-Prävalenz machen, da dieser Indikator seit 1998 in der HBSC-Studie verwendet wird. Vergleichbar mit den auch in anderen epidemiologischen Studien berichteten Ergebnissen stieg von 1998 bis 2002 die Prävalenz des Cannabiskonsums bei den 15-jährigen Jungen signifikant um etwa

18% auf etwa 23% an. Anschließend sanken die Raten dann von 2002 auf 2006 wieder deutlich ab und zwar unter den Wert von 1998 (14%). Bei den Mädchen hingegen zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang von 15% im Jahr 1998 auf 9% im Jahr 2006. Ein ähnliches Muster war bei den Jungen auch für Tabak- und Alkoholkonsum zu beobachten.

Tabelle 2.4 und Tabelle 2.5 fassen für illegale Drogen insgesamt bzw. für Cannabis die Ergebnisse der neuesten vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums bei Jugendlichen noch einmal zusammen. Beim Vergleich der Werte ist zu beachten, dass die befragten Altersgruppen nicht identisch sind. Es ist auch zu beachten, dass ESPAD und HBSC nur in einigen der 16 Bundesländer durchgeführt wurden, was ebenfalls eine Ursache für Verzerrungen sein kann. Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen können auch z.B. auf unterschiedliche Methoden (Telefon- vs. face-to-face Interviews) oder verschiedene Formulierungen in den Fragebögen zurück zu führen sein.

Tabelle 2.4 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Alters- gruppe	Region	Zeitraum		
				30 Tage <sup>1)</sup>	12 Monate	Lebens- zeit
BZgA	2004	12-15	National	1,3%	5,5%	7,8%
BZgA	2004	16-17	National	5,2%	20,8%	32,2%
BZgA	2004	18-19	National	6,0%	20,0%	36,0%
ESPAD <sup>2)</sup>	2007	15-16	7 Länder			27,7%
ESPAD	2003	15-16	6 Länder	15,0%	26,0%	33,0%
MoSyD <sup>3)</sup>	2007	15-18	Frankfurt	2%	5%	10%
Schulbus <sup>3)</sup>	2007/08	14-18	Hamburg	2%		7%
Schulbus <sup>3)</sup>	2005	14-18	Hamburg	5%		12%
Schulbus <sup>3)</sup>	2004	14-18	Hamburg	4%		11%

1) BZgA ("gegenwärtiger Konsum" = 30 Tage); Schulbus („aktueller Konsum“ = 30 Tage).

2) 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.

3) Berücksichtigt sind illegale Drogen mit Ausnahme von Cannabis



Tabelle 2.5 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage <sup>1)</sup>	12 Monate	Lebenszeit
HBSC <sup>2)</sup>	2006	15	5 Länder	7,1/4,3		18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		18,0	24,0
KiGGS <sup>2)</sup>	2003-2006	11-17	National		9,2/6,2	
BZgA	2007	12-19	National	3,4 (2,3) <sup>3)</sup>	8,0	15,1
BZgA	2004	12-19	National	(2,3) <sup>3)</sup>	12,1	21,3
ESPAD <sup>4)</sup>	2007	15-16	7 Länder	8,1	17,2	25,2
ESPAD	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	13	24	34
Schulbus	2007/08	14-18	Hamburg	10 <sup>5)</sup>		28 <sup>5)</sup>
Schulbus	2005	14-18	Hamburg	17,1		39,1
Schulbus	2004	14-18	Hamburg	17,3		40,3

1) BZgA (30 Tage = "gegenwärtiger Konsum"), Schulbus („aktueller Konsum“ = 30 Tage).

2) HBSC (2006) und KiGGS: Erster Wert: Jungen, zweiter Wert: Mädchen.

3) In Klammern: Regelmäßiger Konsum (> 10 Mal im letzten Jahr).

4) 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.

5) Vorläufige Daten.

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

## 2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

### Aussiedler und Migranten

Drogenabhängigkeit steht bei Migranten in Deutschland an dritter Stelle psychischer Störungen. Noch häufiger treten psychosomatische und depressive Syndrome auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen haben eine niedrigere Inzidenz als Drogenabhängigkeit (Collatz 2001). Die jugendlichen russlanddeutschen Spätaussiedler in Deutschland bilden eine besondere soziale Risikogruppe, die überproportional häufig desintegrierte Lebensläufe aufweist, einschließlich Suchtverhalten und Devianz.

So berichten Härtel-Petri und Kollegen (2007) von den außerordentlich großen Schwierigkeiten, insbesondere Opiatabhängige aus der Gruppe der Aussiedler zu einer regulären Substitution zu motivieren. Der Erfahrung der Autoren nach sucht sich ein erheblicher Teil der Betroffenen im Verlauf der Behandlung vorzugsweise Substitutionsärzte, die Take-home-Dosen verschreiben, statt auf einer Einnahme unter täglicher Sichtkontrolle in einer Substitutionsambulanz zu bestehen. Ein erstaunliches Ergebnis der Analyse der Autoren war, dass

ein hoher Prozentsatz der zum Teil langjährig substituierten Patienten mit Migrationshintergrund noch nie auch nur eine einzige Entgiftung oder eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt hatte, obwohl sie bereits seit mehreren Jahren substituiert waren.

Nach wie vor stellt der Zugang zu Migranten, die entsprechende Versorgungseinrichtungen häufig nur vermittelnd in Anspruch nehmen, eine besondere Herausforderung dar. Auch Walter & Kollegen (2007) betonen die Notwendigkeit, sich mit den speziellen gesundheitlichen und psychischen Problemen von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland auseinanderzusetzen und weisen auf ein Projekt hin, dass derzeit vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit dem Fokus auf Abhängigkeitserkrankungen die Effektivität und Kosten des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater untersucht. Die Autoren betonen, dass muttersprachliche Mediatoren in der präventiven - aber auch in der kurativen Versorgung helfen können, Barrieren zu überwinden und den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern.

In einem Beitrag zur Behandlungsprognose suchtkranker delinquenter Aussiedler kommt Hoffmann (2007) aber zu dem Schluss, dass bei Vorliegen entsprechender Rahmenbedingungen die Behandlungsprognose dieser Gruppe zumindest im Verlauf der Entzugsbehandlung nicht notwendigerweise schlechter sein muss, als die einer vergleichbaren einheimischen Klientel. Diese Ergebnisse basieren auf den Erfahrungen einer forensischen Abteilung, in der die Aussiedler durch die therapeutische Gemeinschaft mit hochfrequenter Gruppentherapie, intensiver Arbeit und zügiger Orientierung an der externen Lebenswelt behandelt werden.

Neben Sprachbarrieren und möglichen Ängsten vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen wurden dafür auch kulturelle Unterschiede verantwortlich gemacht. Untersuchungen, die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen untersucht haben, bestätigen die Annahme kultureller Unterschiede in den Erklärungsmodellen abhängigen Verhaltens, die zu Verständigungsproblemen mit den Mitarbeitern der Versorgungseinrichtungen führen können (Heimann et al. 2007; Penka et al. 2008). Die im Vergleich zu Deutschen geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Betroffene mit einem Migrationshintergrund beruht demnach auch auf einem unterschiedlichen konzeptuellen Verständnis von „Abhängigkeit“ und den im gegebenen Fall aufzusuchenden Hilfestrukturen. Auch ist die Übersetzung medizinischer oder die von Alltagskonzepten jenseits einer reinen sprachlichen Übersetzung nicht ohne Berücksichtigung des jeweiligen kulturellen Kontextes, der mit den entsprechenden Begriffen verbunden ist, möglich.

### **Kinder suchtkranker Eltern**

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) haben Arenz-Greiving und Kober (2007) eine Metastudie zur Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern erstellt. Basierend auf einer Vielzahl praktischer Erfahrungen insbesondere in der ambulanten Arbeit, haben sie eine Reihe von Empfehlungen zu Eckpunkten weiterer Modellvorhaben entwickelt. Die Autoren weisen darauf hin, dass es sich bei den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit

der Umsetzung dieser Projekte in den meisten Fällen eher um ein Umsetzungs- und Vollzugsproblem handelt als dass weitere grundsätzliche Untersuchungen erforderlich erscheinen. Die Empfehlungen erstrecken sich auf Umfang, strukturelle Voraussetzungen, inhaltliche Anforderungen sowie die Entwicklung und Erprobung eines Basismoduls. Dabei wird z.B. auf Konzeption, Didaktik und Zeitrahmen zur Implementierung eines präventiv wirkenden familienorientierten Beratungsangebotes eingegangen.



## **3 Prävention**

### **3.1 Übersicht**

Die in der EU-Drogenstrategie 2005-2012 beschriebenen Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden in Deutschland konsequent umgesetzt. Der Gesundheitsschutz und die Prävention haben dabei weiterhin Priorität.

Grundlage der deutschen „Drogen- und Suchtpolitik“ ist der geltende „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Zur Umsetzung und Koordinierung der dort enthaltenen Ziele aus dem Bereich Prävention unterbreitet die durch den Drogen- und Suchtrat eingesetzte Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“ Vorschläge für entsprechende Strategien und Maßnahmen. Die Arbeitsgruppe hat sich 2007 und Anfang 2008 intensiv mit der Erarbeitung und Abstimmung von „Nationalen Aktionsprogrammen“ zur Tabak- und zur Alkoholprävention beschäftigt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008a).

Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen wurden im Jahr 2007 eine Reihe struktureller Ansätze (Piontek et al. 2007) erfolgreich umgesetzt, insbesondere im Bereich der legalen Suchtstoffe. Zu verhältnispräventiven Maßnahmen zählen bspw. gesetzgeberische Regelungen zur Reduzierung des Konsums wie eine Einflussnahme auf den Preis, die Verfügbarkeit durch die Anzahl der Verkaufsstellen, das Abgabalter, Abgabezeiten, Lizenzen und Werbeverbote. In 2007 wurden vor allem für den Bereich Tabakprävention bzw. den Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens unterstützende strukturelle Rahmenbedingungen entwickelt und umgesetzt. Als Beispiele sind die Anhebung der Altersgrenze für das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre sowie das Inkrafttreten von Nichtraucherschutzgesetzen auf Bundes- und Landesebene zu nennen.

Neben Aktivitäten aus dem Bereich der „Universellen Prävention“, die sich an die Allgemeinbevölkerung wenden, werden verstärkt Maßnahmen für Risikogruppen wie beispielsweise „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ oder „Jugendliche mit Cannabiskonsum“ konzipiert und realisiert.

### **Schwerpunkte der Prävention**

Bund und Länder legen den Schwerpunkt auf die Tabak-, Alkohol- und Cannabisprävention. Hinzu kommt seit 2006 der neue Schwerpunkt: Prävention des Pathologischen Glücksspiels. Am 28. März 2006 hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur Aufrechterhaltung

des staatlichen Glücksspielmonopols<sup>9</sup> Bedingungen für eine konsequente und glaubhafte Erfüllung der staatlichen Suchtprävention gesetzt.

Diese Bedingungen sind auch Bestandteil des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen<sup>10</sup>, welcher am 01. Januar 2008 in Kraft getreten ist. Die Zweckbindung der Gewinne aus dem staatlichen Glücksspiel wurde im Staatsvertrag um verbindliche Maßnahmen zur Suchtprävention ergänzt. Die Landeslotteriegesellschaften haben im Staatsvertrag über die Ausführungsgesetze die Aufgabe, Sozialkonzepte zu erarbeiten, die ein bundesweit zur Verfügung stehendes, aktives Angebot zur Suchtprävention im Rahmen eines bundesweiten Gesamtkonzepts gewährleisten. Drei Jahre nach Inkrafttreten des Staatsvertrages wird dieser durch die Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder unter Mitwirkung eines Fachbeirats evaluiert.

Um die Anforderungen zu erfüllen, die das Bundesverfassungsgericht in seinem o.g. Urteil zur Aufrechterhaltung des staatlichen Wettmonopols definiert hat, ist im Jahr 2007, basierend auf einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Deutschen Lotto- und Totoblock und der BZgA, eine nationale Dachkampagne zur Prävention von Spielsucht bzw. missbräuchlichem Spielverhalten entwickelt und realisiert worden. Ziel dieser Kampagne ist es, bundesweit eine gleichmäßig hohe Qualität in der Prävention von Glücksspielsucht bzw. problematischem Spielverhalten sicherzustellen (für eine ausführlichere Beschreibung des Maßnahmenpakets siehe Kapitel 1, Seite 17, Aktivitäten der BZgA). Die Kampagne wird ergänzt um Maßnahmen auf Länderebene. Hierzu zählen beispielsweise Schulungen von Personal in Lotto-Annahmestellen und der Aufbau von regionalen Beratungseinrichtungen zum Thema „Glücksspielsucht“.

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

Bedingt durch die föderale Struktur und das Prinzip der Subsidiarität in Deutschland ist die praktische Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen auf eine Vielzahl von Akteuren auf lokaler, regionaler und Bundesebene verteilt. Um einen wechselseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den unterschiedlichen Ebenen zu gewährleisten, sind entsprechende Schnittstellen und Strukturen entwickelt worden. So wurde bereits zum Beginn der 1990er-Jahre der BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention gegründet, dessen vornehmliche Aufgabe in der Qualitätsverbesserung und Koordinierung der Suchtprävention zwischen den für die Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA liegt.

---

<sup>9</sup> Das Glücksspielmonopol bezeichnet im allgemeinen Sprachgebrauch die staatliche Verfügungsgewalt über öffentlich zugängliche Spiele um Vermögenswerte. Das Bundesverfassungsgericht spezifizierte das staatliche Glücksspielmonopol in seiner Entscheidung vom 28. März 2006 (1 BvR 1054/01). Demnach stellt ein staatliches Monopol für Sportwetten einen Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit privater Wettanbieter dar und ist nur durch eine konsequente und glaubhafte Erfüllung der staatlichen Suchtprävention zu rechtfertigen. Kritisch sieht das Bundesverfassungsgericht deshalb den Ausschluss privater Anbieter von Wett- und Glücksspielen durch den Staat bei gleichzeitiger Bewerbung von Sportwetten beispielsweise durch den staatlich lizenzierten Anbieter ODDSET.

<sup>10</sup> GVBI 2007, S. 906

Im Rahmen strukturbildender Maßnahmen sind in den letzten Jahren zusätzlich computer- und internetgestützte Systeme zur Kooperation und Schaffung besserer Voraussetzungen in der Suchtprävention geschaffen worden. Hier ist zunächst das Dokumentationssystem „Dot.sys“ zu nennen, welches der Erfassung und dem Monitoring suchtpreventiver Aktivitäten in Deutschland dient. Für Experten der Suchtvorbeugung wurde das Fachportal „Prev-Net“ ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)) entwickelt. Bei beiden Systemen, die nachfolgend skizziert werden, handelt es sich um Kooperationsprojekte zwischen der BZgA und den Ländern.

Im Rahmen von Dot.sys erheben hauptamtlich in der Suchtprävention tätige Fachkräfte aus Beratungs- und Fachstellen, Ämtern, Vereinen, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer ihre Aktivitäten über ein elektronisches Erfassungssystem. Im Jahr 2007 dokumentierten mehr als 350 Fachkräfte (ca. 75 % aller hauptamtlich in der Suchtprävention tätigen Fachkräfte) ca. 31.000 Maßnahmen. Die Aussagekraft der über das Dokumentationssystem erhobenen Daten wird durch die z.T. noch deutlich unterschiedlichen Beteiligungsquoten der einzelnen Bundesländer reduziert. Die Ergebnisse der jährlich vorgenommenen Datenauswertungen können somit nicht den Anspruch erfüllen, ein vollständiges Abbild der über hauptamtliche Fachkräfte umgesetzten suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland zu liefern. Für die nächsten Jahre ist eine weitere Vervollständigung und Fortsetzung der Dokumentation geplant. Ein wichtiges Augenmerk wird dabei auf die Angleichung der unterschiedlichen Beteiligungsquoten der einzelnen Bundesländer gelegt.

Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Ergebnisse der Dot.sys-Erhebung aus dem Jahr 2007 zusammengefasst werden.

- 50% aller über Dot.sys erfassten Suchtpräventionsaktivitäten richten sich an Multiplikatoren, weitere 42% an Endadressaten. 7% der Einträge sind dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuzuordnen. Diese Verteilung der Hauptzielgruppen der Suchtpräventionspraxis ist in den Jahren der Erhebung über Dot.sys (2005 bis 2007) weitestgehend stabil geblieben.
- Am häufigsten wird den dokumentierten Maßnahmen das Setting Schule zugewiesen (38% aller Einträge)<sup>11</sup>. Entsprechend lassen sich Schüler als die am häufigsten genannte Endadressatengruppe identifizieren. Jede dritte Maßnahme für Multiplikatoren richtet sich zudem an Lehrkräfte. Als wichtigste außerschulische Arbeitsfelder stellen sich das „Gesundheitswesen“ sowie der Bereich „Jugendarbeit“ heraus.
- Der Aktionsplan „Drogen und Sucht“ benennt „Kinder und Jugendliche“ als Hauptzielgruppe von Suchtprävention. Diese Schwerpunktsetzung spiegelt sich auch in der über Dot.sys dokumentierten Praxis der Suchtprävention in Deutschland wider. 60% aller

---

<sup>11</sup> Durch eine Umstellung der Erfassungsregel auf dieser Dokumentationsebene bietet sich ein Vergleich der Prozentwerte zu den Vorjahren nicht an.

Maßnahmen für Endadressaten beziehen Kinder und Jugendliche bis 17 Jahren<sup>12</sup> ein. Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren werden dabei am häufigsten über entsprechende Projekte erreicht (49%).

- 50% der Maßnahmen ist ein vorwiegend substanzspezifischer Ansatz zugeordnet worden. Verhaltenssüchte bilden den thematischen Schwerpunkt von 7% aller dokumentierten Aktivitäten. Bei 43% aller Maßnahmen steht eine Vermittlung von Informationen zu Suchtmitteln im Vordergrund. Am häufigsten wird das Suchtmittel „Alkohol“ thematisiert (70% aller Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug). Es folgen Cannabis (43%) und Tabak (39%).
- Die „Vermittlung von Informationen“ bzw. die „Bildung kritischer Einstellungen“ bilden die Konzeptbasis der meisten Maßnahmen (74% aller Einträge). Bei Aktivitäten für die Zielgruppe „Multiplikatoren“ sind zudem „Strukturgestaltung“ (55%) sowie „Kompetenzförderung“ (40%) besonders relevant. Direkt an Endadressaten gerichtete Maßnahmen setzen besondere Schwerpunkte bei der Kompetenzförderung sowie der Normenbildung (36%).
- Ein knappes Drittel (29%) der Suchtpräventionsaktivitäten wird einer Evaluation unterzogen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um eine interne Evaluationsmaßnahme.

Das Fachportal „PrevNet“ ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)) dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien. Ca. 850 Fachkräfte aus über 560 Einrichtungen der Suchtprävention sind Mitglieder des Portals. Über 350 Projekte sowie Materialien und über 80 Studien sind in dem Portal zu finden. Im interaktiven Bereich haben sich viele Fachkräfte in mehr als 60 (länderübergreifenden) Internearbeitsgruppen auf PrevNet vernetzt. Im Zuge der Weiterentwicklung soll in 2008 ein umfangreicher E-Learning-Bereich zur Schulung der PrevNet-Mitglieder implementiert werden.

### 3.2 Universelle Prävention

Abbildung 3.1 zeigt die Verteilung der im Jahr 2007 über Dot.sys erfassten Präventionsaktivitäten nach Settings<sup>13</sup>. Es ist festzustellen, dass das Arbeitsfeld „Schule“, ebenso wie in den Jahren 2005 und 2006, am häufigsten genannt wird<sup>14</sup>. An zweiter Stelle folgen Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitswesen, die im Vorjahr noch auf dem dritten und in 2005 auf dem vorletzten Rang lagen. Diese Entwicklung legt die Schlussfolgerung nahe, dass die

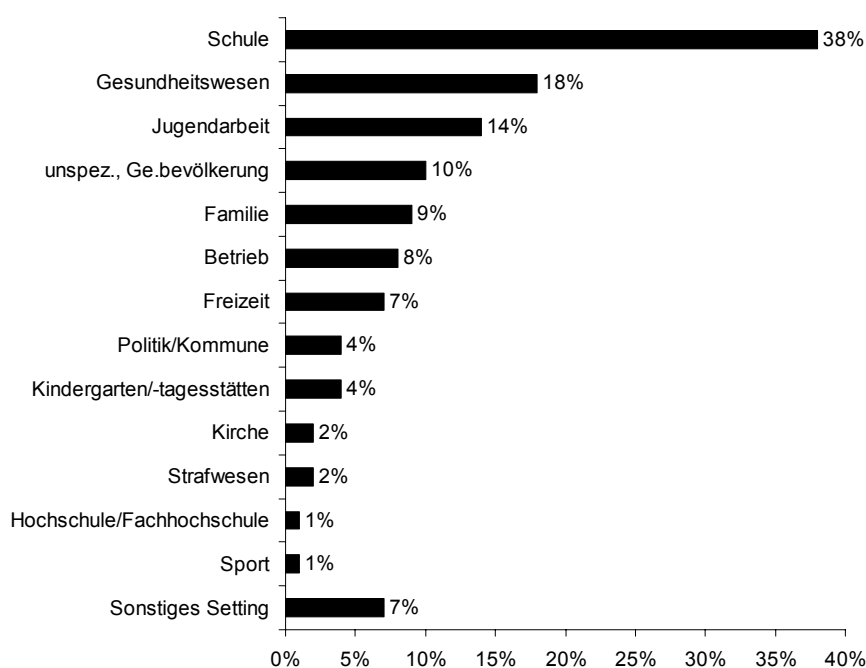
<sup>12</sup> Hierbei sind Maßnahmen für „Kinder bis 13 Jahren“ und/oder „Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren“ berücksichtigt. Die Erfassungsebene „Alter“ erlaubt Mehrfachnennungen.

<sup>13</sup> Durch eine Veränderung der Erfassungsregel auf der Dokumentationsebene „Setting“ sowie eine Aufnahme neuer Antwortkategorien lassen sich die Prozentwerte nicht direkt mit den Ausprägungen der Vorjahre vergleichen.

<sup>14</sup> Da bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich sind, weist ein Teil der Maßnahmen neben der Schule auch andere Setting-Bezüge auf. Es handelt sich also nicht um den Anteil rein schulischer Maßnahmen. Dieser liegt bei 33 %.



Bedeutung dieses Arbeitsfeldes für die Suchtprävention offensichtlich zugenommen hat. 14% aller Maßnahmen sind dem Setting Jugendarbeit zugeordnet worden.



Basis: 31.441 (2007) Maßnahmen; Prozente; Mehrfachnennungen möglich.

Abbildung 3.1 Settings von Präventionsmaßnahmen (Dot.sys)

### 3.2.1 Schule

In der Expertise von Bühler & Kröger (2006) wird die Schule als ein „hervorragendes Setting, um Kinder und Jugendliche zu erreichen und Programme mit ihnen durchzuführen“ beschrieben. Auch im Rahmen der Dot.sys- Dokumentation kommt diesem Arbeitsfeld, wie oben beschrieben<sup>15</sup>, eine besondere Bedeutung zu. 38% aller Suchtpräventionsaktivitäten sind im Setting Schule angesiedelt.

Hier ist eine Vielzahl von Programmen zu nennen, die in der Schule seit Jahren zur Umsetzung von Suchtprävention eingesetzt werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um ALF (Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten; Präventionsprogramm für Schüler der 5. und 6. Klassen), Lions Quest, Klasse 2000, Eigenständig werden, BASS -Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung u.a.m. (Hallmann et al. 2006).

Bei der Umsetzung von Präventionsaktivitäten in der Schule werden sowohl verhaltenspräventive als auch strukturelle Ansätze verfolgt. Exemplarisch sei hier das Programm „BASS - Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung“ angeführt, das Methoden zur Verbesserung der sozialen Kompetenz beinhaltet, sich aber auch als strukturelles Programm versteht

<sup>15</sup> Meistgenannte Setting-Kategorie

und in diesem Zusammenhang die gesamte Schule mit einbezieht. Darüber hinaus werden mit dem Programm Empfehlungen für die Vernetzung mit anderen Institutionen gegeben.

Ca. jede vierte über Dot.sys (siehe oben) dokumentierte schulische Maßnahme weist eine strukturelle Komponente auf (24%)<sup>16</sup>. Hierzu zählen beispielsweise die Gestaltung von Schulen, die Förderung eines guten Schulklimas und die Pausen- und Pausenhofsgestaltung.

*Verhaltenspräventive* Maßnahmen in Schulen sehen in den meisten Fällen die Vermittlung von Informationen bzw. kritischer Einstellungen vor. Weiterhin sind Kompetenzförderung (57%) und Normenbildung wichtig.

Den größten Anteil schulischer Maßnahmen (49%) machen Aktivitäten aus, deren *Schwerpunkt* auf einem substanzunspezifischen Präventionsansatz liegt<sup>17</sup>. Im Mittelpunkt steht dabei die Stärkung von schützenden Lebenskompetenzen. Bei 43% der Präventionsmaßnahmen geht es hauptsächlich um die Vermittlung von Informationen zu bestimmten Suchtmitteln. Am häufigsten werden dabei die Substanzen „Alkohol“ (68%), Tabak (54%) und Cannabis (50%) thematisiert.

Im Berichtszeitraum traten in fast allen Bundesländern umfassende gesetzliche Rauchverbote in Kraft. Diese umfassen auch Rauchverbote an Schulen. In der Mehrzahl der Bundesländer wurden jedoch bereits in den Jahren zuvor per Gesetz oder Erlass Regelungen zum Nichtrauchen an Schulen getroffen. Um die Schulen bei der Konzeption und Realisierung von rauchfreien Schulen zu unterstützen, sind spezielle Programme bzw. Maßnahmen entwickelt worden. Als ein Beispiel ist hier die Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen „Leben ohne Qualm“ zu nennen, die ein fünfschrittiges Programm zur Einführung einer rauchfreien Schule enthält ([www.loq.de](http://www.loq.de)). Die BZgA hat durch Tagungen, Fortbildungen und Workshops auch im Jahr 2007 wieder Schulen in verschiedenen Bundesländern auf dem Weg zur Rauchfreiheit unterstützt. Ein Schwerpunkt wurde auf Schulen in den Bundesländern gelegt, die erst jüngst ein Rauchverbot gesetzlich festgelegt hatten. Von diesen Schulen wurde verstärkt Unterstützungsbedarf angemeldet. Als innovatives Maßnahmenelement sind Schüler-Lehrer-Seminare zu nennen, die 2007 erstmals angeboten wurden.

### **3.2.2 Familie**

Der Familie kommt in der Vermittlung von Suchtprävention eine Schlüsselrolle zu. Hier macht das Kind seine ersten grundlegenden und die weiteren Lebensphasen prägenden Erfahrungen. Die Expertise von Bühler & Kröger (2006), die verschiedenen Formen von Suchtpräventionsmaßnahmen Evidenzgrade zuweist, kommt zu dem Schluss: „Unter Berücksichtigung dieser Evidenzgrade kann empfohlen werden, in der Familie umfassende Maßnahmen, das heißt Eltern-, Kinder- und Familientrainings, anzubieten (vor allem Alkohol,

---

<sup>16</sup> Bezieht man an dieser Stelle nur die Aktivitäten für Multiplikatoren ein, steigt dieser Anteil auf 46%.

Evidenzgrad C<sup>18</sup>).“ Ein Einbezug des familiären Systems in Projekte der Suchtvorbeugung hat den Vorteil, dass Probleme und Belastungen aber auch Ressourcen, die von der Familie ausgehen, berücksichtigt werden können.

9% aller über das Dokumentationssystem Dot.sys erfassten Maßnahmen erreichen das Setting Familie. Eine Differenzierung nach Zielgruppen zeigt, dass Eltern bzw. Familienangehörige dabei sowohl als Multiplikatoren (10% aller Multiplikatorenmaßnahmen berücksichtigen Eltern bzw. Familienangehörige), als auch als Endadressaten (15% der an Endadressaten gerichteten Aktivitäten) angesprochen werden.

Das Internetportal [www.starke-eltern.de](http://www.starke-eltern.de), das auch Projekte aus den Settings Kindergarten, Schule und Jugendarbeit beinhaltet, spricht Eltern direkt an, indem Informationen zu den Entwicklungsphasen und Bedürfnissen der Kinder sowie zur Suchtprävention in der Familie gegeben werden.

### 3.2.3 Gemeinde

Die Gemeinden als unmittelbarer Lebensraum für Erwachsene, Jugendliche und Kinder bieten eine geeignete Grundlage für umfassende suchtpreventive Aktionen und Projekte. Im Jahr 2001 lobte die BZgA erstmals einen Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ aus, es folgten (jeweils im Abstand von zwei Jahren) die Wettbewerbe „Tabakprävention vor Ort“ und „Alkoholprävention vor Ort“. Das übergeordnete Ziel der Wettbewerbe besteht darin, „die Kommunen der Bundesrepublik Deutschland in ihrem Engagement für die Aufgaben der Suchtprävention zu bestärken und gute Beispiele der kommunalen Suchtprävention einer breiten (Fach-)Öffentlichkeit für den interkommunalen Erfahrungsaustausch sichtbar zu machen sowie den Mitarbeitern aus der kommunalen Suchtprävention ein deutliches Zeichen der Anerkennung und Ermutigung für ihre Arbeit zu geben“ (Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) 2007). Die Bewertungskriterien sind über das Internet einsehbar (<http://www.kommunale-suchtpraevention.de>). Sie berücksichtigen unter anderem die Langfristigkeit bzw. Nachhaltigkeit sowie die Erfolgskontrolle und Dokumentation der Projekte, außerdem die Vernetzung der Akteure. An den drei Wettbewerben haben sich insgesamt 282 verschiedene Kommunen beteiligt. Alle Wettbewerbsbeiträge werden über Internet der (Fach-) Öffentlichkeit zugänglich gemacht, des Weiteren sind für alle drei bisherigen Wettbewerbe Buchdokumentationen entwickelt worden.

Im Jahr 2007 wurde die Wettbewerbsreihe einer Wirkungsanalyse unterzogen (ebd.). Im Kern ging es dabei um die Wirkung des Instruments „Bundeswettbewerb“. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung ist der Wunsch der Kommunen, „dass es einen Folgewettbewerb

---

<sup>17</sup> Auf dieser Dokumentationsebene wird nach der *vorwiegenden* inhaltlichen Ausrichtung gefragt. Da hier nur Einfachnennungen möglich sind, werden zusätzliche Komponenten, wie die Vermittlung von Informationen zu bestimmten Substanzen, nicht ausgewiesen

<sup>18</sup> Evidenzgrad C = Ergebnis basiert auf einer Meta-Analyse oder einem systematischen Review mit allen Studien.

in der Wettbewerbsreihe zur kommunalen Suchtprävention geben sollte“ (ebd.). Aus den weiteren Befunden der Studie werden Optimierungsempfehlungen abgeleitet, die in die Auslobung, Umsetzung und Ergebnisverwertung des nächsten Wettbewerbs einfließen sollen, der für den Zeitraum 2008/2009 geplant ist.

### **3.2.4 Fahrschulen**

Der Konsum von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen im Straßenverkehr schränkt das Fahrvermögen deutlich ein und erhöht oftmals die Risikobereitschaft der Fahrer. Somit stellen Suchtmittel eine besondere, nicht kalkulierbare Gefahr sowohl für die Drogenkonsumenten als auch für die anderen Verkehrsteilnehmer dar. Eine Reihe von Suchtpräventionsprojekten nimmt sich dem Problem des Autofahrens unter Drogenkonsum an. Dabei werden unterschiedliche Ansätze verfolgt. Als Beispiel kann hier die Initiative „don't drug and drive“ der Unfallforschung der Versicherer im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft' ([www.dont-drug-and-drive.de](http://www.dont-drug-and-drive.de)) angeführt werden, die neben öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten (wie beispielsweise dem Fotowettbewerb „Zeig uns Deinen klaren Blick“ in 2007) auch spezifisches Informationsmaterial und Medien entwickelt und zur Verfügung stellt. Unter anderem bietet die Initiative eine Broschüre für Fahrlehrer an.

Ein Teil der Maßnahmen zum Thema „Suchtmittel im Straßenverkehr“ ist im Setting „Fahrschule“ angesiedelt. Oftmals werden dabei (gleichaltrige) Peers eingesetzt. In 2007 fand ein Fachgespräch zu den Erfahrungen aus dem „PEER-Projekt an Fahrschulen“ ([www.peer-projekt.de](http://www.peer-projekt.de)) statt, in dessen Rahmen eine gemeinsame Empfehlung der Teilnehmenden zur weiteren Umsetzung von Peer-Projekten in Fahrschulen erarbeitet wurde.

Seit dem Jahr 2006 wird das PEER-Projekt an Fahrschulen mit dem Titel „PEER-Drive Clean!“ als europäisches Modellprojekt im Auftrag der Europäischen Kommission in Deutschland und neun weiteren Staaten umgesetzt: Belgien, Estland, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, Rumänien, Slowenien und Spanien. Im Rahmen einer Konferenz zur Auswertung der Projektaufbauphase (August 2007) wurde die bisherige Umsetzung des Projekts als erfolgreich bewertet und die beteiligten Partner haben den Beschluss gefasst, für den Zeitraum 2009 bis 2011 ein Folgeprojekt zu beantragen.

Das Projekt „Prästo“ (Prävention in Fahrschulen – starkes Fahren ohne Stoff) der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen bildet in 2-tätigen Schulungen Peers aus, die anschließend Veranstaltungen für Fahrschüler zum Thema „Drogen im Straßenverkehr“ durchführen. Ziel ist es, die Teilnehmer für den eigenen Umgang mit Suchtmitteln, insbesondere im Straßenverkehr, zu sensibilisieren.

### **3.3 Selektive / indikative Prävention**

Mit selektiven Suchtpräventionsangeboten sollen Personengruppen angesprochen werden, die „besonders gefährdet für Substanzmissbrauch erscheinen, ohne ihn bereits zu zeigen“ (Bühler & Kröger 2006). Häufig sind Suchtvorbeugungsmaßnahmen, die in diesem Sinne spezifische Risikogruppen erreichen, im Freizeitbereich angesiedelt. Die besondere Rolle des Settings „Freizeit“ in diesem Zusammenhang zeigt sich auch im Rahmen der Do-

kumentation von Suchtpräventionsmaßnahmen in „Dot.sys“<sup>19</sup>: Über alle Einträge betrachtet, berücksichtigen 7% der Maßnahmen den Freizeitsektor. Richten sich die Aktivitäten an spezifische Risikogruppen liegt dieser Anteil ungleich höher. So beziehen 26% der Maßnahmen für „konsumerfahrene Jugendliche/Erwachsene“ das Setting „Freizeit“ mit ein. Bezogen auf Aktivitäten für „Sozial Benachteiligte“ liegt der Anteil sogar bei 48%.

Aus diesem Grund soll zunächst der (organisierte und nicht-organisierte) Freizeitbereich vorgestellt werden, bevor auf einzelne Risikogruppen eingegangen wird.

### **3.3.1 Der organisierte Freizeitbereich**

Im organisierten Jugendfreizeitbereich existieren in Deutschland sowohl auf kommunaler als auch auf regionaler, Landes- und Bundesebene Maßnahmen zur Suchtprävention (Schmidt 2004). Nachfolgend sollen die Arbeitsfelder Jugendhilfe sowie Sportvereine vorgestellt werden.

#### **Jugendhilfe**

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) regelt und beschreibt das Recht junger Menschen, in ihrer Entwicklung gefördert und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit erzogen zu werden. Die Suchtprävention ergibt sich aus dieser Aufgabenbeschreibung als eine Teilaufgabe (Hallmann et al. 2006).

Klassische Einrichtungen der Jugendhilfe und des Jugendschutzes sind Kindertagesstätten, Jugendzentren und Einrichtungen, in denen Hilfe zur Erziehung angeboten wird. In den Einrichtungen der Jugendhilfe sind häufig Jugendliche anzutreffen, die mit besonderen Risiken wie hoher bzw. riskanter Substanzkonsum, Delinquenz, ökonomischer bzw. sozialer Benachteiligung, psychische Auffälligkeiten usw. fertig werden müssen.

Um den Jugendlichen Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement zu vermitteln, ist es für Einrichtungen der Jugendhilfe und ihre Mitarbeiter wichtig im Rahmen der Suchtprävention die Lebenswelt der Jugendlichen ernst zu nehmen. Dabei nicht ausschließlich auf die Verringerung des Konsums oder auf Schadensminimierung abzielen, sondern Unterstützung zu gewähren, bestehende Risiken oder schwierige Lebenssituationen zu verbessern, die Suchtmittel selbst und ihre Risiken zu thematisieren, Regeln in den Einrichtungen einzusetzen, um den Konsum psychoaktiver Substanzen zu steuern bzw. in Grenzen zu halten und Strategien zu entwickeln, diese Regeln zu implementieren und für ihre Einhaltung zu sorgen (ebd.).

#### **Sportvereine**

Sportvereine sind neben Schule und Elternhaus ein wichtiger Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen und daher besonders für die Anliegen der Suchtprävention geeignet.

---

<sup>19</sup> Zur Beschreibung des Dokumentationssystems Dot.sys siehe Seite 46.

Mehr als 70% aller Jugendlichen sind für einen kurzen oder längeren Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Die flächendeckende Existenz von Sportvereinen in unterschiedlichen sozialen Milieus schafft darüber hinaus eine hohe Erreichbarkeit auch von sozial benachteiligten Kindern und ihren Eltern, vor allem im Fußball.

Im Rahmen der Kampagne „Kinder stark machen“ ist es der BZgA im Jahr 2007 gelungen, das Thema Suchtprävention in das Regelangebot für die Lehrarbeit beim Deutschen Fußball-Bund (DFB) zu implementieren. In den 21 Landesverbänden des DFB wurden ca. 600 haupt- und ehrenamtliche Betreuer, Jugendtrainer sowie Jugendleiter im Rahmen einer Kurzschulung zur „Suchtprävention für die Vereinsarbeit“ qualifiziert. Das Angebot hat der DFB als erster Breitensportverband in Deutschland gemeinsam mit der BZgA entwickelt. Ziel des Schulungsprogramms ist es, 5- bis 14-jährige Nachwuchsspieler, zusätzlich zu ihrer fußballpraktischen Ausbildung darin zu motivieren, ihr Leben ohne Suchtmittel zu bewältigen.

Mit dem Angebot wurde die Grundlage für eine eigenständige Weiterführung der qualifizierten Aus- und Fortbildung zur frühen Suchtvorbeugung durch den DFB geschaffen. Für 2008 wird ein ähnliches Verfahren für den Juniorenbereich (14-18-jährige) mit dem Schwerpunkt Tabak- und Alkoholprävention angestrebt. Zudem sollen Gespräche mit den Kooperationspartnern Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) und seinen Jugendorganisationen sowie dem Deutschen Leichtathletikverband mit dem Ziel geführt werden, dass die evaluierten Lehrmethoden und –materialien auch für ihre Lehr- und Bildungsarbeit übernommen werden.

Der so genannte Vereinsservice der BZgA unterstützt darüber hinaus Sportvereine mit Materialien zur Suchtprävention sowie einer Beratung für die Planung und Durchführung der eigenen Aktivitäten. In 2007 wurden in diesem Rahmen über 1.400 Sportvereine bzw. ca. 4.300 Multiplikatoren erreicht.

Zusätzlich wurde das Thema „Suchtprävention in der Vereinsarbeit“ im Rahmen von 18 Großveranstaltungen mit 22 Veranstaltungstagen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene spielerisch und aktionsreich aufgenommen. In diesem Rahmen wurden auch zahlreiche Gespräche mit Eltern und Betreuungspersonen aus der Kinder- und Jugendarbeit geführt.

### **3.3.2 Der nicht - organisierte Freizeitbereich**

Im nicht-organisierten Freizeitbereich ist Suchtprävention - vor allem Maßnahmen für den Bereich Nachtleben - weiterhin die Ausnahme. In einigen (zumeist größeren) Städten haben sich Party-Projekte etabliert, die von Szeneinitiativen angeboten bzw. durchgeführt werden. Häufig sind diese mit kommunalen Jugend- bzw. Drogenhilfeeinrichtungen oder anderen Partyprojekten vernetzt. Auf ihren Internetseiten und mit Hilfe von Medien wie Flyern informieren sie über die Risiken des Konsums (vor allem) von szenetypischen Substanzen. Oftmals wird die Informationsarbeit dieser Initiativen direkt vor Ort im Rahmen von Festivals, Parties oder Veranstaltungen in Clubs oder Diskotheken umgesetzt. Fast alle Initiativen bieten auf ihren Internetseiten eine Online-Beratung für Konsumenten an. Exemplarisch sind die Party-Projekte [www.partyack.de](http://www.partyack.de) (Köln), [www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de) (Leipzig),

project.de, [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) zu nennen.

Der Leitfaden „Nachts Leben - Gesundheitsförderliche Maßnahmen im Nachtleben“ wurde im Rahmen des Arbeitskreises „Healthy Nightlife“ entwickelt und richtet sich an zentrale Institutionen und Akteure, die risikominimierende Strategien im Nachtleben fördern möchten. Das Medium ist als Arbeitsmittel konzipiert und soll die Implementierung bester suchtpreventiver Maßnahmen unterstützen, besonders Kooperationen zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Nachtleben. Der Arbeitskreis „Healthy Nightlife“ wurde von der BZgA initiiert und setzte sich aus Vertretern von Drogenberatungsstellen, Szene-Initiativen, der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten, der BZgA, kommunalen Behörden und Partyveranstaltern zusammen.

### 3.3.3 Risikogruppen

#### Jugendliche und junge Erwachsene mit Cannabiskonsum

Junge Menschen, die Cannabis und andere illegale Drogen konsumieren, sind über Präventionsaktivitäten schwer zu erreichen. Hinzu kommt, dass von einer ausgeprägten Heterogenität dieser Zielgruppe auszugehen ist. Zu berücksichtigen sind neben den Parametern Alter und Geschlecht beispielsweise die spezifische Lebenswelt, die soziale Situation und die psychosoziale Gesundheit der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen. Vor dem Hintergrund dieser besonderen Herausforderungen sind in Deutschland differenzierte Angebote und präventive Maßnahmen für unterschiedliche Teilpopulationen entwickelt worden.

- Internationale Tagung zu neuen Entwicklungen bei der Prävention und Behandlung cannabisbezogener Störungen  
Im März 2007 hat die DBDD gemeinsam mit der EBDD und dem Bundesministerium für Gesundheit eine internationale Fachtagung zum Thema „Cannabis – new developments in prevention and treatment“ veranstaltet, über die bereits im letzten REITOX-Bericht informiert wurde (Pfeiffer-Gerschel & Simon 2008; REITOX-Academy 2007).
- Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“  
Die zuvor skizzierte Fachtagung der DBDD zur Prävention und Behandlung cannabisbezogener Störungen ergab unter anderem, dass „(internetgestützte) Kurzinterventionen [...] sich im Rahmen gezielter Präventionsmaßnahmen für Cannabiskonsumenten, die normalerweise nicht mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt kommen würden, als sehr nützlich erwiesen [haben]“ (REITOX-Academy 2007).  
Das internetbasierte Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ der BZgA wendet sich seit 2004 unter [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene mit einem riskanten und regelmäßigen Konsum von Cannabisprodukten.  
Ziel ist es, den individuellen Konsum von Cannabis innerhalb von 50 Tagen signifikant zu reduzieren. Nach einem chat-basierten Aufnahmegespräch mit einem Berater führen die Teilnehmer 50 Tage lang ein Online-Tagebuch. Dort tragen sie ihren Cannabiskonsum und alle damit zusammenhängenden Aspekte (Menge, sozialer Kontext, Gründe/Motive)

ein. Wöchentlich erhalten sie ein qualifiziertes Feedback auf ihre Tagebucheinträge durch das Beraterteam. In 2007 wurde das Programm im Rahmen eines Modellprojekts erfolgreich in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert. Dazu wurden mit Beratungsstellen aus sieben Bundesländern Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Die dort beschäftigten Fachkräfte wurden für die Teilnahme an dem Programm geschult. Ein Kernelement der Qualitätssicherung war ein systematisches Fallmonitoring durch das drugcom-Team.

Der Transfer von „Quit the Shit“ wurde begleitend evaluiert. Hier wurde geprüft, wie eine dezentrale Nutzung von „Quit the Shit“ möglich ist und welche Maßnahmen der Qualitätssicherung erforderlich sind. Dabei zeigte sich eine hohe Akzeptanz des Angebots sowie eine signifikante Konsumreduktion bei den Klienten.

In 2007/2008 soll im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie geprüft werden, ob und wie stark „Quit the Shit“, insbesondere über den Zeitraum der Programmteilnahme hinaus, bei der Reduktion des individuellen Cannabiskonsums behilflich sein kann.

- Die beiden Studien INCANT - „International Cannabis Need of Treatment Study“, die CANDIS-Studie - „Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen“ sowie das deutschschweizerische Projekt „Realize it“ wurden bereits in Kapitel 1.3.3 (Seite 11 bis 13) dargestellt. Endgültige Ergebnisse stehen bei beiden Projekten noch aus.

### **Junge Straffällige**

In den Bundesländern werden verschiedene Projekte für junge Straffällige mit dem Ziel der Suchtprävention realisiert. So decken ca. 2% der über Dot.sys dokumentierten Maßnahmen für Endadressaten diese spezifische Zielgruppe ab. Eine weite Verbreitung hat inzwischen das Projekt „FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ gefunden, das nachfolgend skizziert wird.

- Frühinterventionsprojekte „FreD“ und „FreD goes net“  
Das Programm „FreD“ wurde von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe entwickelt. Im Kern sieht das Programm vor, jungen Drogenkonsumenten bei einer polizeilichen Erstauffälligkeit das Angebot eines Beratungsgesprächs mit anschließender Kurzintervention zu unterbreiten. Zunächst wurde das Konzept im Rahmen eines Modellprojekts in acht Bundesländern umgesetzt. Bestärkt durch die positiven Erfahrungen hinsichtlich der Akzeptanz und Wirkung des Angebots erfolgte in einem nächsten Schritt mit Hilfe eines Manuals, Transferveranstaltungen sowie Öffentlichkeitsarbeit die Verbreitung des Ansatzes (Transferphase).  
Im Jahr 2007 wurde eine vom BMG geförderte Nachbefragung durchgeführt, die alle Einrichtungen einbezog, die „FreD“ oder ein „vergleichbares Angebot“ vorhalten. Untersucht wurden u.a. die Verbreitung des Arbeitsansatzes, die konzeptionelle Weiterentwicklung, die organisatorischen Rahmenbedingungen, die finanzielle Absicherung der Angebote, die Klientel und der Erreichungsgrad sowie die nutzerbezogenen und strukturellen Effekte der Früh- und Kurzintervention (FreD) im Rahmen des Regelangebots der ambulanten



Sucht- und Drogenhilfe (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) 2007).

Zum Zeitpunkt der Befragung wurde „FreD“ oder ein vergleichbares Programm in 140 Einrichtungen in Deutschland angeboten. 42 Träger gaben an, zukünftig ein solches Konzept zu implementieren. Es zeigte sich, dass ca. drei Viertel der Jugendlichen über den Zugangsweg der justiziellen Auffälligkeit (z.B. Jugendgerichtshilfe, Staatsanwaltschaft, Gericht, Polizei und Bewährungshilfe) an das Angebot gelangen. Andere Zugänge, z.B. über die Eltern / Angehörige oder die Schule kommen in diesem Zusammenhang nur am Rande vor. Der weit überwiegende Teil der Nutzer beendet das Programm regulär, ungefähr jeder zehnte Teilnehmer wird an weiterführende Hilfen vermittelt.

Ca. 90% der Programmteilnehmer waren auch im Nachhinein mit dem Frühinterventionsangebot (eher) zufrieden, 76% bewerteten es als persönlich bedeutsam. Knapp 70% sind seither nicht mehr polizeilich auffällig geworden. Die Hälfte der befragten Jugendlichen (50%) gab an, keine illegalen Drogen mehr genommen zu haben, 33% haben nach eigenen Angaben den Konsum illegaler Drogen reduziert. 44% der Teilnehmer haben den Konsum von Alkohol vermindert. Auch auf die Einrichtung, die „FreD“ bzw. ein vergleichbares Konzept vorhalten, hat die Implementierung des Angebots eine Rückwirkung. So hat beispielsweise nach Aussage der befragten Fachkräfte seitdem der Stellenwert der Frühintervention zugenommen<sup>20</sup>. Im Jahr 2007 fand in Warschau die Auftaktveranstaltung des europäischen Projekts „FreD goes net“ statt, das sich aus der Grundidee des oben beschriebenen Frühinterventionsprojekts ableitet. „FreD goes net“ wird von der Europäischen Union im Rahmen des Programms Öffentliche Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Wissenschaftlich begleitet wird „FreD goes net“ vom Institut FOGS. Als Partner am Projekt nehmen Institutionen aus 17 europäischen Ländern teil, in denen das Konzept implementiert werden soll. Unter anderem umfasst „FreD goes net“ die Ausbildung von Fachkräften und die Entwicklung eines Handbuchs.

Soweit spezielle Suchtpräventionsmaßnahmen im Kontext der Vorbeugung von Straftaten stehen, sind hierfür die Polizeibehörden der Länder zuständig. Zahlreiche Landeskriminalämter, Polizeibehörden und kommunale Polizeidienststellen führen im Rahmen ihrer Präventionstätigkeit spezielle Projekte zur Drogenprävention durch. Die Maßnahmen umfassen zum Beispiel Informationskampagnen über illegale Drogen und Straftaten oder spezielle, meist im Umfeld von Tanz- und anderen Freizeitveranstaltungen durchgeführte Antidrogenaktionen. Zielgruppe dieser Projekte sind vornehmlich jüngere Menschen, insbesondere Schüler (Schmidt 2004).

---

<sup>20</sup> [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FRED-Nachbefragung\\_lang.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FRED-Nachbefragung_lang.pdf).

## Ethnische Gruppen

Die Bundesregierung fördert über das Bundesministerium des Innern (BMI) altersunabhängige Integrationsmaßnahmen und über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Integrationsprojekte für Jugendliche unter 27 Jahren. Die Förderung der gemeinwesenorientierten Integrationsmaßnahmen wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in enger Absprache mit dem BMI und dem BMFSFJ durchgeführt. Die Projektförderung ist dabei auf die Stabilisierung der Persönlichkeit der Zuwanderer ausgerichtet (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b) und hat somit grundsätzlich auch einen suchtpreventiven Charakter.

Als Beispiel ist das Projekt „Integration durch Sport“ zu nennen, das in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) realisiert wird. Hier wird den Zuwanderern mit der Stärkung des Selbstwertgefühls durch sportliche Erfolgserlebnisse und das feste Regel- und Normensystem der Sportvereine Halt und Orientierung gegeben, was sie weniger suchtanfällig macht ([www.integration-durch-sport.de](http://www.integration-durch-sport.de)).

Von über 240 der 2007 geförderten altersunabhängigen Projekte haben neun Projekte neben der sozialen Integration auch den speziellen Aspekt der Sucht- und Drogenprävention. Der Ansatz der Suchtpräventionsprojekte des BAMF ist, den Zuwanderern die (Regel-) Hilfestrukturen in Deutschland bewusst zu machen, sie „abzuholen“ und zum Regelsystem der Suchthilfe hinzuführen sowie Überzeugungsarbeit zu leisten, die Regeleinrichtungen zu nutzen. Von den fast 190 gemeinwesenorientierten Projekten, die im Jahre 2007 vom BMFSFJ gefördert wurden, gilt dieser suchtpreventive Ansatz für 36 Jugendprojekte, die mit einer Gesamtbundeszuwendung von über 1,034 Mio. Euro gefördert wurden.

Suchtpräventionsmaßnahmen für ethnische Gruppen beinhalten eine Vielfalt von Aktivitäten, die von der Öffentlichkeitsarbeit bis zur direkten Arbeit mit Endadressaten reichen und dabei unterschiedlichste Teilpopulationen und Sprachkenntnisse berücksichtigen. Stellvertretend für spezifische Maßnahmen aus diesem Bereich soll nachfolgend ein Projekt aus Münster vorgestellt werden.

Das Modellprojekt „SeM – Sekundäre Suchtprävention mit jungen Spätaussiedlern in Münster“, das im März 2007 endete, wurde in drei Phasen umgesetzt: In einer ersten Phase (drei Monate) wurden unter Anwendung des Verfahrens RAR (Rapid Assessment and Response) sowie im Rahmen von Fokusgruppen eine Bestandsaufnahme zur Problemerkennung durchgeführt. Im zweiten Projektabschnitt (neun Monate) wurden die vorliegenden sekundärpräventiven Konzepte auf die Arbeit mit jungen SpätaussiedlerInnen und deren Familien hin angepasst. Anschließend wurden die einzelnen Multiplikatorengruppen (Peers, Keypersonen der Jugendarbeit und Eltern) geschult. In der dritten Umsetzungsphase (15 Monate) wurden die (geschulten) Arbeitsansätze und Methoden von den Multiplikatoren umgesetzt und evaluiert (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) 2007). Die Autoren der wissenschaftlichen Begleitstudie kommen zu dem Schluss, dass es gelungen ist, „die Wahrnehmung der Risiken des Konsums psychoaktiver Substan-

zen in der Zielgruppe zu verbessern sowie Einstellungen und Haltungen zu Alkohol- und Drogenkonsum zu beeinflussen“ (ebd).

In einem Forschungsprojekt der Medizinischen Hochschule Hannover wird die Erreichbarkeit von türkisch- und russischsprachigen Migranten durch muttersprachliche Suchtpräventionsberater über unterschiedliche Zugangswege evaluiert. Dabei werden zwei aktive Zugangswege („Zugeh“-Struktur) - der Zugang über migrantenbezogene Communities sowie über Sprachschulen - und drei passive Zugangswege („Komm“-Struktur) - ein Beratungstelefon, ein Internetangebot sowie der Zugang über öffentlich angekündigte Veranstaltungen - hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosteneffektivität bewertet. Die Studie soll Aufschluss über das Gesundheits- und Präventionsverhalten von Migranten sowie mögliche Barrieren und ihre Überwindung geben (<http://www.mh-hannover.de/spr-migranten.html>).

Mit einem dreijährigen Modellprojekt fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein „Kompetenznetzwerk Sucht-Selbsthilfe für Migranten aus Osteuropa und Asien (Kosmos)“. Es sieht die wissenschaftliche Überprüfung von zwei unterschiedlichen Selbsthilfeansätzen vor. Zum einen geht es um das auf die Familien- und Lebenssituation von Migranten, insbesondere Russlanddeutschen, abgestimmte Konzept der familiengestützten Selbsthilfe in den Dorkas-Gruppen<sup>21</sup>. Außerdem wird der speziell auf drogenkonsumierende junge Menschen abgestimmte Ansatz der Exjuse-Gruppen<sup>22</sup>, in denen Kontaktaufnahme und Beratung zunächst über das Internet stattfinden, näher betrachtet.

### 3.3.4 Risikofamilien

Ca. 2,6 Millionen Kinder unter 18 Jahren leben aktuell mit alkoholkranken Eltern zusammen. Hinzu kommen ca. 40.000 bis 60.000 Kinder drogenabhängiger Eltern. Durchschnittlich jedes 5. bis 6. Kind (17,6 %) ist von der Suchtkrankheit in der Familie betroffen. Die Zahl der Kinder, die unter nichtstofflichen Süchten im Elternhaus leiden (Spielsucht, Sexsucht, Arbeitssucht, Co-Abhängigkeit), lässt sich nicht quantifizieren ([www.nacoa.de](http://www.nacoa.de)). Kinder aus suchtbelasteten Familien sind die größte bekannte Risikogruppe für eine spätere eigene Suchterkrankung.

In 2007 wurde vom BMG eine Metastudie zum Thema „Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern“ veröffentlicht (Arenz-Greiving & Kober 2007). Einbezogen wurden alle Projekte, die im Zeitraum von Ende 1999 bis Ende 2006 zum Thema „Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern“ bundesweit durchgeführt wurden. Die Untersuchung trifft beispielsweise Aussagen über die Dokumentations- und Evaluationsgüte in dem Arbeitsfeld und leitet hieraus Optimierungsempfehlungen ab. Außerdem kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die potentiellen Zielgruppen von den vorhandenen Projekten und Angeboten noch nicht ausreichend erreicht werden und rät in diesem Zusammenhang unter anderem dazu, den

---

<sup>21</sup> DORKAS-Gruppen e.V. ist eine Selbsthilfeorganisation mit ca. 20 Gruppen und etwa 20 weiteren Einzelsprechpartnern im gesamten Bundesgebiet.

Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Maßnahmen in allen Bereichen des Hilfesystems zu steigern.

Folgende Maßnahmen bzw. Institutionen zeigen beispielhaft das aktuelle Spektrum bundesweiter Unterstützungsangebote für Risikofamilien, außerdem wird stellvertretend ein Forschungsprojekt vorgestellt:

- **Selbsthilfeangebote**

Für suchtkranke Familien bzw. einzelne Familienmitglieder gibt es in vielen deutschen Städten Selbsthilfeangebote. Gezielte Angebote für Kinder und Jugendliche bieten die Alateen-Gruppen<sup>23</sup> sowie die Kindergruppen der Selbsthilfeverbände (Guttempler, Kreuzbund, Blaues Kreuz, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe). Wo keine gezielten Angebote für Kinder aus Suchtfamilien existieren, gibt es zumindest oft Hilfen für Süchtige und deren Angehörige ([www.nacoa.de](http://www.nacoa.de)).

- **Stationäre und ambulante Hilfsangebote**

Darüber hinaus gibt es professionelle Hilfsangebote, das sind ambulante Angebote der Drogenberatungsstellen und stationäre Angebote, bei denen Kinder während der stationären Therapie der suchtkranken Eltern in der Einrichtung mit aufgenommen und teilweise auch gezielt therapeutisch unterstützt werden. Auch wenn diese Angebote sich nicht immer direkt an die Kinder aus Suchtfamilien wenden, können sie dazu beitragen, die Familiensituation so zu verbessern, dass auch die Kinder entlastet werden.

- **Internetgestützte Beratungsangebote**

Im Internet gibt es zahlreiche Portale zur Unterstützung von Kindern suchtkranker Eltern, (suchtkranken) Eltern und Multiplikatoren. Hierzu einige Beispiele:

- [www.encare.de](http://www.encare.de): ENCARE (European Network for Children Affected by Risky Environments within the family) - Europäisches Netzwerk für Fachleute, die mit Kindern aus suchtbelasteten Familien arbeiten. Website des deutschen ENCARE-Netzwerks.
- [www.kidkit.de](http://www.kidkit.de): Auf dieser spendenfinanzierten Internetseite können Kinder sich über Suchtfragen informieren und beraten lassen. Die Seite wird von einem 15-köpfigen Team begleitet.
- [www.proli-sucht.de](http://www.proli-sucht.de): Bundesweite Liste von Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Die Homepage gibt einen bundesweiten Überblick über Projekte und Hilfemaßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Fachleute und Betroffene finden auf dieser Seite gleichermaßen schnelle Informationen über ortsnahe Hilfen (nach PLZ sortiert).

---

<sup>22</sup> Die Exjuse - Gruppen sind dem Verein "Dorkas-Gruppen e.V." angegliedert.

<sup>23</sup> Alateen ist eine Selbsthilfegemeinschaft für Kinder und Jugendliche aus alkoholkranken Familien und gehört zu den Al-Anon Familiengruppen. Alateen hat in Deutschland ca. 40 Selbsthilfegruppen

- [www.huckleberry-und-pippilotta.de](http://www.huckleberry-und-pippilotta.de): Verein zur Förderung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Eltern aus suchtbelasteten Familien e.V.
  - [www.seitenstark.de](http://www.seitenstark.de): Arbeitsgemeinschaft vernetzter Kinderseiten.
  - [www.nacoa.de](http://www.nacoa.de): Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.
- **Telefonische Beratungsangebote**

Im Jahr 2003 wurde die bundesweite „Sucht & Drogen Hotline“ eingerichtet. Sie besteht aus einem Zusammenschluss regionaler Anbieter von Drogennotrufeinrichtungen in Deutschland. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt das organisatorische Dach zur Verfügung.

Unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 01805/313031 ist die „Sucht & Drogen Hotline“ zu erreichen. Sie bietet telefonische Beratung, Hilfe und Informationen durch erfahrene Fachleute aus der Drogen- und Suchthilfe. An die Sucht & Drogen Hotline können sich sowohl Menschen mit Suchtproblemen als auch deren Angehörige, Freunde oder Kollegen wenden. Die Hotline ist 24 Stunden am Tag besetzt und kostet in der Regel 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz<sup>24</sup>. Im Jahr 2007 haben ca. 4.000 Hilfe- und Ratsuchende bei der Sucht & Drogen Hotline angerufen.

Die Bundes-Arbeits-Gemeinschaft (BAG) Kinder- und Jugendtelefon e.V. unterhält in Deutschland zwei anonyme, telefonische Beratungsangebote. Die Beratungstelefone sind deutschlandweit kostenlos zu erreichen. Das Kinder- und Jugendtelefon und das Elterntelefon sind zwei voneinander getrennte Angebote. Insbesondere Kinder und Jugendliche sollen nicht den Eindruck haben, dass die Berater möglicherweise auch mit ihren Eltern sprechen. An beiden Beratungstelefonen wird den Anrufern - Kinder, Jugendliche, Eltern – Anonymität zugesichert. Wenn Anrufer weitere - auch persönliche - Hilfe wünschen, können die Telefonberater an der jeweiligen Fragestellung entsprechende Organisationen vermitteln ([www.kinderundjugendtelefon.de](http://www.kinderundjugendtelefon.de)).

### 3.4 Indizierte Prävention

#### **Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten**

Verhaltensstörungen bei Kindern gelten als ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von Sucht und Gewalt im Jugend- und Erwachsenenalter. Bei ca. einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Das ergibt die Auswertung der BELLA-Studie ([www.bella-studie.de](http://www.bella-studie.de)), die als zusätzliches Befragungsmodul in den bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, [www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) des Robert Koch-Instituts ([www.rki.de](http://www.rki.de)) eingebettet ist. Die Befragung wurde im Zeitraum 2003 bis 2006 durchgeführt. Demnach liegen bei 12,2% Hinweise auf psychische Auffälligkeit vor, weitere 9,6% sind „sehr wahrscheinlich psychisch auffällig“. Ein Teil

---

<sup>24</sup> Abweichender Mobilfunktarif möglich:

dieser Kinder und Jugendlichen weist spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen.

Im Rahmen der Studie zeigte sich, dass Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger auftreten. Zudem konnte belegt werden, dass ein guter familiärer Zusammenhalt bzw. ein entsprechendes Familienklima hinsichtlich psychischer Auffälligkeit protektiv wirkt, d.h. es verringert stark die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Auffälligkeit. Hieraus kann geschlossen werden, dass die durch die Untersuchung identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren sowohl bei der Prävention als auch bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden sollten (ebd).

### **Kinder mit ADHS**

Die bereits zitierte BELLA-Studie ([www.bella-studie.de](http://www.bella-studie.de)) des Robert Koch-Instituts kommt zu dem Ergebnis, dass bei ca. 2% der Kinder und Jugendlichen eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vorliegt. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass bei Kindern mit einer ADHS ein deutlich höheres Risiko besteht, eine Suchtstörung zu entwickeln. Ohlmeier (2005) konnte beispielsweise nachweisen, dass alkohol- und substanzabhängige Patienten überproportional häufig die diagnostischen Kriterien der DSM-IV für das Vorliegen einer ADHS erfüllen (Ohlmeier et al. 2005). Einzelne Untersuchungsergebnisse wurden bereits im letztjährigen Bericht vorgestellt.

Als Ursachen für den Zusammenhang zwischen der ADHS und einer Suchtentwicklung werden verschiedene Faktoren diskutiert. So ist davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS häufig nicht die Erwartungen ihrer Umwelt erfüllen. In der Folge können sich Enttäuschungen und längerfristig ein reduziertes Selbstwertgefühl entwickeln. Über den Konsum von Suchtmitteln kann der Zugang zu drogenaffinen Peer Groups geschaffen werden (Wilens 2004). Ohlmeier fügt hierzu an, dass klinische Erfahrungen zeigen, dass betroffene Patienten im Sinne einer „Selbstmedikation“ insbesondere bei Cannabis- und Kokainkonsum von einer – zumindest scheinbaren – Besserung der ADHS-spezifischen Symptome berichten (Ohlmeier et al. 2005).

Bei der Behandlung und Betreuung der betroffenen Kinder ist eine Zusammenarbeit mit dem Kindergarten und der Schule ein wichtiger Bestandteil. Die BZgA berücksichtigt das Thema ADHS beispielsweise im Rahmen der Unterrichtshilfe „Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht“.

Mit über 250 regionalen Selbsthilfegruppen und mehr als 5.000 Mitgliedern ist der ADHS Deutschland ([www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)) die größte Interessenvertretung von ADHS-Betroffenen und ihren Familien in Deutschland. Bisher wird der mögliche Zusammenhang von ADHS und Sucht zwar von der ADHS-Forschung berücksichtigt, selten jedoch in Therapiekonzepte der Suchttherapie einbezogen (BZgA 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.

Ergänzend zu der Erfassung der klinischen Diagnosen „Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, für die die internationalen Kriterien der ICD-10 (Dilling et al. 2005) Anwendung finden, wird im Deutschen Kerndatensatz Sucht eine Definition für den „riskanten Konsum“ vorgeschlagen. Gemäß fachlicher Einschätzung soll der „riskante Konsum“ für jede Substanz bzw. Störung angegeben werden, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten in diesem Fall die Empfehlungen der WHO, der British Medical Association und des Kuratoriums der DHS. Für die übrigen Substanzen gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen.

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 dieses bestätigen würde (Kleiber & Söllner 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. Die oben erwähnte Definition „riskanten Konsums“ aus dem Deutschen Kerndatensatz schließt jeden Konsum (innerhalb der letzten 30 Tage) einer Substanz aus dem Bereich F11 (Opioide) – F19 (multipler Substanzgebrauch und sonstige Substanzen) der ICD-10 ein. Lediglich für Alkohol (F10) liegen konkrete definierte Grenzwerte vor.

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 Probiertkonsum und leichtere Formen des mehrfachen oder dauerhaften Drogengebrauchs erlauben, sind intensive oder regelmäßige Drogenkonsumenten in der Regel in den Stichproben unterrepräsentiert. Zudem wird bei ihnen das Problemausmaß „unterberichtet“. Darstellungen der methodischen Probleme finden sich z.B. bei Kraus et al. (1998) und Rehm et al. (2005).

Basierend auf einer Literaturübersicht zur Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg kommen Ilse und Kollegen (2007) zu dem Schluss, dass die diagnostischen Methoden aufgrund des häufig vorliegenden Mehrfachkonsums verschiedener Substanzen so weiterentwickelt werden sollten, dass sie den komplexen Konsummustern gerecht werden. Dabei sei eine Differenzierung zwischen legalen/illegalen Substanzen sowie eine Fokussierung auf das Konzept des problematischen Konsums einer Primärdroge bzw. der medizinischen Klassifikation einer Hauptdroge nicht ausreichend. Diese Problematik spielt insbesondere bei Hochrechnungen, die auf Behandlungsdaten beruhen, eine wichtige Rolle.

### **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“ (Kraus et al. 2003). Da bei den Zahlen aus dem Polizeibereich in Deutschland Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden gewesen sind und valide Schätzungen der Mortalität nur für Heroin Klienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroin Konsumenten 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 2007 wurden zwei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch für die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten  
Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erstauf-fälliger (Inzidenz) Heroinkonsumenten über die entsprechenden Jahre aufsummiert. Der Anteil von bereits polizeibekanntem Personen an den Drogentoten wird jeweils zur Be-rechnung des Dunkelfeldes verwendet.
- 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 Opi-aten in der Bevölkerung hochgerechnet.

Die in den Vorjahren berichtete Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten wurde für 2007 nicht neu berechnet. Vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Deutschen Kern-datensatzes in der Suchtkrankenhilfe mit Beginn des Jahres 2007 haben sich einige Para-meter und Items der Behandlungsstatistik geändert, die eine Fortschreibung der Schätzung nicht ohne weiteres erlauben. Nach einer umfassenden Analyse der 2008 (für das im Be-richtsjahr 2007) von der DSHS vorgelegten Behandlungsdaten werden die Schätzungen voraussichtlich ab dem kommenden Jahr fortgesetzt. Erste Näherungen deuten jedoch dar-auf hin, dass die Behandlungsdaten nach wie vor zu robusten Ergebnissen führen, die mit den anderen Schätzverfahren und Ergebnissen der Vorjahre vergleichbar sind. Das grundle-gende Konzept des Multiplikator-Verfahrens ist nachstehend beschrieben.

- Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung  
Die Gesamtzahl behandelter Fälle wird auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen im ambulanten und stationärer Betreuung, der Gesamtzahl von Beratungsstellen sowie eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe errechnet.

Alle Ergebnisse sind nur als grobe Näherung zu verstehen, da unterschiedliche Voraus-setzungen gemacht werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt gültig. Die Verfah-

ren 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 82.000 und 162.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Vorjahres zugrunde legt). Aufgrund der 2007 leicht gestiegenen Zahl der Drogentodesfälle liegt die untere Grenze des geschätzten Intervalls etwas höher. Dies entspricht einer Rate von 1,5 bis 2,9 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1). Der Wertebereich liegt weiterhin 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 (3,0/1.000; Grenzwerte: 2,0-6,0) (Wittchen & Jacobi 2005). Weitere Details finden sich unter 4.2.2.

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 2004 bis 2007 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr				Prävalenz pro 1.000
	2004	2005	2006	2007	
Behandlung	102-150	155-184	136-162	<sup>1)</sup>	2,5-2,9
Polizeikontakte	136-172	128-166	117-159	108-149	2,0-2,7
Drogentodesfälle	87-115	78-111	76-108	82-116	1,5-2,1

1) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2007.

(DBDD spezielle Berechnung 2008)

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 EBDD, es besteht jedoch keine Möglichkeit, den intravenösen oder hochfrequenten Konsum dieser Substanzen in den vorliegenden Datenquellen zu verifizieren. Damit würde eine unbekannte Zahl von Personen berücksichtigt, bei denen die Drogenproblematik weniger stark ausgeprägt ist. Es folgt daraus möglicherweise eine Überschätzung der Prävalenz.

Aktualisierte Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2006, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 169.000-201.000. Dies entspricht einer Prävalenz von 3,1-3,6 (pro 1.000 Einwohner). 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 riskanter Konsum (mindestens 25maliger Konsum im Lebenszeitraum und mindestens einmaliger Konsum in der letzten Woche und Konsum auch im schulischen Kontext sowie allein zu Hause) von Cannabis bei 4,0% der Befragten (2005: 5,1%). Seit 2004 (5,6%) ist der Anteil dieser Personengruppe in den Folgerhebungen kontinuierlich gesunken. Nach wie ist der Anteil der riskanten Konsumenten unter den männlichen Personen (5,3%; 2005: 7,3%) mehr als doppelt so hoch wie unter den weiblichen (2,5%; 2005: 2,9%) (Baumgärtner 2008).

Ergebnissen einer aktuellen Studie der BZgA (2007b) zufolge, ist der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die regelmäßig (definiert als >10maliger Konsum im letzten Jahr) Cannabis konsumieren, seit 2004 konstant geblieben. 4,3% der 18- und 19-jährigen geben 2007 an, im letzten Jahr regelmäßig Cannabis konsumiert zu haben (2004: 4,4%). Auch unter den 14-17-Jährigen (2007: 2,3%; 2004: 2,0%) oder in der Gesamtgruppe der 12-19-Jährigen (2007 und 2004: 2,3%) gab es im Vergleich zu 2004 keine Veränderungen. Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten unter den jungen Männern liegt mit etwa 7% deutlich höher als bei den jungen Frauen (etwa 2%) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007b).

Zur Beziehung zwischen dem Risiko der Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit und der Konsumintensität (Nocon et al. 2005) wurde bereits im letzten Jahr berichtet. In einer auf Daten aus 16 europäischen Ländern beruhenden Meta-Analyse fand sich Abhängigkeit von illegalen Substanzen mit einer Prävalenz von 0,3% (Wittchen & Jacobi 2005).

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; Sonntag et al. 2008b) auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes (Sonntag 2007) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl der ambulanten Ein-

richtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden. Der „Treatment Demand Indicator“ der EBDD (TDI) ist im KDS integriert.

Für den stationären Bereich existieren ebenfalls umfangreiche Statistiken aus der DSHS. Allerdings beteiligten sich an der Bundesauswertung 2007 nur 147 Einrichtungen (Sonntag et al. 2008a). Viele größere, insbesondere psychiatrische Kliniken, die ebenfalls suchtspezifische Behandlungen anbieten, sind nicht in dieser Statistik vertreten. Um diese Lücken soweit wie möglich zu füllen, wurden für den REITOX-Bericht auch Daten aus zwei weiteren Quellen herangezogen. Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen. Sie ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation, erlaubt aber eine Differenzierung der Zahl der Fälle analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) 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 als die der ambulant Behandelten. Es müssen verschiedene Quellen gleichzeitig berücksichtigt werden, wobei jedoch jede eine bestimmte Art der Selektivität aufweist.

### **Neuer Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe**

Seit dem Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der neue Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Sonntag 2007) verwendet. Dieser Kerndatensatz entstand zunächst 1998 als ein gemeinsamer Mindestdatensatz im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen vielen beteiligten Institutionen und Personen. In einem mehrjährigen Prozess wurde der Kerndatensatz nun überarbeitet, wodurch eine Verbesserung sowohl der Anwenderfreundlichkeit als auch der Erfassungsgenauigkeit erreicht werden konnte. Er dient einer einheitlichen Dokumentation in Psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen für Personen mit substanzbezogenen Störungen, Essstörungen und pathologischem Spielverhalten in Deutschland. Die mit der Berichterstattung an die EBDD verbundenen Anforderungen nach Kompatibilität mit dem Treatment Demand Indicator (TDI), aber auch der Bedarf nach Vergleichbarkeit und Abstimmung zwischen den Bundesländern, verschiedenen Regionen und Trägern haben diese Anpassung der Standards notwendig gemacht. Abgeleitet aus der Einführung des neuen KDS nehmen zwei wesentliche Faktoren ab dem Berichtsjahr 2007 Einfluss auf die Berichterstattung an die EBDD:

- Die Klassifikation der Einrichtungstypen im KDS hat sich von ursprünglich 9 auf 16 erhöht. Damit ist es möglich, genauer als in der Vergangenheit, die Charakteristika einzelner Typen von Versorgungseinrichtungen getrennt zu beschreiben. Allerdings sind damit die auch in der Vergangenheit aus der Kombination mehrerer Einrichtungstypen gebildeten Kategorien „ambulante“ und „stationäre“ Behandlung nicht mehr identisch mit den Inhalten der letzten Berichtsjahre. Dafür werden in diesem Jahr erstmalig auch ausgewählte Daten aus Beratung und Behandlung in Gefängnissen und in niedrigschwelligen

Einrichtungen berichtet. Die Angaben zur Erreichungsquote der Suchthilfestatistik sollen zukünftig über ein zentrales Einrichtungsregister optimiert werden, das die DBDD gegenwärtig aufbaut und testet. Hinsichtlich der Klassifikation unterschiedlicher Einrichtungstypen folgt dieses Register der Logik des KDS.

- Mit der Einführung des neuen KDS haben sich auch einige Variablen der Dokumentation hinsichtlich der zu erhebenden Kategorien (z.B. stärkere Differenzierung, andere, weniger oder ergänzende Antwortkategorien) verändert. Auch diese Modifikationen schränken direkte Vergleiche einiger Items mit den Ergebnissen der Vergangenheit ein.

Der KDS wurde im Jahr 2007 auch noch nicht flächendeckend in allen Bundesländern eingeführt, da eine Übergangsphase vereinbart wurde, die eine verbindliche Nutzung erst ab 2008 vorsieht hat. In den meisten Fällen war es jedoch möglich, Daten (und Kategorien) des bislang verwendeten Kerndatensatzes und des neuen KDS für die Auswertungen auf Bundesebene ineinander zu überführen.

Zusammenfassend sollten die Ergebnisse der Auswertungen der DSHS für ambulante und stationäre Einrichtungen des Berichtsjahres 2007 nur zurückhaltend in Beziehung zu den Daten der Vorjahre gesetzt werden. An zahlreichen Stellen wurden daher die Vergleichswerte der Vorjahre gestrichen bzw. entsprechende Hinweise platziert. Erste Analysen deuten jedoch darauf hin, dass in den meisten Fällen keine großen Unterschiede zu den Vorjahren bestehen. Aussagen zu Trends sind nur mit äußerster Vorsicht möglich, da für das Übergangsjahr 2007 neben den genannten Veränderungen auch eine Reihe von (technischen) und weiteren inhaltlichen Herausforderungen (z.B. leichte Änderungen von Definitionen) vorgenommen wurden. Insgesamt ist es begrüßenswert, dass der neue KDS im Prinzip voll kompatibel mit dem TDI der EBDD ist. Unschärfen ergeben sich nach wie vor aufgrund der Orientierung des deutschen Behandlungssystems an der ICD-10, die Analysen auf Substanzebene z.T. erschwert oder nicht möglich macht. Dafür liegen interessante neue Daten (z.B. Analysen der niedrighschwelligen Einrichtungen) vor, die die bisherigen Berichte sinnvoll ergänzen.

Angaben zu den Charakteristika behandelter Drogenkonsumenten finden sich in Standardtabelle 3.

#### **4.3.1 Ambulante Betreuung**

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der nationalen Suchthilfestatistik des Jahres 2007 für Deutschland (Sonntag et al. 2008b). Im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik wurden im Jahr 2007 insgesamt 220.669 Fälle (ohne Einmalkontakte) in ambulanten Einrichtungen 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 2007 waren 80,5% aller in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten 40.053 ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 57,6% von ihnen sind zwischen



Tabelle 4.3 Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 2004-2007

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	64,7%	25,8%	1,6%	7,5%	0,4%	11.615
Methadon	2,8%	1,1%	95,1%	0,3%	0,7%	5.800
Buprenorphin	3,3%	1,2%	87,4%	5,8%	2,4%	1.042
Andere Opiate	4,0%	3,8%	85,8%	3,9%	2,6%	1.952
Kokain	23,7%	23,8%	1,0%	49,8%	1,8%	6.680
Crack	7,1%	88,8%	1,0%	2,9%	0,2%	863
Amphetamine	1,7%	11,7%	37,5%	43,8%	5,3%	4.565

Mehrfachnennungen möglich.

(Sonntag et al. 2008b).

## Diagnosen

Für das Jahr 2007 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 40.077 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der WHO (ICD-10) für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit).

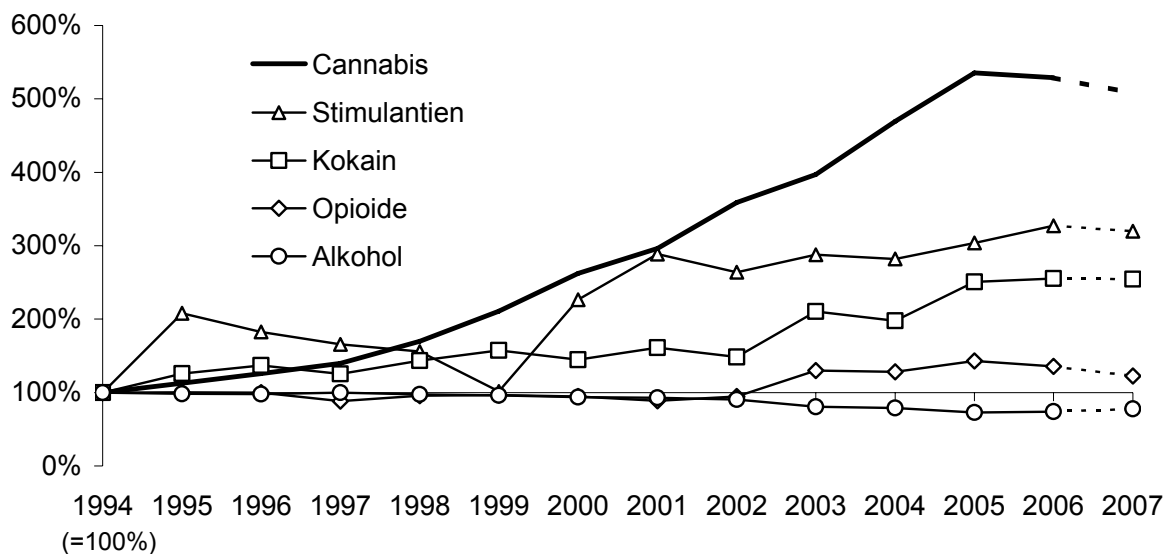
Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelt es sich mittlerweile in weniger als der Hälfte der Fälle (49,6%) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opiaten in Beratung oder Behandlung begeben. In fast einem Drittel der Fälle (32,5%) handelt es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung sind, steht Cannabis mit 51,2% der Klienten als Substanz deutlich an erster Stelle (Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung

Hauptdiagnose (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Zugänge (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	47,7	57,2	49,6	25,9	35,7	27,7
Cannabinoide	35,4	20,6	32,5	54,9	35,3	51,2
Sedativa/Hypnotika	1,0	6,7	2,1	0,8	7,4	2,0
Kokain	8,2	5,4	7,6	8,2	5,2	7,7
Stimulantien	6,4	8,2	6,7	9,4	14,9	10,4
Halluzinogene	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Flüchtige Lösungsmittel	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
Multiple/andere Substanzen	1,2	1,5	1,3	0,6	1,1	0,7
Gesamt	32.281	7.589	40.077	14.964	3.318	18.321

(Sonntag et al. 2008b).

Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit 1994, zeigt sich bis 2005 die deutlichste Zunahme für Cannabis. Bereits zwischen 2005 und 2006 zeichnete sich allerdings nach den Zuwächsen der Vorjahre eine gewisse Stagnation ab. Auch wenn aufgrund der zuvor beschriebenen Gründe im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Kerndatensatzes (Sonntag 2007) Trendanalysen nur bedingt möglich sind, scheinen sich die enormen Zuwachsraten bei den Cannabisklienten auch weiterhin nicht fortzusetzen. Auch die Anteile anderer Substanzen haben sich stabilisiert (Abbildung 4.1).



(Sonntag et al. 2008b).

Abbildung 4.1 Langfristige Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (1994=100%)

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opiatproblemen weisen 27,5% auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) und 27,1% eine Kokainstörung auf. Mit 35,7% stellt die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis die häufigste nicht-opiatbezogene Sekundärdiagnose bei diesen Klienten dar. 41,7% der Klienten mit Opiatproblemen weisen eine Methadon-Einzeldiagnose auf. Bei primären Kokainproblemen stehen Cannabis, Amphetamine (19,1%) und Ecstasy (10,7%) im Vordergrund. Immerhin 12,0% der Klienten mit primären Kokainproblemen erfüllen zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin. 16,0% der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik weisen auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen, 11,7% von Kokain auf. Über alle Substanzen hinweg hat etwa ein Drittel der Klienten zusätzlich zum primären Grund der Behandlungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol, bei Klienten mit primärer Kokainstörung liegt der Anteil über 40% (Sonntag et al. 2008b).

In einer kürzlich veröffentlichten Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger haben Körkel und Waldvogel (2008) an einer Population von Besuchern von Kontaktläden für Drogenab-



hängige den Konsum psychoaktiver Substanzen untersucht. Dabei zeigte sich, dass 43% der befragten Drogenabhängigen die DSM-4-Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllten, 18% befanden sich bereits in Alkoholentgiftungsbehandlungen. Mit der Anzahl der konsumierten Drogen stieg auch die Alkoholkonsummenge. Die Autoren betonen vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse, dass der Alkoholkonsum sowohl in der niedrighwelligen Drogenhilfe als auch in anderen Hilfebereichen substantzieller Gegenstand von Diagnostik, Motivations- und Behandlungsmaßnahmen sein sollte. Unterstützt wird diese Forderung von dem Ergebnis, dass bereits 64% aller alkoholabhängigen Drogenabhängigen den Wunsch in sich tragen, an ihrem Alkoholkonsum etwas zu ändern.

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.

Ende 2007 wurde der inzwischen 8. Jahresbericht (Berichtsjahr: 2006) der Reihe „Moderne Dokumentationen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ des Landes Schleswig-Holstein vorgestellt. (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2007). Demnach haben sich in Schleswig-Holstein 28% der Klienten aufgrund von Opiatabhängigkeit an eine ambulante Beratungsstelle gewandt, 12% der Klienten wegen des Konsums von Cannabis sowie 3% wegen Kokainkonsums. Insbesondere Heroinabhängige (28%) und Cannabisklienten (23%) leben demnach in prekären Wohnverhältnissen. Da andererseits 4 von 10 Cannabisklienten (41%) ihren Lebensmittelpunkt noch bei den Eltern haben, handelt es sich offensichtlich insbesondere bei den Klienten mit cannabisbezogenen Störungen um eine sehr heterogene Gruppe, die sich in eine Subgruppe mit relativ guten Ressourcen (sozial, psychisch, physisch) und eine Population mit erheblich komplexeren Problemlagen und multiplen Schwierigkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen unterteilt. Der Anteil der ambulant behandelten Heroinabhängigen ist in Schleswig-Holstein zwischen 2001 und 2006 um nahezu 10 Prozentpunkte gefallen, der Anteil mit der Hauptsubstanz Cannabis von 9% im Jahr 2001 auf 14% im Berichtsjahr gestiegen ist. Die Autoren des Jahresberichtes weisen jedoch darauf hin, dass ein Teil dieses prozentualen Anstiegs der Cannabisklienten vermutlich mit den Veränderungen in der Dokumentation der Hauptsubstanz im Zuge der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes zusammenhängt.

### **Missbrauch von Medikamenten**

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentabhängigkeit variieren von 700.000 (Schwaabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen in Deutschland (Kraus & Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 zufolge, weisen nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (Watzl et al. 1991) knapp 5% aller Befragten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen problematischen Arzneimittelkonsum auf. Trotz der hohen Prävalenzen einer Medikamen-

tenabhängigkeit wird die oft als "stille Sucht" bezeichnete Erkrankung anders als die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen (Rabbata 2005). Ähnliches gilt für die Versorgung arzneimittelabhängiger Personen, welche in der stationären und ambulanten Suchtbehandlung im Vergleich zu anderen Suchterkrankungen deutlich unterrepräsentiert sind. So befinden sich unter den mit der DSHS erfassten Klienten ambulanter Einrichtungen insgesamt nur 0,8% mit einer Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika. Unter den Frauen ist der Anteil mit 2,0% mehr als fünfmal so hoch wie unter den Männern (0,4%) (Sonntag et al. 2008b). Ein vergleichbarer Anteil dieser Klientengruppe und eine ähnliche Geschlechtsverteilung wurde für das Jahr 2005 auch im Rahmen der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) 2008) berichtet.

Zur Erfassung des Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotentials von Arzneimitteln wird in Deutschland seit 1988 mit Phar-Mon (ehemals „ebis-med“) ein Monitoringsystem zur Erfassung des missbräuchlichen bzw. abhängigen Arzneimittelkonsums bei Klienten der ambulanten Suchtbehandlung durchgeführt. Bestimmte Merkmale der Stichprobe wie der erleichterte Zugang zum Grau- und Schwarzmarkt, die Verwendung von Arzneimitteln als Ersatz oder als Wirkungsmodulatoren für Drogen oder Alkohol und die besondere Bedürfnisstruktur von Klienten mit substanzbezogenen Störungen, dürften wesentlich zur Sensibilität des Monitorings in Phar-Mon beitragen (Küfner & Rösner 2008).

Im Jahr 2006 wurden in Phar-Mon insgesamt 448 Meldungen von 276 überwiegend alkohol- und drogenabhängigen Klienten in die Auswertungen einbezogen (Rösner & Küfner 2007). Unter den Phar-Mon Klienten weisen knapp zwei Drittel (66,3%) eine Hauptdiagnose aus dem Bereich illegaler Drogen auf, während Klienten mit alkoholbezogenen Diagnosen weniger als ein Viertel der Fälle (23,7%), Klienten mit Sedativa-/Hypnotika-Abhängigkeit nur 2,2% der Fälle abdecken.

Wie in den Vorjahren wurden in Phar-Mon auch 2006 Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ in allen Klientengruppen mit Anteilen zwischen 29,1% (Hauptdiagnosegruppe: Alkohol) und 35,3% (Hauptdiagnosegruppe: Sedativa/Hypnotika) am häufigsten dokumentiert. Innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Alkohol zeigt sich zwischen 2002 und 2006 ein Anstieg im problematischen Konsum des mittellangwirksamen Benzodiazepin-Tranquilizers Bromazepam von 0,0% auf 5,5% der Gesamtnennungen (Abbildung 4.2). Die Zunahme im 5-Jahres-Verlauf wurde im Berichtsjahr 2004 durch einen Rückgang der Dokumentationshäufigkeit unterbrochen, bevor anschließend eine weitere Steigerung im missbräuchlichen Konsum verzeichnet wurde.

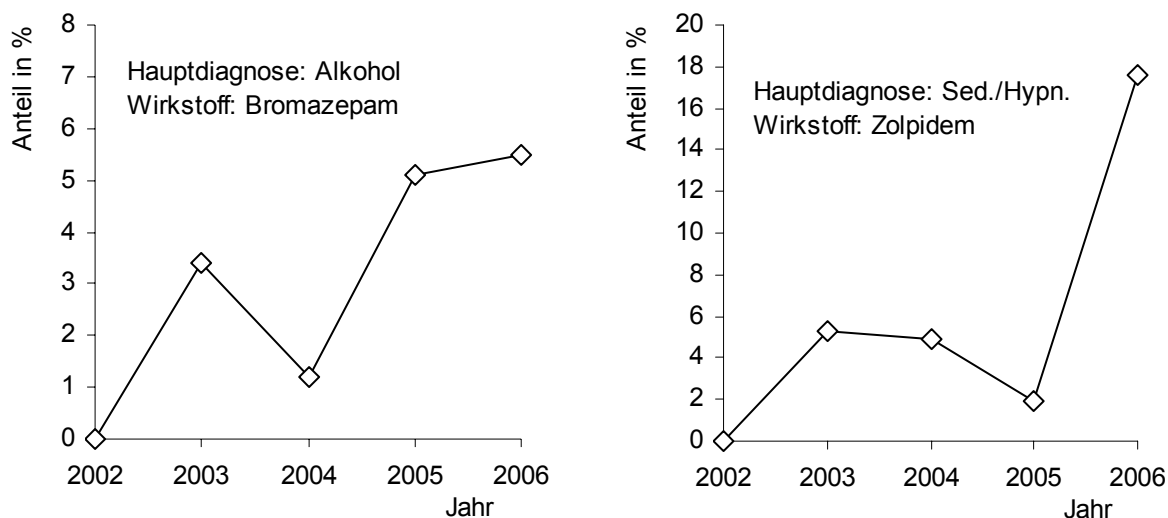


Abbildung 4.2 Trendentwicklungen (Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa/Hypnotika)

Innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika ist im 5-Jahres-Vergleich ein signifikanter Anstieg im problematischen Konsum chemisch definierter Hypnotika zu verzeichnen. Diese spiegelt sich auf Wirkstoffebene vor allem durch den erhöhten Konsum von Zolpidem wider: Der Anteil problematischer Einnahmen des Wirkstoffs hat sich von 0,0% im Jahr 2002 auf 17,6% der Gesamtnennungen im Jahr 2006 erhöht (Abbildung 4.2). Auch Hoffmann et al. (2007) finden in einer Querschnittsstudie auf Basis von Krankenkassendaten Hinweise auf eine häufige Überschreitung der Einnahmedauer und -dosis in der Allgemeinbevölkerung und warnen vor einer unkritischen Verordnung dieser Substanzen.

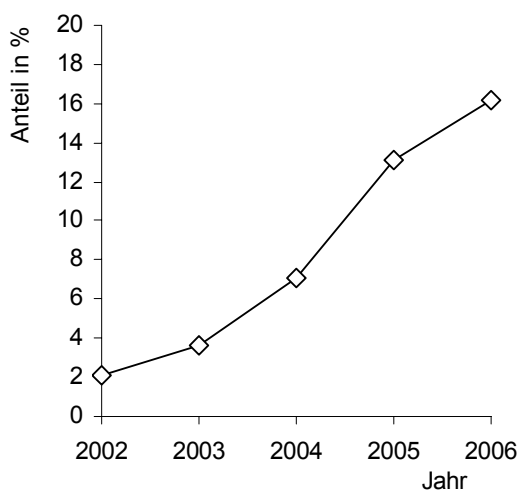


Abbildung 4.3 Trendentwicklung in der Hauptdiagnosegruppe Opiate; Wirkstoff: Methadon

Bei Klienten aus der Hauptdiagnosegruppe Opiate setzt sich der in den letzten Jahren beobachtete Trend eines ansteigenden Missbrauchs von Opiaten fort. Wie die Trendanalyse auf

Ebene der Wirkstoffe ergibt, geht die Zunahme auf den nicht-regulären Gebrauch von Substitutionsmitteln (insbesondere Methadon) zurück. Mit einem Anstieg von 2,1% im Jahr 2002 auf 16,2% der Gesamtnennungen im Jahr 2006 hat sich die Zahl der Methadon-Dokumentationen in Phar-Mon erheblich gesteigert (Abbildung 4.3).

Neue Beschaffungsmöglichkeiten, wie z.B. Online-Apotheken, spielen bei den in Phar-Mon dokumentierten Fällen bislang nur eine vergleichsweise geringe Rolle. Zwar wurden Online-Apotheken in der Phar-Mon Stichprobe für den Bezug von Benzodiazepinen genutzt, allerdings erfolgte dies ausnahmslos unter Einhaltung der Rezeptpflicht. Mutschler und Kollegen (2007) berichten kasuistisch über den Fall eines opioidabhängigen Klienten, der seinen Bedarf an Opioiden ausschließlich über Online-Apotheken abdecken konnte. Die Autoren warnen vor den Konsequenzen, die sich aus der Möglichkeit einer Umgehung der Rezeptpflicht bei Online-Apotheken in Bezug auf problematische Gebrauchsformen von Medikamenten ergibt.

### **4.3.2 Stationäre Betreuung**

#### **Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)**

Im Jahr 2006 wurden von insgesamt 34.186 in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentierten stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 6.855 Personen wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/ Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) behandelt (Sonntag et al. 2008a). Darunter waren 5.710 Männer, dies entspricht einem Männeranteil von 83,4%. Hauptursache für stationäre Behandlungen insgesamt sind nach wie vor alkoholbezogene Störungen (zum Vergleich: 2007 wurden 17.310 Behandlungen wegen Alkohol-bezogener Störungen registriert). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch hier basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach wie vor stellen (innerhalb der Drogenkonsumenten) Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opiaten die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung. Die zweitgrößte Gruppe bilden Klienten mit Cannabis-bezogenen Störungen (19,6%), gefolgt von Klienten mit polyvalentem Konsum (9,9%). Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulantien sind in 9,8% bzw. 9,2% der Fälle der primäre Behandlungsgrund. Ob die Tatsache, dass Cannabis den polyvalenten Konsum in seiner Bedeutung als zweitwichtigster Diagnosegruppe abgelöst hat, der Einführung des neuen Dokumentationsstandards (Sonntag 2007) geschuldet ist oder ob es sich um eine Fortsetzung der steigenden Bedeutung von Cannabis auch im stationären Kontext handelt, werden die Daten der kommenden Jahre zeigen. Cannabis spielt bei Frauen nach wie vor eine deutlich geringere Rolle als bei den Männern: Nur 12,7% der Frauen vs. 21,1% der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Unterschiede in dieser Größenordnung zwischen den Geschlechtern finden sich sonst nur noch für Sedativa/ Hypnotika, bei denen das Verhältnis fast um den Faktor 1:10 umgekehrt ist (Tabelle 4.5).

## Daten aus anderen Quellen

Eine Gesamtübersicht über alle stationär betreuten Patienten in Deutschland bietet die Statistik der Krankenhausbehandlungen (Krankenhausdiagnosestatistik) des Statistischen Bundesamtes, deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2006 vorliegen. Sie erfasst die behandlungsleitende Diagnose, Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik, die spezifische Informationen ergänzen kann. Die Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) beziehen sich auf Rehabilitationsbehandlungen von Suchtkranken. Die Verteilung dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entspricht sich weitgehend, wenn man den deutlich höheren Anteil der undifferenzierten Diagnosen nach F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) in den Daten der DRV berücksichtigt.

Opiate stehen bei den Akutbehandlungen (Krankenhausbehandlungen) zahlenmäßig klar im Vordergrund (ohne Berücksichtigung von Alkohol). 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 diese substanzbezogenen Angaben jedoch nicht vorliegen, ist eine Prüfung dieser Annahme nicht möglich.

Tabelle 4.5 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus- behandlungen		DRV		DSHS (Berichtsjahr 2007)		
	2005	2006	2005	2006	Gesamt	Männer	Frauen
Opioide	32,2%	33,5%	19,9%	20,3%	48,6%	48,3%	50,1%
Cannabinoide	6,5%	6,7%	7,1%	8,1%	19,6%	21,1%	12,7%
Sedativa/Hypnotika	9,8%	9,9%	2,3%	2,1%	2,7%	1,2%	10,0%
Kokain	1,4%	1,5%	3,5%	3,6%	9,8%	10,6%	5,5%
Stimulantien	1,4%	1,6%	1,9%	2,2%	9,2%	9,1%	9,4%
Halluzinogene	0,6%	0,5%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Multiple/Andere Subst.	48,0%	46,1%	65,2%	63,6%	9,9%	9,4%	12,2%
Gesamt	88.487	87.907	10.573	11.737	6.855	5.710	1.144

(Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) 2007; Sonntag et al. 2008a; Statistisches Bundesamt 2008a).

Vergleicht man die Daten der stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligen mit diesen Statistiken, so kann man folgendes feststellen: In der stationären Behandlung stehen Opiate unter den illegalen Substanzen an erster Stelle. Rechnet man die Fälle mit multiplem Substanzgebrauch dazu, hinter denen in den meisten Fällen eine Kombination aus Opiatabhängigkeit und Kokain- oder anderen Suchtproblemen stehen dürfte, so summiert sich dieser Anteil auf 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 Entwöhnungs-

behandlungen (DRV) spielen sie dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Patienten mit einer Cannabisstörung stehen bei der Reha-Behandlung an zweiter Stelle der Einzelsubstanzen, wenn auch mit großem Abstand zu den Opioiden. Kokain folgt an dritter Stelle (Tabelle 4.5).

Unter den illegalen Drogen dominieren Störungen aufgrund des Konsums von Heroin nach wie 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 stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt allerdings eine zunehmend wichtigere Rolle.

Im Rahmen einer Studie zu primären cannabisbezogenen Störungen (CARED) haben Simon und Kraus (2007) die Validität von cannabisbezogenen Diagnosen in ambulanten Suchtberatungsstellen untersucht. Dabei wurden gezielt Klienten, die im Erhebungszeitraum in Betreuung in bestimmten (zufällig ausgewählten) Einrichtungen waren, mit Hilfe computergestützter klinischer Interviews (Lachner et al. 1998) diagnostiziert und die Ergebnisse dieser Validierungsdiagnose mit den im Rahmen des Routineverfahrens der deutschen Suchthilfestatistik vergebenen Diagnosen verglichen. In etwa drei Vierteln aller Fälle wurde in der Validierungsdiagnose eine klinisch relevante Cannabisstörung festgestellt. Bei etwa zwei Drittel der Cannabisklienten wurde eine Monodiagnose gestellt, bei etwa einem Viertel konnte neben der Cannabisstörung eine weitere Diagnose vergeben werden (in den meisten Fällen handelte es sich um eine alkoholbezogene Störung). Dieses Ergebnis unterstreicht ebenfalls die bereits aus der Literatur bekannte Tatsache, dass die Therapie von Klienten mit cannabisbezogenen Störungen häufig die Behandlung multipler Problemlagen erfordert und daher insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe, Psychiatrie und anderen Hilfestrukturen (z.B. Jugendhilfe) speziell bei dieser Klientel von Bedeutung ist.

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

Personen, die wegen Drogendelikten - in der Regel Handelsdelikten - oder aus anderen Gründen in Haft sind, konsumieren häufig auch innerhalb der Gefängnisse psychotrope Substanzen. Epidemiologische Daten zum Konsum psychotroper Substanzen sind in den Justizvollzugsanstalten 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.

## 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 abstinenzoriente Angebote. Beide Konzepte sind komplementär zu sehen, da auch Substitution langfristig auf Drogenfreiheit abzielt, wo diese erreicht werden kann.

Die abstinenzgestützte Behandlung kann nach gegenwärtigem Wissensstand in vier grundlegende Phasen unterteilt werden:

- 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. Grundlage aller Maßnahmen sollte ein Behandlungs- bzw. Hilfeplan sein. 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* beinhaltet zum einen die so genannte Adaptionsphase, zum anderen betreutes Wohnen oder andere ambulante Nachsorgemaßnahmen. In der Adaptionsphase 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

Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entgiftung und Entzug werden überwiegend in so genannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen (häufig im Psychatriebereich) vorgenommen. Entwöhnung erfolgt vor allem in Fachkliniken oder in therapeutischen Gemeinschaften.

Die ambulanten Beratungsstellen sind die ersten Anlaufstellen für Klienten mit Suchtproblemen, 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 sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuermittel, etc. ) 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). In manchen Fällen ist eine stationäre Maßnahme der Situation der Klienten nicht angemessen - 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.

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 wird 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 zufrieden stellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Spezialsystem 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.



Als Ergebnis der 2006 erfolgreich abgeschlossenen Medikamentenstudie zum Einsatz von Heroin bei der Behandlung Opiatabhängiger wird derzeit die Zulassung von Diamorphin zur Regelbehandlung geprüft. Die dafür notwendigen Gesetzesänderungen und die Regelung weiterer Modalitäten befinden sich derzeit noch im politischen Entscheidungsprozess. Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) liegt seit Mitte 2006 ein Antrag auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel vor. Das BfArM hat den Antrag fachlich positiv beurteilt, kann das Medikament jedoch erst zulassen, wenn zuvor eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erfolgt, das gegenwärtig die Verschreibung von Diamorphin verbietet. Eine entsprechende Gesetzesinitiative des Bundesrats und der Bundesregierung wurde vom deutschen Bundestag bislang nicht auf die Tagesordnung genommen. Die Patienten des Modellprojekts werden seit dem 01. Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis gemäß §3 Abs. 2 des BtMG zunächst weiter mit Diamorphin behandelt. Alle am Modell beteiligten Ambulanzen haben eine Verlängerung ihrer zunächst bis zum 30. Juni 2007 befristeten Erlaubnis beantragt, die ihnen durch das BfArM auch gewährt wurde. Während in Hamburg, München, Bonn und Hannover nur die noch in der Behandlung befindlichen Patienten weiterbehandelt werden sollen, hatten Karlsruhe, Köln und Frankfurt die Aufnahme zusätzlicher Patienten beantragt und genehmigt bekommen. Die Frist der durch das BfArM ausgesprochenen Erlaubnis endet in München zum 31.12.2008, in Hamburg zum 31.12.2009 und in den übrigen Städten zum 30. April 2010 bzw. zum 30. Juni 2010 (Stand: Juli 2008). Die Bundesförderung für die am Modell beteiligten Städte ist Ende Februar 2008 ausgelaufen. Die Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland wird jedoch weiterhin durch den Bund gefördert, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung erfolgt, die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte einschließt.

In der Integrations- und Nachsorgephase wird ein vielschichtiges Angebot von beruflichen Hilfen, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gesellschaft 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, Psychiatrie und anderen Fächern der 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 (GKV und RV) federführend tätig sind. Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanter therapeutischer Angebote durch die Rentenversicherung kommen die genannten Standards auch dort immer stärker zum Tragen- wobei sich diese Relevanz gegenwärtig fast ausschließlich auf den Alkoholbereich beschränkt und für Drogen bislang keine große Rolle spielt.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und Organisationen wird in vielen Bundesländern durch landesfinanzierte Institutionen gefördert.

## Finanzierung und Trägerschaft

Die nach wie vor aktuellste verfügbare Übersicht aus 2005 nennt für Deutschland eine Zahl von 934 spezialisierten Suchtberatungsstellen, die Drogen vorrangig oder neben anderen psychotropen Substanzen behandeln<sup>25</sup>. 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). Gegenwärtig baut die DBDD mit Unterstützung des Bundes, der Länder und der Verbände ein zentrales Register aller Suchthilfeinrichtungen in Deutschland auf, das erstmalig einen nahezu vollständigen Überblick über alle bestehenden (Fach-)Angebote liefern wird und sich an der Klassifikation des Deutschen Kerndatensatzes (Sonntag 2007) orientiert.

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 auf der Grundlage des SGB XII 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. Mittlerweile besteht z.B. bereits die Möglichkeit, einen postgraduierten Studiengang zu absolvieren, der mit dem Grad eines MSc (Master of Science) im Bereich Suchthilfe abschließt.

---

<sup>25</sup> Dabei handelt es sich um eine Schätzung der Gesamtzahl der psychosozialen Beratungsstellen, unter denen Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen.

## **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 (zur Beschreibung der Datenquellen siehe auch Kapitel 4.3). Im ersten Jahr nach Einführung des neuen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (Sonntag 2007) wurden 720 ambulante Einrichtungen mit Bundes- oder Landesförderung erfasst.

Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 01. 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 2007 stehen aus dieser Datenquelle 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 (Krankenhausdiagnosestatistik). 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 sind diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet.

Herrmann und Lorenz (2007) haben suchtbezogene Haltungen von Hausärzten und Suchtberatern untersucht. Dabei haben sie erhebliche Differenzen im theoretischen und konzeptionellen Bezug sowie berufstypische Kommunikationsstile identifiziert, die problematische Kooperationsbeziehungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bedingen. So ist in der allgemeinärztlichen Praxis häufig eine Fokussierung auf somatische Befunde und Folgeerkrankungen zu beobachten, ohne dass die zugrunde liegende Suchterkrankung thematisiert bzw. behandelt wird. Die Autoren sehen in der verstärkten Einführung von Qualitätszirkeln oder Gesundheitskonferenzen die zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Professionen führen, gute Voraussetzungen für die langfristige Schaffung befriedigender Kooperationen und gegenseitiger Ergänzung bei der Behandlung der betroffenen Patienten. Auch Coder und Kollegen (2007) berichten basierend auf einer Befragung unter niedergelassenen Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern, dass nur etwa ein Viertel der Ärzte mit den spezialisierten Schwerpunktpraxen für Sucht kooperierte. Dieser Mangel der Kooperation basierte zum einen darauf, dass das Konzept der Schwerpunktpraxen bei vielen Allgemeinmedizinern unbekannt war und zum anderen darauf, dass zahlreiche Allgemeinarztpraxen sich nicht in ausreichender räumlicher Nähe zu den Schwerpunktpraxen befinden. Insbesondere im ländlichen Raum zeigen sich damit die Grenzen des Konzepts der Schwerpunktpraxen und die Autoren empfehlen, vor allen Dingen die Kompetenz der Hausärzte in der Diagnostik und Therapie von Suchtpatienten zu verbessern. Auch die Berücksichtigung der Teilnahme an entsprechenden Kooperations- und Qualitätszirkeln in den ärztlichen Vergütungssystemen könnte möglicherweise einen Beitrag zur Verbesserung der Kooperation leisten.

### **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 2005), Frankfurt (Müller et al. 2007) und Hamburg (Baumgärtner 2006; Behörde für Soziales Familie Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2006). In Hessen hat man integrierte Jugend- und Suchthilfezentren geschaffen (Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) 2006).

Vor dem Hintergrund steigender Zahlen älterer Drogenabhängiger innerhalb des Versorgungssystems (illustriert z.B. durch einen wachsenden Altersdurchschnitt der Nutzer unterschiedlicher Hilfsangebote) hat sich ein internationales Projekt mit Unterstützung der Europäischen Kommission zum Ziel gesetzt, die konkrete Planung von (Modell-)Projekten für ältere Drogenabhängige zu erleichtern und zu beschleunigen. Die vier Projektziele beinhalten die Schaffung von Grundlagen, um den Umfang des Problems zu klären, die Präzisierung von Rahmenbedingungen für die Versorgung in unterschiedlichen Einrichtungen, die Entwicklung länderspezifischer Richtlinien zur Versorgung älterer Drogenabhängiger und Öffentlichkeitsarbeit über verschiedene Informationskanäle. Ältere Drogenabhängige werden im Projekt als Personen definiert, die älter als 35 Jahre alt sind. In das Projekt gehen Ergebnisse und Er-

fahrungen aus Deutschland, Österreich, Polen und Schottland ein. Dabei werden sowohl qualitative Interviews mit Experten als auch mit Betroffenen geführt, Literaturrecherchen und Beispiele guter Praxis ergänzen die Informationssammlung. Eine Website (<http://www.sddcare.eu/>) dient der Kommunikation innerhalb des Projektes und mit der Öffentlichkeit. Verschiedene Seminare und eine europäische Konferenz 2010 in Frankfurt runden die geplanten Aktivitäten des Projektes ab (Vogt 2008). Das BMG finanziert eine erweiterte Untersuchung, um die Situation in Deutschland vertiefter beurteilen zu können.

Küfner und Mitarbeiter (2007) haben ein Motivationsprogramm zur Motivierung schwer erreichbarer Drogenabhängiger entwickelt und erprobt. Dabei ist es gelungen, in etwa 50% der Fälle der Interventionsgruppe eine bessere Einbindung der Betroffenen in das Suchthilfesystem zu erreichen (im Vergleich zu 9% in der Kontrollgruppe). Auch die psychosoziale Lage der Patienten der Interventionsgruppe konnte verbessert werden. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss dass zur besseren Integration von Drogenabhängigen in das professionelle Hilfesystem Ansätze der aktiv aufsuchenden Hilfe und ein Kontingenz-Management ein hilfreicher Ansatz sind, der noch um eine psychoedukative Komponente ergänzt werden sollte.

In einem umfangreichen Projekt der Europäischen Kommission wurde vor kurzem die Qualität der Drogenbehandlung in Europa und der Austausch von „Good Practice“ untersucht (ZIS Hamburg 2008). Der Report beinhaltet die systematische Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen zur Behandlung der Drogenabhängigkeit in Europa, stellt die Versorgungsangebote und Nutzung der Drogenbehandlung in den EU-Mitgliedsstaaten dar, skizziert die Situation und Modelle zur Verbreitung von Wissen und „Good Practice“ und behandelt in einem zweiten Teil umfangreich Prävention-, Behandlungs- und Schadensminimierungsangebote für Gefängnisinsassen (Stöver et al. 2008).

Die zur Verfügbarkeit von Behandlung vorliegenden Informationen finden sich in Standardtabelle 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 grundlegenden Charakteristika der ambulant bzw. stationär betreuten Klienten wurden bereits unter Kapitel 4.3.1 bzw. 4.3.2 beschrieben.

#### **Klienten im stationären Bereich**

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da die Standards der Dokumentation sich an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung (drogenfrei vs. medikamentengestützt) werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit Hauptdiagnose F11-F16 oder F18-

F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus und Rehabilitationsbehandlung 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. Es existieren aber z.B. für psychiatrische Kliniken oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemeine Standards zur Dokumentation, die auch Informationen zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen beinhalten. Eine systematische Analyse zur Überführung dieser Informationen in den Standard des KDS liegt bislang nicht vor.

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 (bislang fast ausschließlich im Alkoholbereich).

Im Akutbereich steht Alkohol nach wie vor mit großem Abstand an erster Stelle der Hauptdiagnosen. Bei den illegalen Substanzen spielen Opiate und Cannabinoide die wichtigste Rolle. Akutbehandlungen (v.a. wegen akuter Intoxikationen) wegen Sedativa/Hypnotika stellen (unter den Einzelsubstanzen) nach Alkohol die dritthäufigste Ursache der Behandlungsaufnahme dar. Etwa die Hälfte aller Drogenfälle in Krankenhausbehandlung beruht auf polyvalentem Konsum. Während die Gesamtzahl der Sucht- bzw. Drogenbehandlungen von 2005 nach 2006 minimal gesunken ist, haben sich die Behandlungszahlen für Stimulanzien erneut um fast etwa 16%, für Kokain um ca. 10% erhöht (Tabelle 5.1). Einschränkend muss man aber anmerken, dass die Fallzahlen dieser Substanzen im Vergleich zu Alkohol, Opiaten oder Cannabis deutlich kleiner sind, so dass es schnell zu größeren prozentualen Veränderungen kommt. Betrachtet man die Verteilung der Diagnosen und damit deren relative Anteile, haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch keine Änderungen ergeben (vgl. 4.3.2 ab Seite 78).

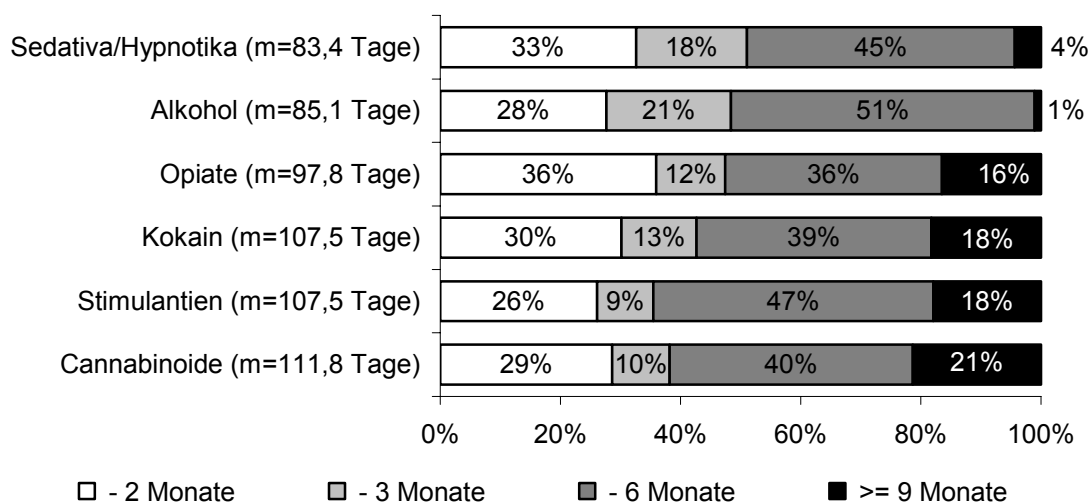
Tabelle 5.1 Stationäre Behandlung von Suchtproblemen in Krankenhäusern 2003-2006

Hauptdiagnose	Jahr				Veränderungen
	2003	2004	2005	2006	2006 vs. 2005
Alkohol	288.115	290.864	299.428	298.955	-0,2%
Opioide	25.145	25.889	28.476	29.472	+3,5%
Cannabinoide	4.151	5.107	5.789	5.932	+2,5%
Sedativa/Hypnotika	8.035	8.504	8.667	8.661	-0,1%
Kokain	1.112	1.096	1.210	1.336	+10,4%
Stimulantien	1.074	1.139	1.226	1.424	+16,2%
Halluzinogene	573	562	518	471	-9,1%
Tabak	944	420	278	234	-15,8%
Flüchtige Lösungsmittel	197	151	122	119	-2,5%
Multiple/andere Substanz.	43.252	41.699	42.479	40.492	-4,7%
Gesamt Sucht	372.598	375.431	388.193	387.096	-0,3%
Gesamt Drogen	75.307	84.147	88.487	87.907	-0,7%

(Statistisches Bundesamt 2008a)

Die Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik für stationäre Einrichtungen (Sonntag et al. 2008a) zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1).

Die Ergebnisse der DSHS im stationären Bereich für das Jahr 2007 berichten eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 16,0 für Cannabis, 15,4 für Stimulantien und Kokain, 14,0 für Opiate, 12,2 für Alkohol und 11,9 für Sedativa/Hypnotika. Zu beachten ist, dass die Behandlungsdauern z.T. erhebliche Varianzen aufweisen. Auffallend ist, dass die Behandlungsdauern wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit durchschnittlich 14-16 Wochen länger sind als für Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten mit Behandlungsdauern  $\geq 9$  Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen. Die Therapiedauer ist für die meisten Drogenabhängigen in stationärer Betreuung seit einigen Jahren deutlich rückläufig (Abbildung 5.1).



(Sonntag et al. 2008a)

Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten 2007

Die Analyse der Fallzahlen für Rehabilitation (basierend auf den Angaben zur Zahl der Entwöhnungsbehandlungen) zeigt für die Drogenpatienten insgesamt ein gemischtes Bild. Die Zahl stationärer Behandlungen nahm nach dem leichten Zuwachs zwischen 2004 und 2005 erneut um 4,6% auf 8.458 zu. Die Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen bei dieser Gruppe stieg zwischen 2003 und 2005 deutlich an, stagniert aber und liegt 2006 bei 1.124 Fällen. Die über einige Jahre zu beobachtende Verschiebung zu ambulanter Behandlung hat sich im Berichtsjahr 2006 nicht fortgesetzt. Die verfügbaren Statistiken weisen die teilstationären Behandlungen bislang nicht gesondert aus. Der Versuch einer differenzierteren Betrachtung in den kommenden Berichtsjahren könnte hier eine vertiefende Analyse von Veränderungen ermöglichen.

Tabelle 5.2 Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen)

Hauptdiagnose	Stationär				Ambulant			
	2004	2005	2006	Δ '05/'06	2004	2005	2006	Δ '05/'06
Alkohol	28.884	27.213	26.416	-2,9%	10.739	10.387	9.145	-12,0%
Drogen	7.613	8.086	8.458	+4,6%	1.020	1.141	1.124	-1,5%
Medikamente	372	314	297	-5,4%	83	77	67	-13,0%
Multipler Gebrauch	3.359	3.097	3.541	+14,3%	466	520	478	-8,1%
Gesamt Sucht	40.228	38.710	38.712	0,0%	12.308	12.125	10.814	-10,8%

(Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2005; Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) 2007, 2008)

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Zahl der Patienten mit multipltem Gebrauch von psychotropen Substanzen (bei dem in der Regel auch Drogenkonsum eine Rolle spielen dürfte) zu beobachten. Die prozentualen Veränderungen bei den Patienten mit einer Entwöhnung von Medikamenten sollten aufgrund der kleinen Fallzahlen nur mit Vorsicht inter-



pretiert werden. Nach wie vor sind etwa sieben bis acht Mal so viele Drogenpatienten in stationären wie in ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, während das Verhältnis bei Alkohol nur in etwa 1:3 beträgt (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2005; Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) 2007, 2008) (Tabelle 5.2).

### Klienten im ambulanten Bereich

Die Zugänge zu ambulanter Betreuung beruhen 2007 auf Nennungen aus 646 Einrichtungen, die entsprechende Angaben im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) gemacht haben (Tabelle 5.3). Die Verteilung der einzelnen Hauptdiagnosen innerhalb der illegalen Drogen wurde bereits in Kapitel 4.3.1 (Tabelle 4.4 auf Seite 74) dargestellt. Erste Analysen deuten darauf hin, dass sich trotz der Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (Sonntag 2007) zwischen 2006 und 2007 praktisch keine nennenswerten Veränderungen in der Verteilung der Suchtdiagnosen zeigen.

Tabelle 5.3 Neuzugänge zu ambulanter Betreuung 2007

Hauptdiagnose	%	N	Zahl der Kontakte (M)	Betreuungsdauer
Alkohol	59,5	61.348	19,9	34,9
Opioide	19,3	19.891	32,6	44,9
Cannabinoide	12,6	13.005	11,2	25,7
Sedativa/Hypnotika	0,8	839	18,5	36,8
Kokain	3,0	3.051	16,1	30,5
Stimulantien	2,6	2.692	15,3	31,3
Halluzinogene	<0,1	49	13,0	37,6
Tabak	1,6	1.677	9,5	13,9
Flüchtige Lösungsmittel	<0,1	34	12,7	19,7
Multiple/andere Substanz.	0,5	516	19,2	37,7
Gesamt		103.102		
Gesamt Drogen		40.077		

(Sonntag et al. 2008b)

Einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung sind in der DSHS enthalten (Sonntag et al. 2008b). Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 32,6 bei Opiatklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 11,2 am niedrigsten. Frauen, die wegen Opiaten, Cannabis, Halluzinogenen oder Sedativa/Hypnotika betreut oder behandelt werden, nehmen mehr Kontakte wahr als Männer mit vergleichbaren Hauptdiagnosen. Bei Kokain und anderen psychotropen Substanzen ist das Verhältnis umgekehrt. Bei Stimulantien gibt es keinen Unterschied in der Zahl der Kontakte zwischen den Geschlechtern (Tabelle 5.3).

Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opiatklienten sind im Mittel am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten (Klienten mit Stö-

rungen aufgrund des Konsums flüchtiger Lösungsmittel sind wegen der geringen Fallzahl nicht berücksichtigt) (Tabelle 5.3).

### **Regionale Daten**

In einer prospektiv angelegten Studie von Fischer und Kollegen (2007a, b) wurde die Ergebnisqualität der Behandlung von Drogenabhängigen in zwei abstinenzgestützten Einrichtungen in Rheinland-Pfalz untersucht. Dazu haben die Autoren über 18 Monate hinweg insgesamt N=429 Patienten bei der Aufnahme und Entlassung sowie sechs und zwölf Monate nach Beendigung der Behandlung untersucht. Die Gesamtausschöpfungsquote der Studie liegt bei 42%. Es handelt sich insgesamt um eine Population, die durch Mehrfachbenachteiligungen im medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich gekennzeichnet ist. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass Patienten dann erfolgreicher sind, wenn sie die Behandlung planmäßig beendet haben, länger als vier Monate in Behandlung waren, die Behandlung freiwillig angetreten haben und eher kurze Abhängigkeitskarrieren hatten. Junge Frauen konnten durch die Behandlung offensichtlich besonders gut stabilisiert werden (Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) 2008). Allerdings sind nur 12% der Patienten am Ende der Behandlung auch beruflich integriert. Darüber hinaus hatte über ein Drittel der Patienten bei Behandlungsbeginn keinen eigenen Wohnraum und es bleibt unklar, wie sich im Behandlungszeitraum die Wohnsituation der Patienten entwickelt hat. Gemessen am Kriterium der Abstinenz ergab sich bei der Halbjahresauswertung eine katamnestische Erfolgsquote von 26% und bei der Jahresauswertung von 22% (abstinent und abstinent nach Rückfall). Rückfälle waren am häufigsten innerhalb der ersten drei Monate nach Behandlungsende zu beobachten. Fischer und Kollegen kommen aber zu dem Gesamtergebnis, dass eine abstinenzgestützte Behandlung sinnvoll und erfolgreich ist und man bei vielen Patienten von „gelingenen Rehabilitationsverläufen“ sprechen kann (Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) 2008).

### **Innovative Behandlungsangebote und Modellprojekte**

Im Rahmen des Internetangebots [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) der BZgA wurde ein Ausstiegsprogramm für Personen mit Cannabisstörungen konzipiert (2007), das bereits in den letzten REITOX-Berichten beschrieben und unter Kapitel 1.3.3 ab Seite 10 nochmals erwähnt worden ist. Auch auf das binationale Projekt "realize it", ein Programm zur Beratung von Cannabiskonsumenten, wurde bereits unter 1.3.3 hingewiesen. Beide Programme befinden sich im Prozess der Übertragung in die breite Versorgung bzw. werden schon in zahlreichen Einrichtungen angeboten.

Das Modellprojekt CANDIS, das sich mit einem modularen Therapieprogramm an Cannabiskonsumenten wendet, befindet sich mit Förderung des BMG ebenfalls im Transferprozess in die Versorgung und untersucht diesen Prozess im Rahmen einer systematischen Studie (vgl. 1.3.3).

## 5.4 Medikamentengestützte Behandlung

### Entzug

Beim Entzug von Opiatabhängigen werden zur Reduktion negativer Begleiterscheinungen 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 5.1 und Kapitel 4.3.2) enthalten.

Missbrauch von Benzodiazepinen findet sich relativ häufig bei Personen in Methadonsubstitution. Der stationäre Entzug von Benzodiazepinen - 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 2005).

### Substitution

Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren zur Standardbehandlung von Opiatabhängigen geworden und hat in zahlreichen Studien seinen Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt (Michels et al. 2007). Gerlach & Stöver (2005) geben in ihrer Publikation einen ausgezeichneten Überblick über den Stand und der Substitution in Deutschland. Die vor kurzem veröffentlichten Ergebnisse einer Studie von Wittchen und Kollegen (2008b) unterstreicht erneut die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin. Die Ergebnisse stehen in guter Übereinstimmung mit Ergebnissen früherer klinischer Studien, basieren aber auf einer repräsentativen Stichprobe opiatabhängiger Patienten aus der Routineversorgung, bei denen in einem längsschnittlichen Design in die Entwicklungen über einen Zeitraum von 12 Monaten untersucht wurden. Aufgrund des naturalistischen Designs der Studie und der fehlenden Randomisierung der teilnehmenden Patienten sind weitgehenden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen dieser Untersuchung nur mit Vorsicht zu ziehen. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen war es dennoch auffallend, dass die Haltequote der Patienten in Substitution relativ hoch und vergleichbar mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien war. Darüber hinaus hat sich erneut herausgestellt, dass der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie anderer Opiate und Kokain) in zahlreichen Fällen ausschlaggebend für einen Behandlungsabbruch oder andere Komplikationen im Behandlungsverlauf war. Darüber hinaus handelt es sich bei den Patienten in Langzeitsubstitutionsbehandlung offensichtlich um eine Klientel, die durch eine extrem hohe Belastung aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen gekennzeichnet ist. Zusammenfassend liefert die Studie zahlreiche Hinweise dafür, dass eine Langzeitsubstitutionsbehandlung, die im Rahmen der Primärversorgung durchgeführt wird, eine viel versprechende Behandlungsoption für Patienten mit Opiatabhängigkeit darstellt.

### Substanzen zur Substitution

In Deutschland zur Substitution zugelassene Substanzen sind Levomethadon, Methadon und Buprenorphin; Codein und DHC können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Der Anteil von Buprenorphin hat sich seit 2002 etwa verdoppelt, Methadon ist - trotz seit Jahren rückläufiger Anteile - nach wie vor vorherrschend (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b) (Tabelle 5.4).

Winklbaur und Kollegen (2008) kommen in einer vergleichenden Studie zur Substitution mit slow-release-Morphin und Methadon zu dem Ergebnis, dass sich die beiden Substanzen hinsichtlich der Lebensqualität (Quality of Life, QoL) der behandelten Patienten nicht unterscheiden und leiten daraus ab, dass slow-release-Morphin eine weitere viel versprechende Option bei der Langzeitbehandlung opiatabhängiger Patienten darstellt und damit das Angebotsspektrum für die Behandlung dieser Klientel sinnvoll erweitert.

Ergebnis einer Untersuchung unter Nutzern eines Spritzenaustauschprogramms in Malmö (Schweden) von Hakansson und Mitarbeitern (2007) war, dass nicht nur ein erheblicher Teil der Heroinkonsumenten sondern auch etwa ein Viertel der Amphetaminkonsumenten von der - wenigstens gelegentlichen - missbräuchlichen Nutzung von Buprenorphin innerhalb der letzten 12 Monate berichtet haben. Fast ein Drittel der Konsumenten gab an, das Buprenorphin nasal appliziert zu haben, knapp über 40% intravenös. Während der intravenöse Konsum von Buprenorphin auch zuvor relativ häufig dokumentiert worden ist, erscheint der Anteil des nasal konsumierten Buprenorphin in dieser Stichprobe relativ hoch. Die diesbezügliche Datenlage ist aber nach wie vor insgesamt unbefriedigend.

Tabelle 5.4 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Methadon	72,1%	70,9%	68,3%	66,2%	64,1%	61,4%
Levomethadon	16,2%	14,8%	15,0%	15,8%	17,2%	19,0%
Buprenorphin	9,7%	12,9%	15,6%	17,2%	18,0%	18,6%
Dihydrocodein	1,7%	1,2%	0,9%	0,7%	0,6%	0,5%
Codein	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Diamorphin						0,4%

(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b).

Laut Register des BfArM waren 2007 6.626 (2006: 6.329) Ärzte zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen registriert. Die tatsächliche Anzahl der Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation ist aber vermutlich noch größer, da einige Bundesländer (zumindest zeitweise) allen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie diese Qualifikation automatisch erteilt haben, ohne dass diese bereits vollständig im Register erfasst worden wären. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist die Tatsache, dass im Jahr 2007 nur 2.786 (2006: 2.706) Ärzte Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b). Allerdings steigt auch die Zahl derjenigen Ärzte, die Meldungen an das Register machen, seit 2003 (langsam) an. 2007 konnten über das Substitutionsregister ca. 210 (2006: 300) Doppelbehandlungen aufgedeckt

und nach Mitteilung des Registers an die behandelnden Ärzte beendet werden. Betrachtet man die Relation zwischen gemeldeten Substitutionspatienten und Einwohnerzahl in den einzelnen Bundesländern, führen die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und (bereits mit deutlichem Abstand:) Berlin die Liste erwartungsgemäß an. Die geringste Zahlen von Substituierten pro Einwohner werden von den drei östlichen Bundesländern Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und (mit deutlichem Abstand:) Brandenburg gemeldet. Für das Land Brandenburg ist zu vermuten, dass zahlreiche Konsumenten auf die Metropole Berlin ausweichen, um sich substituieren zu lassen. Auch die Zahl der pro substituierendem Arzt gemeldeten Patienten variiert erheblich zwischen den Bundesländern. Behandelt ein Substitutionsarzt in Hamburg durchschnittlich 42,3 Patienten (gefolgt von Sachsen mit einem Durchschnitt von 37,6 und dem Saarland mit 33,5), sind es in Brandenburg nur 4,9 (Mecklenburg-Vorpommern: 10,2 und Thüringen: 16,4).

Der Zugang zu Substitutionsbehandlung ist insgesamt insbesondere in den ländlichen Regionen im Osten Deutschlands schwierig, so stammen nur 2,8% (N=1.988) der gemeldeten Patienten und 3,8% der substituierenden Ärzte (N=106) aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b). Eine alternative Erklärung besteht darin, dass die Zahlen der Konsumenten von Opiaten in den ländlichen Regionen niedriger sind als in den Ballungsräumen.

### **Zahl der Substitutionsbehandlungen**

Da das Substitutionsregister keine eindeutigen Codes verwendet, ist es möglich, dass die gleichen Personen bei mehrmaliger Aufnahme in verschiedenen Praxen unter Umständen mehrfach gezählt werden. Die vorliegende Stichtagserhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Die Zahl der am Stichtag 01.07. jedes Kalenderjahres in Substitution gemeldeten Personen ist seit Einführung des Systems kontinuierlich von 46.000 im Jahr 2002 auf 68.800 in 2007 deutlich angestiegen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b).

In der aktuellen Diskussion um die Substitutionsbehandlung, die heute einen festen Platz im Versorgungssystem hat, spielt die Frage um die Zielsetzung einer Substitutionsbehandlung nach wie vor eine wichtige Rolle. So unterscheiden sich die Erfolgskriterien für Substitutionsbehandlungen durchaus mit der Perspektive des Betrachters: Die Verringerung des Beikonsums anderer psychotroper Substanzen kann ebenso einen Erfolg darstellen wie der (Wittchen 2008) Ausstieg aus der Opiatabhängigkeit oder die erfolgreiche Behandlung weiterer (somatischer und psychischer) Erkrankungen. Der Versuch, einen Gesamtüberblick über die Versorgungssituation in Deutschland abgeben zu wollen, ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen und daraus resultierender regionaler Unterschiede problematisch.

Die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der Substitutionsbehandlung sollen durch eine dreijährige Forschungsstudie (vgl. auch Kapitel 1.3.3) mit Unterstützung des BMG untersucht werden (siehe 5.6 für eine ausführlichere Beschreibung der Studie).

### **Substitution im Gefängnis**

In Zusammenarbeit mit zahlreichen Experten haben Kastelic und Kollegen (2008) einen praktischen Leitfaden zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Gefängnissen und vergleichbaren Umgebungen herausgegeben. Basierend auf den Erfahrungen internationaler Experten, der relevanten internationalen Literatur sowie einschlägiger Datenbanken wurde dieser Leitfaden zur Unterstützung von Praktikern erstellt, um diese bei ihrer täglichen Arbeit aktiv zu unterstützen. In Ergänzung zu den internationalen Empfehlungen für die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen (Kastelic et al. 2008) liegt auch eine aktuelle deutschsprachige Publikation zur Substitution in Haft vor (Stöver 2007). In diesem Band werden die verschiedenen Aspekte der Substitution in Haft beleuchtet, es erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Gründen, die in den Gefängnissen Deutschlands ein bedarfsgerechtes Angebot be- oder verhindern und es werden die Bedingungen für eine erfolgreiche Durchführung der Behandlung in diesem Setting skizziert. Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit unterstreicht die Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung auch in Gefängnissen und weist darauf hin, dass insbesondere die Substitution mit Methadon einen Beitrag zur Reduktion von Risikoverhalten (i.v.-Drogenkonsum) und des Substanzkonsums insgesamt leisten kann (Stallwitz & Stöver 2008). Die Autoren betonen aber, dass zur Erreichung guter Haltequoten und der Reduktion von Beikonsum und kriminellem Verhalten eine ausreichende Dosierung des Substitutionsmittels und eine Behandlungsdauer, die sich im Optimalfall über den gesamten Zeitraum der Inhaftierung erstreckt, entscheidend zu sein scheinen.

### **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.

In diesem Zusammenhang ist die bundesweit unterschiedliche Ausgestaltung der Organisation, Finanzierung und des Angebotes psychosozialer Betreuung und damit verbundene unterschiedliche Interpretationen in Ländern und Kommunen von erheblicher Relevanz.

Die psychosoziale Betreuung von Patienten ist als Teil der Substitutionsbehandlung gemäß den Vorschriften der BtMVV und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzw. der Bundesärztekammer (BÄK) vorgesehen, soweit sie "erforderlich" ist. Ob die psychosoziale Betreuung im Einzelfall erforderlich ist, liegt in der Beurteilung des Arztes. Weil die Angebote der Psychosozialen Betreuung nur in sehr begrenztem Umfang aus Mitteln der Renten- oder Krankenversicherung finanziert werden, sind für diesen Bereich der Versorgung Mittel der Kommunen und der Länder entscheidend. Die unterschiedlichen Interpretationen von Psychosozialer Betreuung in den Ländern und Kommunen führt zu einer bundesweit sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Organisation, Finanzierung und des Angebotes Psychosozialer Betreuung.

Durch ein Urteil des Hamburgischen Obergerichtes vom April 2008 wurde bestätigt, dass es sich bei einer erforderlichen psychosozialen Begleitung/Betreuung von Substituierten um eine Leistung handelt, auf die (bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen

gemäß SGB XII) ein Rechtsanspruch besteht und die durch den örtlichen Sozialhilfeträger zu erbringen ist (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2008).

## **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 Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004) publiziert. Im Jahr 2006 hat die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die bisher erarbeiteten AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ herausgegeben. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlungen der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden (Schmidt et al. 2006).

Im Jahr 2006 wurden auf einer Consensus-Konferenz die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet (s.a. Backmund et al. 2007a). In Abgrenzung zu der bislang gängigen Praxis betonen diese Leitlinien, dass Opioid-Abhängige mit Hepatitis C, insbesondere wenn sie sich in einem Substitutionsprogramm befinden, behandelt werden sollen (Backmund et al. 2006).

### **Neuer Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe**

2007 wurde gemeinsam von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, der DBDD (deutscher REITOX-Knotenpunkt), den Fachreferaten der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege sowie dem Fachverband Sucht (FVS), der GKV, der RV in Deutschland und den Bundesländern der neue deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe eingeführt. Weitere Informationen dazu finden sich in Kapitel 4.3.

In Ergänzung zu o.g. Kerndatensatz wurde ein Katamnesemodul verabschiedet, das auch für ambulante Einrichtungen die Möglichkeit geben soll, den Erfolg der Behandlung – v.a. einer ambulanten Rehabilitation - 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

### Wissenschaftliche Publikationen der Heroinstudie

2007 wurden ergänzend zu den bereits früher vorgelegten technischen Berichten auch weitere wissenschaftliche Arbeiten mit Ergebnissen aus dem bundesdeutschen Modellprojektes zur Diamorphinvergabe an Schwerstabhängige in Fachzeitschriften veröffentlicht. In zwei Ausgaben der Zeitschrift „Sucht“ wurde eine eigene Kommentarserie zu den Ergebnissen des Modellprojektes veröffentlicht, in denen Vertreter aus Politik, Wissenschaft, (Fach-) Verbänden und der Bundesärztekammer die vorgelegten Resultate kritisch diskutieren (siehe dazu die Kommentarserie in Sucht 53(6) und Sucht 54(1)).

Haasen und Kollegen (2007) kommen nach Abschluss des bundesdeutschen Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung zu dem Ergebnis, dass die Studie die Effektivität der Diamorphin-gestützten Behandlung bei Non-Respondern der Methadonsubstitution bestätigt. Sie schlagen vor, die höhere Wirksamkeit bei nicht in Behandlung befindlichen Schwerstopiatabhängigen dazu zu nutzen, um diese Patienten in das Suchthilfesystem besser einzubinden. Dabei weisen sie darauf hin, dass bei einer Aufnahme der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung darauf zu achten sei, diese unter den in der Studie erprobten Bedingungen fortzuführen, solange nicht neue Erkenntnisse über sinnvolle Modifikationen vorliegen.

Im Rahmen des Modellprojektes wurde auch die kriminelle Aktivität der Studienteilnehmer untersucht. Ziel war die Beantwortung der Frage, ob die Abgabe synthetischen Heroins im Vergleich zur Methadonsubstitution zu einem stärkeren Rückgang der Kriminalität führt. Es zeigte sich ein deutlich stärkerer Rückgang der Delinquenz unter der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution (Löbmann 2007). Löbmann vermutet, dass insbesondere diese kriminalitätsmindernde Wirkung der Heroinvergabe erheblich zur gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Behandlungsform beitragen kann. Das zentrale Ergebnis einer Analyse derjenigen Patienten, die über den gesamten Studienzeitraum von 24 Monaten an der Heroinstudie teilgenommen haben, lag in einer Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit und einer Reduktion des Konsums illegaler Drogen unter der Heroinbehandlung. In diesen Bereichen wurden die größten Erfolge bereits während der ersten Behandlungsmonate beobachtet mit anschließenden leichten Verbesserungen oder Stabilisierung. Im Gegensatz dazu waren Verbesserungen der sozialen Situation kontinuierlich über den gesamten Zweijahreszeitraum zu beobachten, was als Beleg dafür gesehen werden kann, dass die Stabilisierung der Lebens- und Arbeitssituation sowie die Entwicklung neuer sozialer (drogenfreier) Kontakte erheblich mehr Zeit benötigen. Auch Delinquenzraten sanken deutlich (siehe unten), vergleichbar zu den Gesundheitsverbesserungen (Verthein et al. 2008). Lintzeris (2008) betont, dass die genannten sozialen Verbesserungen häufig die entscheidenden Determinanten für langfristige Abstinenzraten darstellen und die Ergebnisse der Heroinstudie damit die Relevanz von Langzeitbehandlungen unterstreichen und gleichzeitig weitere Evidenz für die Sicherheit und Wirksamkeit der klinischen Heroinvergabe auch über einen 12-Monatszeitraum hinaus liefern.



In einer Teilstudie der Heroinstudie wurde untersucht, ob und inwieweit Art und Setting, Inanspruchnahme und Intensität der psychosozialen Behandlung einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung im Rahmen des Modellprojektes hatte (Kuhn et al. 2007). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die in der Studie angebotenen psychosozialen Interventionen sich hinsichtlich der Wirkungen auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Verringerung des illegalen Drogenkonsums nicht voneinander unterscheiden: Sowohl das Case Management als auch ein psychoedukatives Gruppenprogramm wurden in der Substitutionsbehandlung mit Heroin oder Methadon erfolgreich eingesetzt und unterschieden sich nicht in ihrem Einfluss auf die primären Effekte der Studienbehandlungen. Kuhn und Kollegen kommen zu dem Schluss, dass der positive Einfluss dieser beiden psychosozialen Methoden auf den Behandlungserfolg weniger von der Wahl der Methode als vielmehr von deren professioneller und strukturierter Umsetzung abhängt.

### **PREMOS-Studie**

Kontrollierte klinische und naturalistische epidemiologische Studien haben nachgewiesen, dass eine qualifizierte substitutionsgestützte Therapie opiatabhängiger Patienten mit Methadon und Buprenorphin die gesundheitliche und soziale Situation der betroffenen deutlich verbessern und das Sterberisiko deutlich senken können. Obwohl die kurz- und mittelfristige (bis 1 Jahr) Wirksamkeit und Sicherheit einer auf Dauer angelegten („maintenance“) Substitutionsbehandlung erwiesen ist, ist der mehrjährige Langzeitverlauf substituierter Opiatabhängiger unklar und kaum untersucht. Aufbauend auf den Ergebnissen der COBRA-Studie hat sich die 2007 initiierte PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) zum Ziel gesetzt, Aussagen über die längerfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung treffen zu können. Es ist geplant, den 4-5 Jahresverlauf von Substitutionstherapien zu ermitteln, die Langzeit-Effekte zu beschreiben sowie Prädiktoren und Moderatoren des Therapieerfolgs zu identifizieren. Dazu wird primär auf die ursprüngliche Kohorte der bereits untersuchten Substitutionspatienten aus der COBRA-Studie zurückgegriffen. Die PREMOS-Studie stellt eine Kombination einer bundesweit repräsentativen, klinisch-epidemiologischen Studie zu zentralen Parametern der Versorgungsstruktur für Heroinabhängige in Substitution und einer längsschnittlichen Kohortenstudie repräsentativ ausgewählter Patienten dar. Die statistische Auswertung der langfristigen Effektivität sowie der Prädiktoren und Moderatoren erfolgt auf der Grundlage praxistauglicher etablierter Instrumente (Skalen, Fragebögen, Urintests), stratifiziert nach Dauer der vorangehenden Substitution in Hinblick auf kategoriale (z.B. erfolgreiche Therapiebeendigung) und dimensionale outcomes (z.B. Lebensqualität). Zusätzlich werden in ergänzenden Vertiefungsstudien kritische Aspekte wie Substitutionsmittel und Dosierung, Erfolg und Prädiktoren der Substitution bei Frauen (Schwangerschaft, Kinder) geprüft. Die Antragskonzeption ermöglicht über die Mehrebenenkonzeption und eine Mehrpunkterfassung eine klinisch differenzierte und umfassende Beantwortung der Hauptfragestellungen und kann darüber hinaus wertvolle Aufschlüsse über eine patienten- und versorgungsgerechtere Gestaltung der Indikationskriterien für Substitutionsbehandlungen geben. Die Studie hat im November 2007 begonnen, erste Ergebnisse werden Anfang 2009 vorliegen (weitere Informationen: <http://www.premos-studie.de>).

### **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. Mit einer neuen "European Postgraduate School in Addiction Research" soll der deutsche Forschernachwuchs auf dem Gebiet der Suchtforschung gezielt gefördert werden. Unter der Leitung des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden wird ein Curriculum für Doktoranden erprobt und evaluiert werden, das die Suchtforschung stärken soll. Das Ausbildungsprogramm erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren, in denen die Doktoranden an Seminaren teilnehmen, einen Arbeitsaufenthalt in einer führenden europäischen Forschergruppe wahrnehmen und ein praktisches Training in einer therapeutischen Einrichtung absolvieren. Die VolkswagenStiftung unterstützt das Ausbildungsprogramm mit knapp 200.000 Euro (weitere Informationen unter: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/index.html>).

### **Weitere Studien und Ergebnisse**

Auf weitere Studien - insbesondere auf Projekte mit Förderung durch Bundesmittel – wurde bereits in Kapitel 1.3.3 sowie an entsprechenden Stellen im Text hingewiesen.

## 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 Sterberegister“ des Statistischen Bundesamtes (Destatis). 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 grundsätzlich durch die Landeskriminalämter erfasst, wobei das BKA Zugriff auf den Datenbestand hat, Datenqualitätskontrolle betreibt und die Zahlen erhebt. 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 (mitunter erheblich). 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<sup>26</sup>

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 Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die im zeitlich möglichst engen Zusammenhang nach dem Konsum von Opiaten, Kokain, Amphetamin(-derivaten), Halluzinogenen und Cannabinoiden auftreten - also insbesondere tödliche Vergiftungen. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (sog. ICD-10-Code-Selection B). Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wird die vermutete zu Grunde liegende Störung (ICD-10-Codes F11-F19) bzw. bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Codes X, T und Y) verwendet. Langzeitfolgeerkrankungen, nicht-vergiftungsbedingte Unfälle und Suizide sind von dieser Definition also nicht erfasst, wenn auch durch fehlerhafte Todesbescheinigungen sowie Codierfehler Einzelfälle dieser Art mit eingeschlossen werden. Insbesondere in Verbindung mit den bis 2006 gültigen Codierungsregeln der WHO dürften die in der ICD-10-Codeselektion enthaltenden F1x.x- Codes („Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“, weitere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) Spezifitätsprobleme aufgewiesen haben. Die Ablösung der Priorität der Codierung für „Abhängigkeit“ bzw. „schädlichen Gebrauch“ durch zukünftig neugefasste Codierregeln für Intoxikationen dürfte dieses Problem indirekt verringern. Die Daten des Bundeskriminalamtes dagegen weisen zusätzlich explizit der Polizei bekannt gewordene Langzeitfolgeerkrankungen, Suizide und Unfälle aus. Die für den Vergleich mit dem Allgemeinen Sterberegister wünschenswerte Isolierung der registrierten Intoxikationsfälle kann jedoch auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden.

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.

---

<sup>26</sup> Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes.

Keines der beiden verwendeten Verfahren erfasst alle Drogentodesfälle. Eine 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 und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym und direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion. Die Daten werden vervollständigt durch ergänzende anonyme Berichte der behandelnden Ärzte, mit begrenzten klinischen Daten und HIV-bezogenen Laborparametern.

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 (HBV und HCV) 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.

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden zusätzlich zum HIV-Status seit 2007 auch Angaben zum HBV- und HCV-Status der Patienten gemacht. Da die Anzahl der Einrichtungen, die diese Daten berichten, sehr niedrig ist und nur die Patienten berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren.

Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert (Robert Koch-Institut 2008b). HIV-bezogene Meldedaten wurden bisher in Halbjahresberichten als Sonderausgabe des Epidemiologischen Bulletins des RKI veröffentlicht (Robert Koch-Institut 2008a).

## 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 aller drogenbezogener Todesfälle lag im Berichtsjahr 2007 im Mittel bei 62% (2006: 67%), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (Bundeskriminalamt 2008b). Während der letzten Jahre ist die Obduktionsrate tendenziell eher sinkend, was von Experten vor allem auf steigende Kosten bzw. sinkende Budgets zurückgeführt wird.

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle 2007 (1.394 Fälle) ist, nachdem 2006 (1.296) der niedrigste Stand seit 1989 erreicht wurde, von 2006 nach 2007 um 7,6% (2005 vs. 2006: -2,3%) gestiegen. Die Überdosierung von Heroin (incl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 907 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache (65%; 2006: 65%) dar. Der Anteil dieser Fälle ist seit drei Jahren stabil. Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, ist erneut gesunken (2007: 14%; 2006: 16%; 2005: 25%), 2002 betrug dieser Anteil noch 40%. Seit 2006 werden in der Statistik des BKA die nachgewiesenen Substitutionsmittel auch getrennt nach Methadon/Polamidon und Buprenorphin ausgewiesen. Demnach stand der größte Teil der Fälle, in denen der Drogentod allein auf ein Substitutionsmittel zurückzuführen war (81%), im Zusammenhang mit Methadon/Polamidon (N=46). Unter den 131 Todesfällen, bei denen neben dem Substitutionsmittel auch andere Drogen gefunden wurden, waren auch sechs Fälle, in denen Buprenorphin nachgewiesen wurde.

Da in der Erfassung der Landeskriminalämter für die Bundesstatistik Mehrfachnennungen möglich sind, kann ein Todesfall z.B. als Suizid und Überdosis Kokain codiert sein. Auch die Summe aller Nennungen zur Überdosierung liegt bereits höher als die Gesamtzahl der Todesfälle. Auch in dieser Rubrik liegen also Doppelnennungen vor. Es können deshalb nur Kategorien aufaddiert werden, die inhaltlich keine Überlappungen aufweisen. 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 (siehe Tabelle 6.1), sondern nur näherungsweise abschätzen.

Die Zahl der Fälle, bei denen Substitutionsmittel zum Tod beigetragen haben, ist nach wie vor gering, was auf eine gute Qualifikation der Behandler und die weitgehende Zuverlässigkeit der getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zurückgeführt werden könnte. Es ist insgesamt aber davon auszugehen, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen zu einem Todesfall die Anzahl von Mischintoxikationen (Kombinationskategorien), aber auch die Beteiligung von Substitutionsmitteln unterschätzt werden kann. Regionale Stichprobenauswertungen toxikologisch

untersuchter Fälle zeigen, dass z.B. in Hamburg unter 151 Intoxikationen zwischen 2002 und 2005 nur 6,6% reine Heroinintoxikationen waren, 42,5% Heroinintoxikationen in Mischung mit anderen Substanzen sowie 43,7% der Fälle eine Methadonbeteiligung aufwiesen. In Berlin zeigten sich zwischen 2002 und 2006 unter 750 toxikologisch untersuchten Fällen in 10,4% reine Heroinintoxikationen, 50,4% Heroinintoxikationen in Mischung mit anderen Substanzen sowie in 32,7% der Fälle eine Methadonbeteiligung (pers. Mitteilung<sup>27</sup>).

Tabelle 6.1 Drogentodesfälle 2002-2007 nach Substanzen

Todesursachen	Prozent						Zahl
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007
1. Überdosis: <sup>1)</sup>							
Heroin	36	31	34	40	38	39	550
Heroin + andere Drogen	19	18	22	23	27	26	357
Kokain	3	2	2	2	2	1	15
Kokain + andere Drogen	6	6	10	9	9	10	136
Amphetamine	1	0	0	1	<1	<1	10
Amphetamine + andere Drogen	2	1	2	2	3	2	34
Ecstasy	1	0	0	0	<1	<1	3
Ecstasy + andere Drogen	1	1	1	0	1	1	10
Medikamente/Substitutionsmittel <sup>2)</sup>	10	4	3	6	5	4	57
- davon: Methadon/Polamidon						3	46
- davon: Subutex (Buprenorphin)						--	--
Substitutionsmittel + andere Drogen <sup>3)</sup>					12	9	131
- davon: Methadon/Polamidon						8	115
- davon: Subutex (Buprenorphin)						<1	6
Betäubungsmittel + Alkohol + Substitutionsmittel <sup>4)</sup>	30	24	22	19			
Sonstige Betäubungsmittel/unbekannte	4	9	10	10	8	10	135
2. Suizid <sup>1)</sup>	9	8	7	8	6	6	81
3. Langzeitschäden	11	14	12	12	11	12	166
4. Unfall/Sonstige	2	3	2	2	13	12	163
5. Gesamt (N)	1.513	1.477	1.385	1.326	1.296		1.394

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

2) Ab 2006: Substitutionsmittel.

3) Seit 2006.

4) Existiert nicht mehr seit 2006.

(Bundeskriminalamt 2008b)

<sup>27</sup> Quelle: Bundesländeranalyse für den Feldversuch zur Verbesserung der toxikologischen Berichterstattung der EBDD. Daten aus Berlin/Hamburg stammen jeweils aus den LKAs, also die polizeilich registrierten Fälle (LKA-Zulieferungen der BKA-Berichterstattung) in Verbindung mit der Auswertung aller dort zugrundeliegender toxikologischer Gutachten.

### **Regionale Daten aus polizeilichen Quellen – Beispiel Bayern**

Nachdem 16 Jahre lang auch in Bayern ein Rückgang bei den Drogentotenzahlen festzustellen war, wurde 2007 ein Anstieg auf 242 Drogentote (2006: 191) registriert. Dabei fällt auf, dass sich darunter zahlreiche Konsumenten befinden, bei denen sich der allgemeine Gesundheitszustand infolge jahrelangen Missbrauchs illegaler Drogen zusehends verschlechtert hatte.

Hohe Wirkstoffkonzentrationen können aufgrund der aktuellen Datenlage (siehe auch Kapitel 10) vermutlich nicht für diese Entwicklung verantwortlich gemacht werden. Zwar wird in Einzelfällen Rauschgift mit erhöhtem Wirkstoffgehalt sichergestellt, Zusammenhänge mit einem Anstieg von Drogentoten können daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Die in toxikologischen Gutachten festgestellten Konzentrationen bewegten sich in einem bei den Konsumenten registrierten handelsüblichen Bereich. Die zugrunde liegenden Ursachen unterliegen einer Vielzahl von Faktoren wie z.B. dem Konsumverhalten durch Art und Dosis, Alter, Abhängigkeitsdauer, bereits latent vorhandene unbehandelte Erkrankungen, Therapiebereitschaft etc. Das erreichte höhere durchschnittliche Lebensalter der injizierenden Drogenkonsumenten in den bayerischen Großstädten München, Augsburg und Nürnberg ist mit 33 Jahren (Behörde für Soziales Familie Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2006) auch auf eine bessere medizinische Notfallmedikation zurückzuführen.

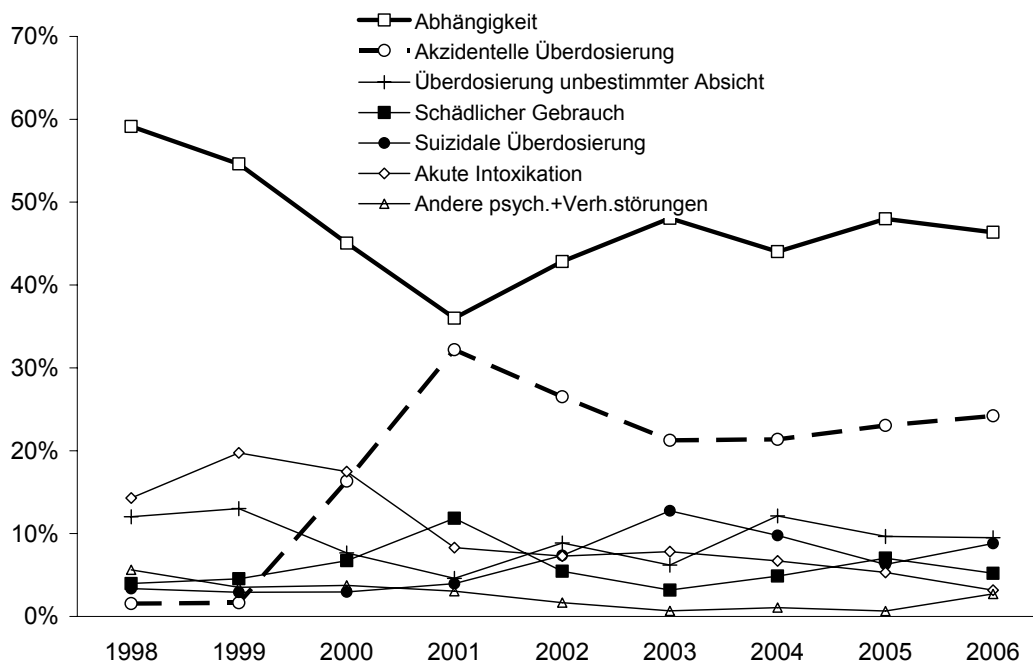
Im Mehrjahresvergleich lassen sich die Drogentoten-Zahlen in einer "Wellenbewegung" mit Anstiegen und Rückläufen beschreiben. Erhebliche Anstiege mussten in den Jahren 1998 mit 313 Personen und 2000 mit 340 Drogentoten verzeichnet werden. In den Jahren 2004 bis 2006 konnten Rückgänge festgestellt werden. Todesursache Nr. 1 bei allen gezählten Fällen ist nach wie vor der Missbrauch von Heroin - auch im sich verstärkenden Mischkonsum mit Cannabis, Arzneimitteln oder Alkohol (Bayerisches Landeskriminalamt, pers. Mitteilung).

### **Daten aus dem allgemeinen Sterberegister**

Die aktuellen Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2006. Hier sind insgesamt 1.169 Personen, darunter 248 Frauen (2005: 231) und 921 Männer (2005: 992) registriert worden, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit liegt die Zahl der Drogentodesfälle in der Erfassung durch das allgemeine Sterberegister im Jahr 2006 etwa 3% oberhalb der vom BKA erfassten Überdosis-Fälle und nur noch etwa 6% (2005: rund 8%) unter den durch das BKA insgesamt registrierten Todesfällen. Im Erfassungsjahr 2006 wurde bei mehr als der Hälfte der Todesfälle (54%; 2005: 56%) die zugrunde liegende Erkrankung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere) als Todesursache kodiert. Weitere rund 43% (2005: 39%) beziehen sich auf die Überdosierung und lassen Rückschlüsse auf die tatsächlich zugrunde liegende zum Tode führende Substanz(kombination) zu. Dies gilt indirekt auch für 3% der Fälle, die entgegen der Regeln für die Codierung von Todesfällen in 6 Bundesländern noch immer mit dem klinischen ICD-Code F1x.0 für „akute Intoxikation“ registriert wurden. Es zeigt sich, dass anhaltend Codierungen bevorzugt werden, die keinen



Rückschluss auf die unmittelbare Todesursache erlauben. Hinzu kommt, dass das Codierungsverhalten in den Bundesländern offenbar sehr heterogen ist. In Bayern, Hamburg und Bremen wird in mehr als 90% der registrierten Fälle nach wie vor nur die Grunderkrankung aber nicht die unmittelbare Todesursache codiert. Die anstehende Einführung multikausaler Codierung sowie eine zum 01.01.2007 wirksame Änderung der Codierungsrichtlinien sollten hier zukünftig bundesländerübergreifende Verbesserung bringen (Abbildung 6.1).



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen

Abbildung 6.1 Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2006)

Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten acht Jahre, lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten, insbesondere der 40- bis 50-Jährigen beobachten. Parallel sinken die Anteile jüngerer Altersgruppen, zuletzt v.a. der 25- bis 40-Jährigen. Diese Veränderungen können in Verbindung mit dem ebenfalls seit einigen Jahren steigenden Durchschnittsalter der Opiatkonsumenten in ambulanter Behandlung als weiterer Hinweis dafür gesehen werden, dass die Zahl der „nachwachsenden“ Heroinkonsumenten zurückgeht, wobei bei den 15- bis 25-Jährigen in 2006 kein weiterer Rückgang verzeichnet werden konnte (Abbildung 6.2).

Von einem gestiegenen Durchschnittsalter der Drogennotfallpatienten bei beiden Geschlechtern berichten auch Walloch und Kollegen (2007) in einer Analyse der Drogennotfälle in Hamburg im Zeitraum 1997-2004. Dabei kommen sie gleichzeitig zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Drogennotfälle, die sich in der Öffentlichkeit abspielten, im Untersuchungszeitraum um die Hälfte abgenommen hat. Die Gesamtzahl der dokumentierten Drogennotfälle sank verglichen mit 1996 um etwa die Hälfte, innerhalb des Untersuchungszeitraums nahm sie um weitere 23% ab.

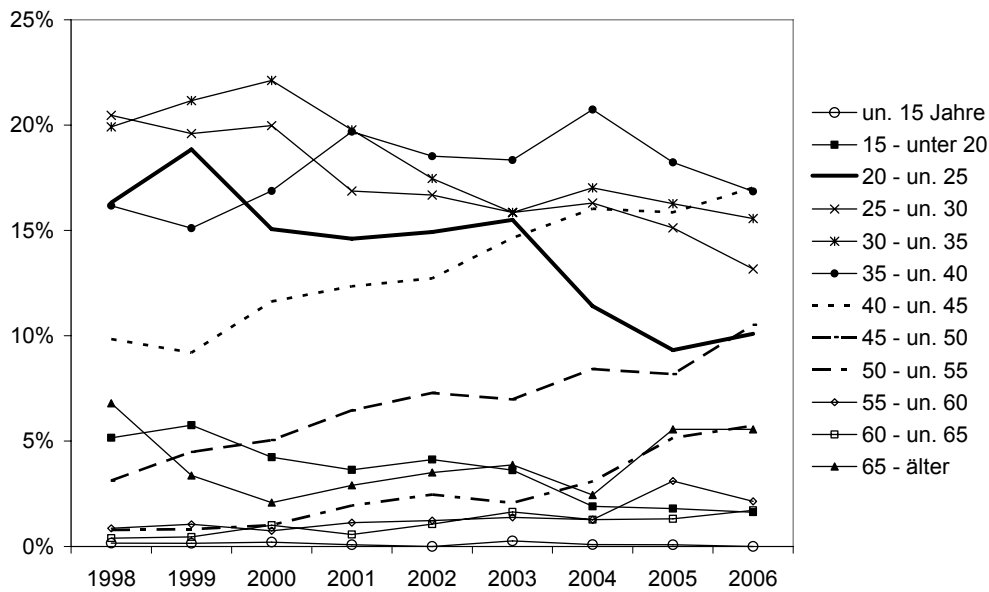


Abbildung 6.2 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2006

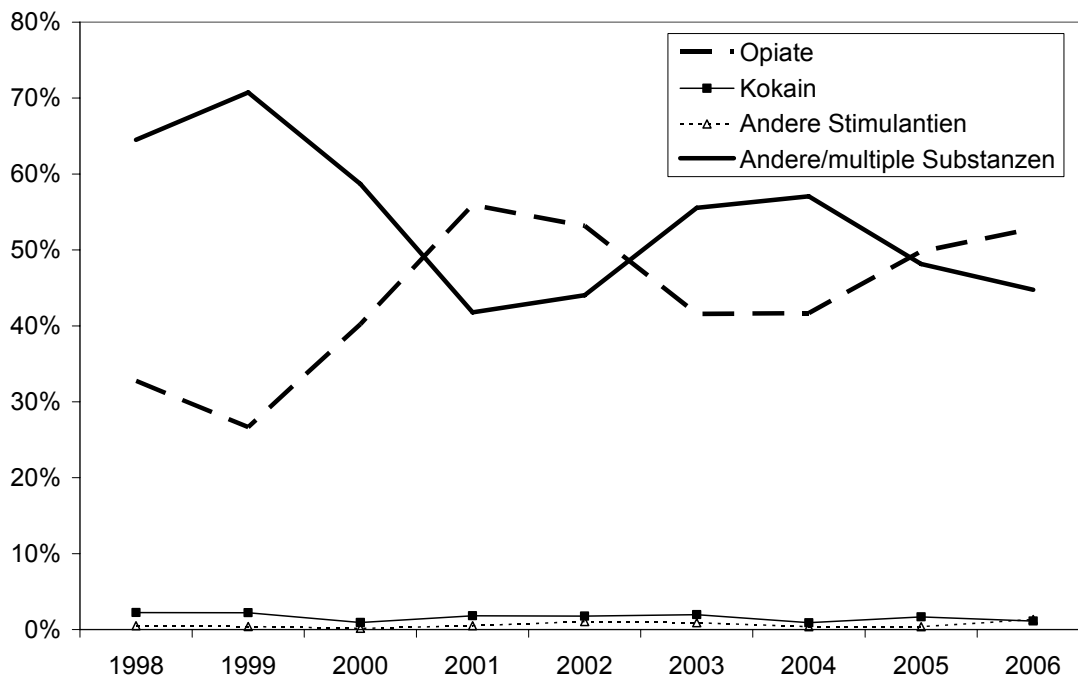


Abbildung 6.3 Verteilung der Substanzkategorien bei Codierung der unmittelbaren Todesursache, Überdosierungen 1998-2006

Die Substanzen, die beim jeweiligen Todesfall unmittelbar todesursächlich waren, werden in Abbildung 6.3 auf Basis relevanter ICD-10-Kategorien dargestellt. Diese Information liegt allerdings 2006 nur für 46% der Todesfälle vor (s.o.). Bei der Kodierung der Todesfälle wurden sie entweder unter „akute Intoxikation“ als F1x.0 oder als äußere Todesursachen mit

X/Y-Codes registriert. Neben Opiaten liegt fast ausschließlich Mischkonsum vor, der wiederum Opiate beinhalten dürfte. Insgesamt gibt es in den letzten 3 Jahren bis 2006 wieder einen leichten Trend zu Opiaten als unmittelbarer Todesursache bei relativer Verringerung des Anteils von Mischintoxikationsspektren. Andere Substanzen liegen bei maximal 2% der Todesfälle. Es ist nicht genau bekannt, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Angaben zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.

Nach wie vor ist eine Studie geplant, die in mehreren Bundesländern die Übereinstimmung zwischen dem Allgemeinen Sterberegister und den durch die Polizei erfassten Drogentodesfällen prüfen soll. Im allgemeinen Sterberegister werden Intoxikationen jedoch ebenfalls häufig ohne ausreichende toxikologische Informationen codiert. Hinzu kommt das Problem, dass die bisherigen Codierregeln und die monokausale Orientierung des Registers den Informationsgehalt ggf. vorliegender toxikologischer Informationen nicht differenziert abbilden.

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 (DSHS) für das Jahr 2007 bei 1,4% (2006: 1,3%) der Opiatklienten mit dem Tod (Opiatklienten machten 2007 87,7% der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten aus). Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren, die sich seit 2000 im Mittel um über 10 Wochen verlängert hat, wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zu Grunde gelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr bewegt sich auch 2007 auf dem Niveau der Vorjahre (seit 2000).

Bei diesen Angaben muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht immer vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität - insbesondere der Behandlungsabbrecher - vermutlich über den hier angegebenen Werten 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 6.2).

Tabelle 6.2 Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten - Trend

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anteil von Todesfällen bei den Beendern	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,3%	1,4%
Betreuungsdauer (Tage)	244,3	263,2	280,7	282,1	297,5	305,2	301,7	314,3
Mortalität p.a.	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%

(Sonntag et al. 2008b) und eigene Berechnungen.

Zeitlich parallel zur Zunahme von Angeboten zur Substitutionsbehandlung ist die Zahl von Drogentodesfällen in Deutschland national und regional zurückgegangen. Die Mortalität von Patienten in Substitutionsbehandlung im Laufe eines Jahres wurde in der COBRA-Studie mit 1,1% gemessen (Wittchen & Apelt 2006) und liegt damit in einer vergleichbaren Größenordnung wie die Angaben aus der DSHS. Im Gegensatz zu Methadon, das allein an 46 der in 2007 durch das BKA berichteten Todesfällen ausschließlich und an weiteren 115 Todesfällen in Verbindung mit anderen Substanzen beteiligt war, wurde Buprenorphin nur in sechs Fällen in Verbindung mit weiteren Drogen registriert.

### Gesamtsituation

Die Zahl der Drogentodesfälle ist, trotz eines Anstieges im Berichtsjahr 2007, verglichen zur Situation der letzten 10 Jahre, relativ niedrig. Todesfälle durch Überdosierungen von Opiaten sind bei weitem die häufigste Ursache, wobei in vielen Fällen zusätzlich weitere illegale und legale Suchtmittel konsumiert wurden. Im Berichtsjahr gab es nach wie vor keine weiteren Hinweise auf einen Anstieg der Todesfälle im Behandlungsbereich. Auffallend ist der seit Jahren zu beobachtende Anstieg des Anteils älterer Konsumenten an den Drogentodesfällen. Im Gegensatz dazu ist insbesondere der Anteil der 20-25jährigen während der letzten Jahre gesunken.

Im Vergleich zu den Polizeidaten sind bei den Drogentodesfällen des allgemeinen Sterberegisters andere Substanzen außer Opioiden noch seltener erfasst. Dies könnte daran liegen, dass die Ergebnisse differenzierter toxikologischer Untersuchungen zu spät vorliegen, um für die Codierung verwendet zu werden, während im Polizeiregister diese Informationen auch noch relativ spät ergänzt werden können. Grundsätzlich erscheint derzeit das allgemeine Sterberegister für eine substanzbezogene Auswertung ungeeignet. Die Umstellung von mono- auf multikausale Codierung von Todesursachen könnte hier eine deutliche Verbesserung bringen. Sie soll nach einem erfolgreichen Feldversuch in Sachsen in den nächsten Jahren bundesweit eingeführt werden.

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standardtabelle 18.

## 6.3 Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten

### 6.3.1 HIV

Drogenkonsumenten sind nach wie vor eine der wichtigsten Risikogruppen für HIV Infektionen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts stammten 2007 5,5% (2006: 6,1%) der Per-

sonen mit einer HIV-Erstdiagnose aus der Gruppe der injizierenden Drogenkonsumenten (Robert Koch-Institut 2008a). Dieser Wert lag bis zum Jahr 2000 noch bei 10,1%.

Angaben zum Infektionsweg lagen für 87% der im Jahr 2007 (2006: 85%) neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. 65% (2006: 61%) davon sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Diese Gruppe ist seit Jahren am stärksten und wurde absolut und relativ seit 2001 größer. Im zweiten Jahr in Folge stellen Personen, die ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben haben und nicht aus Hochprävalenzländern stammen, mit 17% die zweitgrößte Betroffenengruppe dar. Die Zahl der Personen, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung stammen und bei denen HIV im Jahr 2007 neu diagnostiziert wurde, ist weiter rückläufig und mit 9,2% auf dem niedrigsten Stand seit 1998. Es ist zu vermuten, dass der überwiegende Teil der letztgenannten Personengruppe sich bereits im Herkunftsland infiziert hat. Berücksichtigt man nur diejenigen Fälle, bei denen auch Informationen über das Vorliegen eines Infektionsrisikos vorlagen, erhöht sich der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten auf 6,3%. Die Absolutzahl der neu infizierten Personen mit injizierendem Drogenkonsum ist gegenüber dem Vorjahr um 6,6% gesunken (152 Fälle; 2006: 162 Fälle), liegt aber immer noch deutlich über den Vergleichswerten aus den Jahren 2001 (N=115) und 2002 (N=108). Die Zahl der weiblichen i.v. Drogenkonsumenten ist mit 41<sup>28</sup> Fällen im Vergleich zum Vorjahr (N=42) quasi gleich geblieben, während die Zahl der Neudiagnosen unter den i.v. Drogen konsumierenden Männern um rund 6,5% (108 Fälle in 2007 vs. 114 Fälle in 2006) zurückgegangen ist.

Eine der bislang wenig bekannten Ursachen für den Anstieg der HIV-Infektionen ist die hohe Zahl der Syphilis-Infektionen in Deutschland. Das Syphilis-Bakterium und andere sexuell übertragbare Erreger führen über die Förderung von entzündlichen Prozessen dazu, dass daran Erkrankte sich leichter mit HIV anstecken. Ist der z.B. an Syphilis Erkrankte bereits mit HIV infiziert, dann kann er das HI-Virus leichter weitergeben, er ist also infektiöser (Robert Koch-Institut 2008a, b).

In der Gesamtbevölkerung lag die HIV-Inzidenz 2007 bei 3,3 pro 100.000 (2006: 3,2). Allerdings bestehen erhebliche regionale Unterschiede. So fand sich unter den Bundesländern die höchste Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in den Stadtstaaten Berlin (12,0) und Hamburg (11,4) mit Werten über 10/100.000 Fälle. Noch höhere Werte traten in Köln (18,1) auf. Die Angaben aus München (11,7) und Frankfurt am Main (12,0) entsprechen den Vergleichswerten aus den Stadtstaaten.

Nach Angaben des BKA wurde bei 3,4% der Drogentoten (48 von 1.394) ein positiver HIV-Status festgestellt (2006: 2,9%). In einigen Bundesländern liegen allerdings keine Informationen zu HIV-Erkrankungen vor. Z.B. wird in Berlin das Ergebnis durchgeführter Untersuchungen auf HIV von den gerichtsmedizinischen Instituten nicht an die Polizei weitergege-

---

<sup>28</sup> Die Summe aus weiblichen und männlichen Fällen ist niedriger als die Gesamtsumme, da zum Teil keine Angaben zum Geschlecht gemacht werden.

ben; die dortige Zahl resultiert aus der Aktenlage (Befragung von Angehörigen oder des Hausarztes) und stellt damit keine statistisch verwertbare Größe dar. Die Daten der ambulanten Beratungsstellen zeigen im Jahr 2007 eine HIV-Prävalenz von 5,6% (N=198) unter den Opiatkonsumenten und 4,6% (N=223) unter den Konsumenten aller illegalen Drogen (Sonntag et al. 2008b).

Das insgesamt relativ gut ausgebaute Substitutionsangebot in Deutschland trägt daher sicherlich dazu bei, dass die HIV-Infektionsrate unter injizierenden Drogenkonsumenten relativ gering ist (Backmund & Reimer 2007b).

Aus Hamburg, Berlin und Frankfurt liegen ebenfalls Daten zu HIV-Prävalenzen unter den Drogenkonsumenten aus ambulanten Hilfeeinrichtungen und Drogenkonsumräumen vor. Da die Einrichtungen unterschiedliche Zielgruppen haben und außerdem verschiedene Formen der Datenerhebung stattfinden, sind diese Werte nicht direkt miteinander vergleichbar. Grundlage der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Simmedinger & Vogt 2008) sind die Selbstauskünfte der Klienten. Danach haben 69% aller Konsumraumnutzer und 80% der Neuzugänge ihren letzten HIV-Test in den Jahren 2006 oder 2007 gemacht. Die HIV-Prävalenz lag 2007 (5,9%) leicht unter dem Wert von 2005 (6,5%), wobei die Prävalenz der Frauen (9,9%) fast doppelt so hoch ist wie die der Männer (5,0%).

Eine höhere HIV-Infektionsrate der Frauen (ca. 8%) im Vergleich zu den Männern (ca. 6%) wird, wie in den Vorjahren, auch von den Opiatklienten, die 2006 in Hamburg ambulante Suchthilfe in Anspruch genommen haben, in der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg berichtet (Buth et al. 2007).

Im Rahmen einer Evaluation der drei Berliner Konsumräume (davon ein Konsummobil) für die Jahre 2004-2007 (Schu & Tossmann 2007), wurden auch die HIV-Prävalenzen der Klienten erhoben. Dabei unterscheiden sich die Prävalenzen aus den Falldokumentationen (2006: 3,0%; aus 566 Falldokumentationen) deutlich von denen aus den Selbstauskünften der Konsumraumnutzer (2007: 1,4%, aus 71 Nutzerauskünften).

### **6.3.2 Virushepatiden**

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

Für die Allgemeinbevölkerung liegen Basisdaten zu Virushepatitiden vor. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (2007a) ist bei 5-8% der Bevölkerung in Deutschland im Alter von 18 bis 79 Jahren eine Hepatitis B-Infektion erfolgt, 0,4-0,8% sind Virusträger. Im 1998 durchgeführten Bundesgesundheitsurvey ergab sich eine Seroprävalenz für HBc-Antikörper als Indikator für eine stattgehabte Infektion von 7,7% in den alten und 4,3% in den neuen Bundesländern (Thierfelder et al. 2001).

Seit 2001 wird tendenziell ein Rückgang der übermittelten Hepatitis B Erkrankungen beobachtet. Dementsprechend ist auch im Vergleich zwischen 2007 (1.008 gemeldete Fälle von akuter Hepatitis B) und 2006 (1.179) ein Rückgang zu verzeichnen. Die Inzidenz lag in der Bevölkerung bei 1,2 pro 100.000 Einwohner (2006: 1,4). Bezüglich möglicher Übertragungswege wurde am häufigsten eine sexuelle Exposition angegeben (340 Fälle, Mehrfachnen-

nungen möglich). Intravenöser Drogenkonsum wurde nur noch in 34 Fällen (2006: 38) genannt (3,9%). Von diesen Fällen, in denen i.v. Drogengebrauch genannt wurde, waren 28 männlich. Damit ist der Anteil der i.v. Drogengebraucher unter den vom RKI registrierten Fällen seit 2004 (von 138 Fällen) um 75% gesunken (Robert Koch-Institut 2008b).

Im gleichen Jahr wurden 6.858 (2006: 7.561) Erstdiagnosen von Hepatitis C an das RKI übermittelt. Die Inzidenz lag bei 8,3/100.000 Einwohner (2006: 9,2), wobei zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede bestehen (Spannweite: Brandenburg: 3,0; Berlin: 22,1). Eine Differenzierung zwischen akuter und chronischer Hepatitis-C-Infektion bei den Fallmeldungen ist im Rahmen des Meldeverfahrens derzeit nicht möglich. Seit 2003 werden Meldungen, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, ausgeschlossen. In allen anderen Fällen, also immer dann, wenn nicht dokumentiert ist, dass die Infektion bereits früher bestanden hat, wird der Fall als Erstmeldung in die Statistik aufgenommen (erstmaliger Labornachweis). Intravenöser Drogenkonsum wird als Ansteckungsursache in 35% der Fälle mit Expositionsangaben (1.769 von 5.012 Fällen) übermittelt. In der Gruppe der 20 bis 29-jährigen Männer mit HCV-Infektionen und Angaben zum Expositionsrisiko liegt der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten mit 73% deutlich höher (614 Fälle) (Robert Koch-Institut 2008b). Die Tatsache, dass Männer unter den i.v. Drogenkonsumenten deutlich überrepräsentiert sind, erklärt die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen.

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

In der DSHS (Sonntag et al. 2008b) wurden 2007 erstmals Daten zu HBV und HCV erhoben (s.a. 6.1). Die Prävalenz in ambulanten Einrichtungen unter den getesteten Opiatklienten beträgt für HBV 13,8% (N=410), unter den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik 10,6% (N=446). Die HCV-Rate der getesteten Opiatklienten liegt bei 59,1% (N=2.325), die aller Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 49,8% (N=2.778).

54% der Nutzer von Konsumräumen in Frankfurt am Main gaben in Selbstauskünften an, eine hepatitische Erkrankung (gehabt) zu haben. Ca. 45% der Klienten sind mit Hepatitis C, 2,4% mit Hepatitis B und weitere 6,6% mit Hepatitis B und C infiziert (Simmedinger & Vogt 2008).

In Hamburg liegt die Hepatitis-C Rate unter den Opiatklienten in der ambulanten Suchthilfe 2006 sogar bei 53% (Buth et al. 2007), während sie auf der Basis der Nutzerauskünfte (2006: N= 79; 2007: N=71) der Berliner Konsumräume von 46,8% im Jahr 2006 auf 31,0% gesunken ist.

Von den 2.694 Patienten in ärztlichen Substitutionspraxen, die im Rahmen der COBRA-Studie untersucht wurden, waren 69% HCV-positiv. Insgesamt hat sich die Infektionsrate bei denjenigen Studienpatienten, für die auch Ergebnisse im Follow-up vorlagen, von 67% auf 50% reduziert. Unterschiede zwischen den Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) waren dabei nicht zu beobachten (Wittchen 2006).

Zusammenfassend kann man in Deutschland bei i.v. Drogenkonsumenten für Hepatitis B von einer Antikörperprävalenz („Durchseuchungsrate“) von 40-60% und 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 mindestens 6% der Drogentodesfälle in der Polizeistatistik (vgl. Tabelle 6.1) handelt es sich um Suizide aufgrund der Lebensumstände. 28% der in der BADO 2006 dokumentierten Opiatklienten haben mindestens einen Suizidversuch hinter sich (Buth et al. 2007). Zimmermann und Kollegen (2007) haben kürzlich das Vorliegen suizidalen Verhaltens bei zum Drogenentzug stationär aufgenommenen jungen Erwachsenen untersucht. Die Untersuchung basiert auf der bekannten Tatsache, dass suizidale Verhaltensweisen bei Abhängigkeitserkrankungen gehäuft auftreten und bis zu einem Drittel der insgesamt vollendeten Suizide beitragen. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass bei stationären cannabisabhängigen Patienten eine erheblich erhöhte Neigung zu suizidalen Verhaltensweisen und Gedanken besteht, die am häufigsten mit Problemen mit Familien und Freundeskreis verbunden waren. Die Autoren empfehlen, Suizidalität bereits im Kontext von Entzugsbehandlungen zu thematisieren, um bei Bedarf eine Vernetzung zu weiterführenden Angeboten zu ermöglichen. Trotz der Limitationen der vorliegenden Studie bleibt aus Sicht der Autoren festzuhalten, dass die Ergebnisse auch für den Umgang mit entsprechenden Patienten in stationär-klinischer Behandlung aussagekräftig sind.

In einer Studie an den Klienten einer Drogenambulanz der Universität Hamburg für Jugendliche und junge Erwachsene fanden sich bei mehr als 20% der Klienten neben dem Substanzabhängigkeit auch andere psychische Erkrankungen (Sack et al. 2005).

Basierend auf den Ergebnissen einer prospektiven Längsschnittstudie, in deren Rahmen 1.395 Jugendliche in der Altersgruppe von 14-17 Jahren über einen Zeitraum von 10 Jahren verfolgt worden sind, weisen Wittchen et al. (2007) noch einmal auf die Bedeutung anderer



psychischer Erkrankungen (vor allem depressive und bipolare Störungen; weniger konsistent: Angststörungen) sowie das Ausmaß der individuell vorhandenen Komorbidität für die Inzidenz des Cannabisgebrauchs und dessen Weiterentwicklung zu missbräuchlichem oder abhängigem Gebrauch hin.

Das Ergebnis einer kürzlich erschienenen Metaanalyse von Conner und Kollegen (2007) unterstreicht erneut den Zusammenhang von Sucht und depressiven Erkrankungen. Offensichtlich fungiert das Vorliegen einer depressiven Erkrankung unter anderem als Moderatorvariable für das Hilfesuchverhalten und der Wahrscheinlichkeit, mit der die Betroffenen Nadeltausch betreiben. Insgesamt berichten die Autoren, dass die beobachteten Effekte gering seien, allerdings ließen sich deutlich moderate Effekte für das Geschlecht identifizieren. Keine eindeutigen Aussagen ließen sich hinsichtlich möglicher zukünftiger Assoziationen von Depression mit zukünftigem Drogenkonsum nachweisen.

### **6.5 Andere gesundheitliche Folgen**

Im Zusammenhang mit den (langfristigen) Folgen des Cannabiskonsums kann es nach wie vor als nicht eindeutig geklärt angesehen werden, ob das so genannte „amotivationale Syndrom“ tatsächlich auf die Cannabiswirkung zurückzuführen ist oder durch andere psychische Begleiterkrankungen wie affektive Störungen oder Psychosen bedingt ist. (Beckmann-Többen & Küstner 2008). Dennoch weisen Soellner und Gabriel (2008) darauf hin, dass trotz der während der letzten Jahre einsetzenden Differenzierung der Wahrnehmung von Konsummustern von Cannabis nach wie vor das cannabispezifische Stereotyp des eher lustlosen, leistungsschwächeren und antriebslosen „Kiffers“, das seit den 70er bis in die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts gezeichnet wurde, dominiert.

Fasst man den heutigen Kenntnisstand zusammen, so ist davon auszugehen, dass der problematische Konsum von Cannabis das Risiko einer nicht altersgerechten Entwicklung erhöht und die Gesundheit gefährdet. Vor diesem Hintergrund kommt der Förderung von Präventions- und Frühinterventionsforschung eine besondere Bedeutung bei (Thomasius & Petersen 2006).

Vor dem Hintergrund multipler Problemlagen und multimorbid erkrankter Drogenkonsumenten, kommt der Zusammenarbeit verschiedener Hilfebereiche eine große Relevanz zu. Karow und Mitarbeiter (2008) haben in einer Studie untersucht, inwieweit das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, Familienkonflikten und Rahmenbedingungen der Behandlung mit der Lebensqualität von Opiatabhängigen assoziiert ist. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass Persönlichkeitsstörungen und Konflikte mit Familienangehörigen oder Partnern sowie der andauernde Bedarf nach somatischer und psychiatrischer Behandlung den größten Einfluss auf ein Absinken der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität haben. Im Gegensatz dazu spielten Veränderungen im Konsumverhalten (Drogen und Alkohol), die ökonomische Situation, justizielle Probleme und soziale Problem mit anderen Personen (außerhalb der Familie) keine Rolle im Zusammenhang mit der Lebensqualität. Die Autoren betonen, dass die Verbesserung der Lebensqualität ein relevantes und wichtiges Ziel bei der Behandlung von Populationen mit chronischen Erkrankungen (wie z.B. Drogenabhängigkeit) dar-

stellt. Darüber hinaus stellt das Ergebnis dieser Studie einen Beleg für den Vorteil von längerfristigen Interventionen bei Langzeit-Opiatabhängigen dar, wohingegen ausschließliche Kurzzeit-Interventionen in der Regel nicht ausreichen, um den Konsumenten die notwendigen Kompetenzen zur Lösung ihrer intra- und interpersonellen Konflikte zu vermitteln.

## **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. Aktuell existieren in 16 deutschen Städten insgesamt 25 Drogenkonsumräume mit 215 Konsumplätzen. Der größte Teil der Plätze ist ausschließlich dem intravenösen Konsum (128 Plätze) vorbehalten, 52 Plätze dem

Inhalieren. Dazu gibt es 35 Plätze die variabel zum Injizieren, Inhalieren und Sniefen genutzt werden können (AIDS-Hilfe Frankfurt e.V., pers. Mitteilung) (s.a. [www.konsumraum.de](http://www.konsumraum.de)).

Die vier Konsumräume in Frankfurt wurden 2007 von 4.603 Personen genutzt (Simmedinger & Vogt 2008). Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr (N=4.544) einer geringen Zunahme von 1,3%. 2006 fanden 171.235 (2006: 164.164) Konsumvorgänge statt (+4%). Regelmäßige Nutzer, die mehr als 50 Mal in den Räumen konsumiert haben, stellen mit 15% nur einen kleinen Anteil dieser Gruppe dar, der aber im Vergleich zu 2006 (14%) leicht gestiegen ist. Nach Selbstauskunft waren 2007 55% (2006: 51%) der Nutzer in den letzten 30 Tagen wegen ihres Drogenkonsums in ärztlicher Behandlung. Mit 81% (2006: 78%) konsumiert die Mehrzahl der Besucher Heroin, 37% (2006: 43%) Crack, 14% (2006: 9%) Benzodiazepine. Im Durchschnitt sind alle Nutzer 34,1 Jahre alt, die erstmalig erfassten nur 32,4 Jahre.

In den drei Berliner Drogenkonsumräumen (davon ein Konsummobil) kam es im Jahr 2006 zu mehr als 12.000 Konsumvorgängen durch 835 Nutzer mit einem Durchschnittsalter von 31,3 Jahren. Im Jahr 2007 waren es schon 19.653 Konsumvorgänge (Angaben zur Gesamtzahl der Nutzer liegen nicht vor). Die höhere Zahl der Konsumvorgänge lässt sich vermutlich vor allem auf die längeren Öffnungszeiten zurückführen. Erste Präferenzdroge war bei 566 befragten Nutzern Heroin mit 91,6%. Im Gegensatz zu 2004 (8,4%, N=489) und 2005 (3,2%, N=631) hat 2006 keiner der befragten Nutzer Heroin-Kokain-Cocktails präferiert (Schu & Tossmann 2007).

Die Kontakt- und Kommunikationseinrichtung Fixpunkt aus Hannover berichtet über 29.332 Konsumvorgänge in den vorhandenen Räumen im Jahre 2006 (2005: 35.109). Der deutliche Rückgang im Vergleich zum Vorjahr war bei Frauen (2006: 4.986; 2005: 6.320) und Männern (2006: 24.346; 2005: 28.789) gleichermaßen zu beobachten, die vermutlich auf die Umbau- und Umstrukturierungsmaßnahmen (Personal) zurückzuführen sind. In Hannover wird ausschließlich der intravenöse Konsum von Heroin (92%), Kokain (5%) und der Mischkonsum von Heroin und Kokain 3% dokumentiert. Auffällig ist, dass sich der ohnehin schon hohe Anteil der Heroinkonsumvorgänge an allen Konsumvorgängen im Vergleich zum Vorjahr noch erhöht hat (Step (Hrsg.) 2007).

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

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

Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt. Geht man davon aus, dass es ca. 1.000 anerkannte ambulante Beratungsstellen und Kontaktläden gibt, von denen mindestens 25% Spritzentauschprogramme anbieten, ergibt sich eine Zahl von mindestens 250 Nadeltauschprogrammen, die seit dem Jahr 2000 relativ stabil ist (Bundesministerium für Gesundheit, pers. Mitteilung). 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 Trägern entnommen werden.

Für die Anzahl ausgegebener Spritzen liegen Daten von fünf Einrichtungen aus Schleswig-Holstein bis ins Jahr 2002 zurückreichend vor (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2007). Seit dem Ende des ersten dokumentierten Jahres (2002) hat die Anzahl ausgegebener Einmalspritzen fast stetig und erheblich abgenommen - von fast 55.000 Spritzen im Quartal auf etwa 32.000 im zweiten Quartal 2004. Seit mittlerweile drei Jahren (2004-2006) bewegt sich die Anzahl im Bereich von 32.000 bis 40.000 ausgegebenen Spritzen pro Quartal.

### **Programme 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. 2006).

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 das Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“, das aktuelle Informationen über Prävention und Therapie von Hepatitis C in dieser Personengruppe sowie Hinweise und Material für Beratung, Betreuung und Rechtslage enthält (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2006).

In einem umfangreichen Tagungsband sind die Inhalte des vierten „Internationalen Fachtages Hepatitis C“, der 2007 in Hamburg durchgeführt wurde, zusammengefasst (Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch & ZIS 2008). Im Rahmen der Tagung wurde ein breites Spektrum von Themen von Präventionsansätzen über Infektionserkrankungen bei abhängigen Migranten, offenen Fragen in Forschung und Praxis, HCV-Therapie und Substitution, Erfahrung aus integrativer HCV-Behandlung in Modellprojekten und stationärer Langzeittherapie bis hin zu Erfahrungen der HCV-Behandlung in der Schweiz und einigen der neuen EU-Staaten thematisiert ([www.hepatitiscfachtag.org](http://www.hepatitiscfachtag.org)).

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 ([www.kompetenznetz-hepatitis.de](http://www.kompetenznetz-hepatitis.de)).

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

Zu den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenösen Drogengebrauchern vgl. Kapitel 5.5. Auch die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten hat eine Konsensuskonferenz zur Erarbeitung einer Leitlinie „Behandlung der Virushepatitis C“ durchgeführt ([www.dgvs.de/1116.php](http://www.dgvs.de/1116.php)).

In Anbetracht der erheblichen Folgekosten chronischer Hepatitis C 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 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. 2006).

In spezialisierten Einrichtungen sind noch bessere Resultate erreichbar, wie Backmund und Meyer (2006) anhand von Ergebnissen aus einer Münchner Substitutionsambulanz berichten konnten. Auch bei gleichzeitigem Vorliegen von psychischen Störungen neben der Drogenabhängigkeit ist nach Einschätzung einer Studie von Schäfer (2005) eine antivirale Therapie bei Drogenabhängigen möglich. Die Einschätzung, dass eine erfolgreiche Hepatitis C-Behandlung auch bei opiatabhängigen Patienten möglich ist, sofern eine gute Zusammenarbeit der behandelnden Spezialisten und ausreichende Unterstützung für die Patienten gewährleistet sind, bestätigt auch eine kürzlich erschienene norwegische Studie von (Krook et al. 2007).

Eirund und Kollegen (2007) berichten von einem psychosomatisch orientierten Begleitprogramm für Interferon-behandelte HCV-Patienten in einer abstinentenzgestützten stationären Einrichtung. Dieses Programm wurde als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans in die stationäre Entwöhnungstherapie integriert. Aus Sicht der Autoren ermutigten die ersten (vorläufigen) Ergebnisse zu einer Fortsetzung der Behandlung. Sie betonen die Notwendigkeit, zur Optimierung der Therapie persönliche Kontakte mit Fachleuten aus der jeweiligen Region auszubauen, damit die im stationären Rahmen antherapierten Patienten nach der Entlassung qualifiziert weiterbehandelt werden können. Auch in dieser Darstellung wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit als Schlüssel für den Erfolg der Behandlung gesehen.

### **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.

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

**Niedrigschwellige Hilfen.** Niedrigschwellige Hilfen, Spritzenaustauschprogramme (vgl. 7.3) und insbesondere die Einrichtung von Konsumräumen (vgl. 7.2) helfen, die negativen gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums zu reduzieren.

**Kinder süchtiger Eltern.** Basierend auf Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), lebt nach wie vor etwa jede vierte Opiatabhängige in ambulanter Behandlung mit einem Kind zusammen (Sonntag et al. 2008b). 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 schwangeren Drogenkonsumenten anzusprechen, um Risiken und Folgeschäden für das Kind und sie selbst zu reduzieren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 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. Auch drogenabhängige Mütter, die sich bereits in Substitutionsbehandlung befinden, bedürfen nach Einschätzung von Experten noch der erheblichen Unterstützung, um den komplexen Anforderungen und Belastungen der Mutterrolle entsprechen zu können (Bartsch & Fröhlingdsdorf 2007).

**Unfallgeschehen.** Angaben zum Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Unfallgeschehen sind in Kapitel 8.3.6 zu finden.





## 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 intensiv Konsumierenden.

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 von Drogenkonsumenten finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opiatabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszenen betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik und aus den regionalen Monitoringsystemen wie zum Beispiel in Frankfurt und Hamburg.

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) hat ein erheblicher Teil der Opiatklienten ambulanter Einrichtungen bei Beginn der Betreuung noch keinen Schulabschluss (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2008). Mehr als die Hälfte der Klienten mit primärer Opiatproblematik (60,3%) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos, bei Klienten mit primären Kokainproblemen sind es 37,1%. An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung praktisch nichts. Nach wie vor hat etwa jeder sechste Klient mit primärer Kokainproblematik keinen Schulabschluss (15,8%). Während dies bei vielen Cannabis-klienten einfach am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle (insbesondere die Opiatklienten) häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Sonntag et al. 2008b) (Tabelle 8.1). Im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation (Buth et al. 2007) wurden im Jahr 2006 insgesamt 4.851 Opiatklienten (+400 im Vergleich zu 2005) registriert, die ambulante

Hilfe in Anspruch nahmen. Von diesen lebten zwar 82% in stabilen Wohnverhältnissen, allerdings waren 69% arbeits- bzw. erwerbslos.

Erstmals liegen für das Berichtsjahr 2007 in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor (N=22). Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2007 niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchten noch schlechter als in anderen Hilfebereichen. Wie in Tabelle 8.1 zu sehen, liegen die Werte für fehlenden Schulabschluss, Arbeits- und Wohnungslosigkeit bei allen Substanzen noch deutlich höher als bei den Klienten in ambulanter Betreuung. Alle vorliegenden Daten sind aber nur eingeschränkt interpretierbar, da nur von maximal 12 der insgesamt 22 in der DSHS berücksichtigten niedrigschwelligen Einrichtungen Daten zu diesen drei Variablen vorliegen und die Absolutzahlen der Klienten mit illegaler Drogenproblematik (zur Wohnsituation liegen 998 gültige Angaben vor, zur Erwerbssituation 737, zum Schulabschluss 970) relativ niedrig sind (Sonntag et al. 2008e). Hinzu kommt, dass auch die Gesamtzahl der sich an der DSHS beteiligenden niedrigschwelligen Einrichtungen mit N=22 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote in Deutschland repräsentiert.

Der Anteil unter den Klienten der Frankfurter Drogenkonsumräume, die in prekären Wohnverhältnissen leben (obdachlos, in Notschlafstellen oder sonstigen provisorischen Wohnverhältnissen), beträgt 12,6% und hat sich gegenüber dem Vorjahr, leicht erhöht (Simmedinger & Vogt 2008). Noch schlechter ist die soziale Situation in der offenen Frankfurter Drogenszene. 2006 lebten 44% der Drogenkonsumenten aus der offenen Szene in prekären Wohnverhältnissen. Während sich die Wohnsituation für die männlichen Szeneangehörigen in den letzten Jahren leicht verbessert hat, ist sie für die Frauen relativ unverändert und eher schlechter. Der Anteil der Szeneangehörigen ohne abgeschlossene Berufsausbildung ist zwar von 52% (1995) auf 43% gesunken, aber die Arbeitslosenquote ist unverändert hoch und dauert durchschnittlich bereits seit 4,6 Jahren an. Langzeitarbeitslosigkeit, ein relativ hohes Durchschnittsalter (36 Jahre), geringe Berufsqualifikation und langjährige Szenebindung (durchschnittlich 13 Jahre) erschweren zunehmend die Reintegration in das Arbeitsleben (Müller et al. 2007).

Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zeigen sich in der offenen Frankfurter Drogenszene mit Ausnahme von Crack keine signifikanten Unterschiede in den Konsummustern. So ist unter den weiblichen Szeneangehörigen (82%) nicht nur die 24-Stunden-Prävalenz des Crackkonsums deutlich höher als bei den männlichen Szeneangehörigen (57%), sondern vor allem der exzessive Crackkonsum. 57% der Crack konsumierenden Frauen berichten von mehr als drei täglichen Konsumeinheiten (Männer: 37%) und 31% von mehr als acht täglichen Konsumeinheiten (Männer: 11%) (Müller et al. 2007).

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung

Substanz	Ambulante Betreuung			Niedrigschwellige Einrichtungen		
	Ohne Schulabschluss <sup>1)</sup>	Arbeitslos <sup>2)</sup>	Ohne Wohnung <sup>2)</sup>	Ohne Schulabschluss <sup>1)</sup>	Arbeitslos <sup>2)</sup>	Ohne Wohnung <sup>2)</sup>
Alkohol	5,6%	41,8%	0,5%	28,6%	65,3%	7,8%
Opiode	17,7%	60,3%	3,0%	21,9%	72,0%	7,6%
Cannabinoide	23,8%	33,4%	0,6%	23,7%	46,7%	2,2%
Sedativa/Hypnotika	6,6%	34,1%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%
Kokain	15,8%	37,1%	1,2%	21,1%	63,8%	1,7%
Stimulantien	15,7%	39,4%	0,8%	15,4%	46,7%	3,3%
Halluzinogene	30,0%	53,3%	0,0%			
Tabak	7,7%	8,4%	0,2%	70,6%	33,3%	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel	44,8%	25,9%	0,0%			
Multiple/andere Subst.	13,1%	54,8%	0,0%	50,0%		

1) Oder in Schulausbildung.

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn

(Sonntag et al. 2008b, e)

Ergebnis einer bereits im letzten Jahr vorgestellten Untersuchung von Lampert und Kollegen (2006) ist, dass Familien mit niedrigerem Wohlstand Gesundheitsangebote auch dann weniger nutzen, wenn diese kostenlos sind. Es fand sich jedoch kein Unterschied im Tabak- und Alkoholkonsum von Jugendlichen aus wohlhabenden bzw. weniger wohlhabenden Familien (verglichen wurden die Gruppen „niedrig“ vs. „hoch“). Möglicherweise entwickelt sich dieser jedoch später vermittelt durch unterschiedliche Schulwahl. Diese Vermutung wird durch Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) gestützt (Lampert & Thamm 2007). Demnach rauchen Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, 4,6- bzw. 3,4-mal häufiger im Vergleich zu denjenigen auf einem Gymnasium; Jungen und Mädchen auf einer Real- oder Gesamtschule 1,7- bis 3,1-mal häufiger. Der soziale Status hingegen wirkt sich nur bei Mädchen auf das Rauchverhalten aus: Mädchen aus der niedrigsten und mittleren Statusgruppe rauchen 1,8- bzw. 1,5-mal häufiger als diejenigen aus der höchsten Statusgruppe. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund vergleichsweise selten rauchen und der Tabakkonsum in den neuen Bundesländern stärker verbreitet ist als in den alten Bundesländern. Hingegen hat der Sozialstatus weder bei Jungen noch bei Mädchen einen Einfluss auf den Alkoholkonsum.

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. Den protektiven Effekt eines starken familiären Zusammenhaltes bestätigen auch Erhart und Kollegen (2007), indem sie zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit mehr familiären Ressourcen deutlich weniger Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen haben.

Einige Daten aus dem Hamburger Schulbus (Baumgärtner 2008) geben Hinweise darauf, dass unter den 14-18jährigen Schülern der regelmäßige Konsum von Cannabis deutliche

Auswirkungen auf das Verhalten in der Schule und die Schulleistungen hat. So fällt die durchschnittliche Zahl der selbstberichteten schulischen Fehlstunden in den letzten 30 Tagen bei den aktuell regelmäßigen Cannabiskonsumenten auffallend höher aus als bei den Gelegenheits- und Nicht-Konsumenten. Die Durchschnittswerte der Selbsteinschätzung der eigenen schulischen Leistungen und auch die Beurteilung des Verhältnisses zu den Lehrern fallen bei den regelmäßigen Cannabiskonsumenten signifikant schlechter aus als bei jenen Befragten, die auf den Umgang mit Cannabis verzichten oder dieses nur gelegentlich konsumieren.

### **8.3 Drogenkriminalität**

#### **8.3.1 Beschaffungskriminalität**

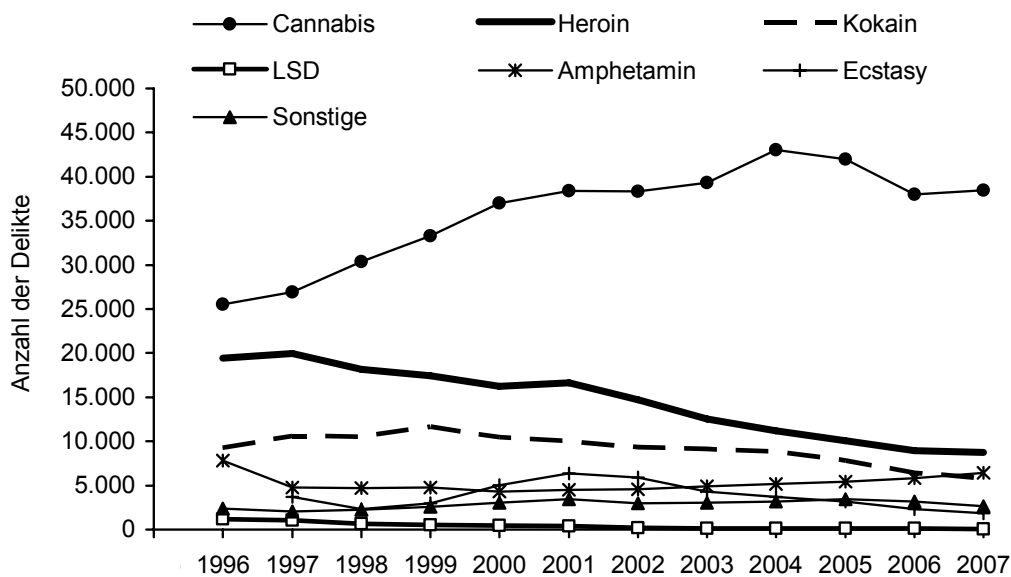
Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2007 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2.540 Fälle (2006: 2.234; 2005: 2.210) der direkten Beschaffungskriminalität registriert. Die Zahl dieser Delikte ist damit im Berichtsjahr nach stabilem Verlauf in den Vorjahren zwischen 2006 und 2007 um 13,7% gestiegen. Fast drei Viertel (71,3%) dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle zur Erlangung von Betäubungsmitteln. Den größten Anteil an der Zunahme der direkten Beschaffungskriminalitätsfälle hat die gestiegene Zahl der Rezeptfälschungen auf 1.581 (2006: 1.313) (Bundesministerium des Innern 2008).

#### **8.3.2 Handelsdelikte<sup>29</sup>**

Diese Delikte beinhalten Verstöße, die im Zusammenhang mit gewerblichem/professionellem Handel mit Betäubungsmitteln oder Schmuggel größerer Mengen verbunden sind. Dabei werden - wie auch bei den Konsumdelikten - alle Fälle berücksichtigt, die polizeilich erfasst werden - unabhängig vom Ergebnis einer eventuellen späteren Verurteilung.

---

<sup>29</sup> Unter "Handelsdelikten" werden Delikte des illegalen Handels mit und Schmuggels von Rauschgiften nach § 29 BtMG sowie die Delikte der illegalen Einfuhr von Betäubungsmitteln nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG zusammengefasst.



(Bundesministerium des Innern 2008)

Abbildung 8.1 Entwicklung von Handelsdelikten

Bei den Handels-/Schmuggeldelikten spielt Cannabis sowohl nach Anteil als auch absoluter Zahl die größte Rolle (38.460 Delikte, 60,0% aller Delikte; 2006: 38.029, 58,6%), mit großem Abstand gefolgt von Heroin (8.752, 13,7%; 2006: 8.927, 13,8%)(Abbildung 8.1). Zahl und Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Heroin und Kokain (5.822, 9,1%; 2006: 6.462, 10,0%) sind während der letzten Jahre rückläufig, bei Cannabis sank die absolute Anzahl entsprechender Verstöße nach einem kontinuierlichen Anstieg bis 2004 zwischen 2004 und 2006 und ist im letzten Jahr stabil geblieben. Seit 2000 steigt die Zahl der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen konstant an. Amphetamine hatten 2007 einen Anteil von 10,0% (6.405 Delikte; 2006: 5.858, 9,0%) an allen Handelsdelikten und haben damit Kokain erstmals vom dritten Platz in dieser Rangliste verdrängt (Bundesministerium des Innern 2008).

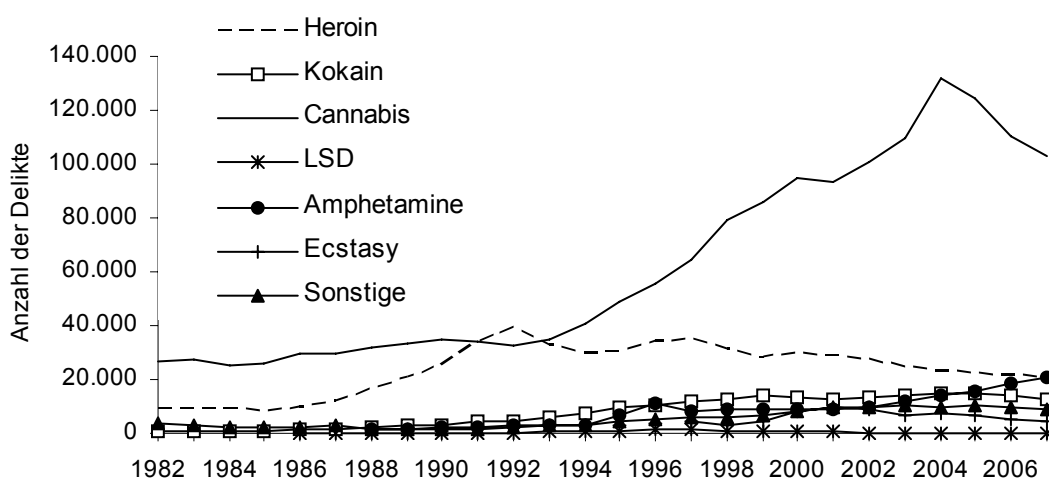
In Nordrhein-Westfalen (NRW) ist die Zahl der Handelsdelikte mit Betäubungsmitteln um 6,6% auf 21.992 (2006: 20.625) gestiegen, was vor allem durch den Anstieg von Amphetamin- und Cannabisdelikten beeinflusst wurde. Der Anteil der Cannabisdelikte macht etwa  $\frac{3}{4}$  (15.880 Fälle) aller Handels-/Schmuggeldelikte in NRW aus und liegt damit noch deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2008).

### 8.3.3 Konsumnahe Delikte<sup>30</sup>

In diesem Abschnitt geht es 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 spielt vor allem Cannabis eine herausragende Rolle: 60,0% aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (12,2%), Amphetamine und Kokain (7,5%) machen - in ähnlicher Größenordnung - zusammen weitere 31,7% der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen. Der Rückgang der Gesamtzahl (2007: 171.496; 2006: 178.841; -4,1%) ist vor allem auf die erneut rückläufige Zahl der Cannabisdelikte zurückzuführen (2007: 102.931; 2006: 110.638; -7,0%).

Im Jahr 2007 wurden aber auch weniger Verstöße mit Heroin (2007: 20.986; 2006: 21.442; -2,0%), Ecstasy (2007: 4.739; 2006: 4.996; -5,1%), Kokain (2007: 12.932; 2006: 13.755; -6,0%) und sonstigen Drogen (2007: 9.201; 2006: 9.480; -2,9%) registriert. Ausschließlich die Zahl der Amphetamindelikte ist wie bereits im Vorjahr weiterhin gestiegen (2007: 20.486; 2006: 18.329; +11,7%) (Bundesministerium des Innern 2008) (Abbildung 8.2).



(Bundesministerium des Innern 2008)

Abbildung 8.2 Entwicklung von Konsumdelikten

<sup>30</sup> Der Begriff "Konsumnahe Delikte" umschreibt die allgemeinen Verstöße gegen das BtMG. Diese betreffen Delikte nach § 29 BtMG, die den Besitz, Erwerb und die Abgabe von Rauschgiften sowie ähnliche Delikte umfassen.

### 8.3.4 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.

Seit 2004 ist die Gesamtzahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen von Jahr zu Jahr leicht zurückgegangen. Insgesamt wurden 2007 18.620 Fälle registriert (2006: 19.319 Fälle; -3,6%). Die deutlichsten Rückgänge finden sich für Ecstasy (2007: 2.038; 2006: 2.319; -12,1%). Auch die Zahlen der erstauffälligen Konsumenten von Heroin (2007: 4.153; 2006: 4.489; -7,5%) und Kokain (2007: 3.812; 2006: 4.225; -9,8%) sind gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Erneut gestiegen sind die Erfassungen auf Grund des Konsums von Amphetaminen (2007: 9.949, inklusive 567 erstauffälligen „Crystal“-Konsumenten; 2006: 9.835, inklusive 682 erstauffälligen „Crystal“-Konsumenten; +1,2%). Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen machen inzwischen 53,4% der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Heroin: 22,3%; Kokain: 20,5%, Ecstasy: 12,1%, Crack: 2,7% und Sonstige inkl. LSD: 2,4%)<sup>31</sup>. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden.

Im Gegensatz dazu ist in NRW von 2006 zu 2007 nicht nur die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen (+20,9%), sondern auch die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Kokain und Heroin (+10,5%) deutlich angestiegen (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2008).

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.

### 8.3.5 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

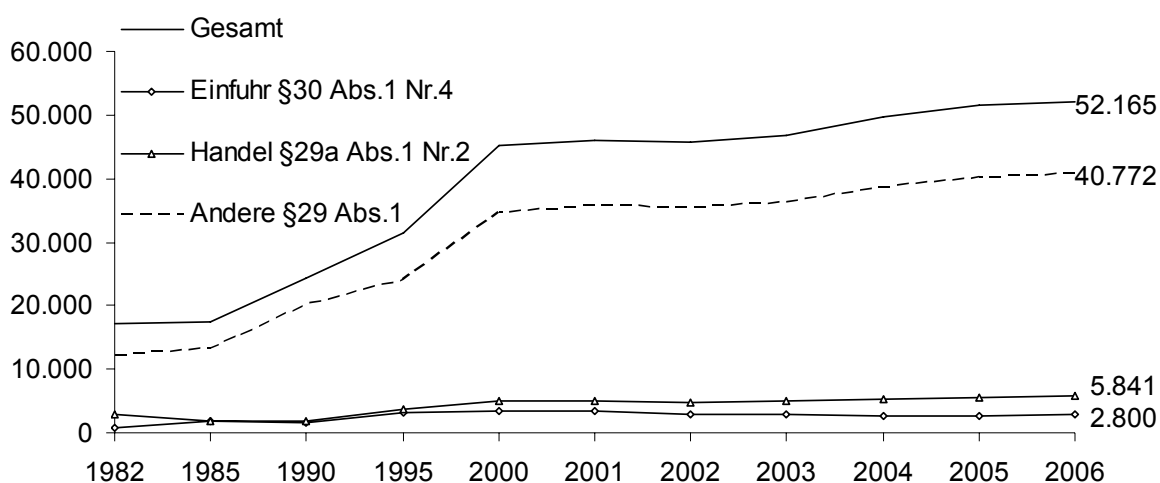
Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 10, Reihe 3) wurden im Jahr 2006 52.165 Personen (2005: 51.472) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2007 liegen noch nicht vor). 43.063 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Er-

---

<sup>31</sup> Jede Person wird in der Gesamtzahl nur einmal als EKHD registriert; zur Aufhellung des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich, so dass die prozentuale Aufschlüsselung nach Drogenart 100% übersteigt.

wachsenen-) Strafrecht gefällt (2005: 41.057), 9.102 (2005: 10.415) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 17.546 (2005: 17.049) Freiheitsstrafen - davon 10.935 (2005: 10.587) zur Bewährung - sowie 25.517 (2005: 24.008) Geldstrafen verhängt (Statistisches Bundesamt 2007b).

Die Gesamtzahl der Verurteilungen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 1,3% leicht erhöht (2004-2005: +3,5). Der Anstieg ist ausschließlich auf eine Zunahme der erwachsenen Straftäter (leichte Rückgänge bei Jugendlichen<sup>32</sup> und Heranwachsenden<sup>33</sup>) und vor allem unspezifischer Konsumdelikte (§29 Abs.1 BtMG) zurückzuführen. Auch die Zahl der Handelsdelikte ist wie schon im dem Vorjahr (2005: 5.561; +5,0%) leicht gestiegen, allerdings auf weiterhin niedrigem Niveau (Abbildung 8.3).



(Statistisches Bundesamt 2007b)

Abbildung 8.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetzes betrafen 2006 6,9% aller Verurteilungen, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,6% etwa doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,8%). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 5,2%. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Rauschgiftdelikte mit 11,2% deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität. Bei 61,0% der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 62,1%, Frauen: 51,1%); in etwa 60% dieser Fälle

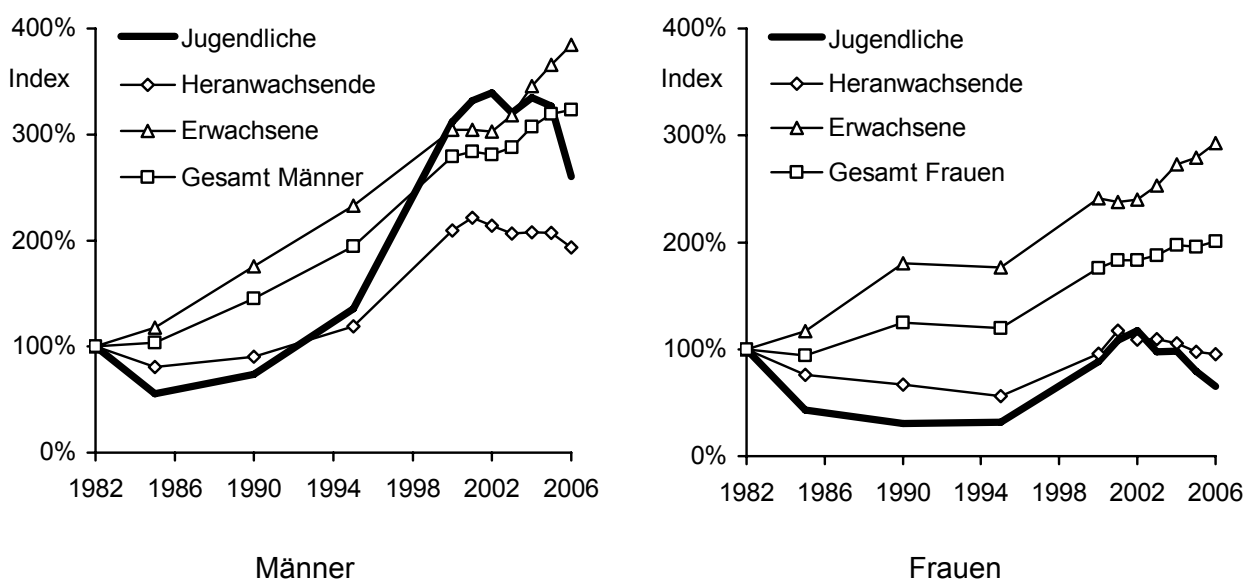
<sup>32</sup> Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

<sup>33</sup> Heranwachsende sind Personen, die zur Zeit der Tat 18 bis unter 21 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Sie können entweder nach allgemeinem oder nach Jugendstrafrecht abgeurteilt werden.



handelte es sich dabei bereits um Täter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2007b).

Wie bereits in den Vorjahren, wurden auch im Jahr 2006 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen BtM-Delikten verurteilt (Männer: 47.018; Frauen: 5.147). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 24 Jahre gibt es deutliche Unterschiede. Verwendet man die Zahlen von 1982 als Index (=100%), so hat sich die Zahl der Verurteilungen bei den Männern bis zum Jahr 2006 etwa verdreifacht, bei den Frauen etwa verdoppelt. Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden feststellen. Bei jugendlichen und heranwachsenden Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2006 unter denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche fast verdreifacht und für Heranwachsende etwa verdoppelt hat. Dieser gewaltige Anstieg an Verurteilungen unter jugendlichen und heranwachsenden Männern fand vor allem zwischen 1995 und 2000 statt. Zwischen dem Jahr 2000 und 2005 hat es in diesen Gruppen keinen weiteren Anstieg mehr gegeben von 2005 nach 2006 sogar einen deutlichen Abwärtstrend (-20,3% unter Jugendlichen; -6,5% unter Heranwachsenden) (Abbildung 8.4).



(Statistisches Bundesamt 2007b)

Abbildung 8.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz finden sich in Standardtabelle 11.

Eine ähnliche Tendenz zeigt sich in der Zahl der Verfahren (5.763), die die Staatsanwaltschaften des Landes Sachsen-Anhalt im Jahre 2007 wegen Betäubungsmitteldelikten neu eingeleitet haben. Die Verfahrenszahl ging im Vergleich zum Vorjahr um 10,4% zurück (6.433 Verfahren). (Landeskriminalamt Sachsen-Anhalt 2008).

Weitere Informationen zu Strafverfolgungsstatistiken finden sich unter anderem in Kapitel 11.

### 8.3.6 Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Seit 2003 gibt das Statistische Bundesamt jährlich in seinem Verkehrsunfallbericht auch darüber Auskunft, ob die an einem Unfall beteiligten Fahrzeugführer unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel als Alkohol standen. Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ein höchstrichterliches Urteil hat bezüglich Cannabis klargestellt, dass bei einem THC-Gehalt von unter 1,0 ng/ml im Blut eine akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nicht angenommen werden kann (Bundesverfassungsgericht 2004).

In einer kürzlich veröffentlichten Arbeit schlagen Grothenhermen & Kollegen (2007) verbindlich einen konkreten Grenzwert für eine THC-Konzentration im Serum vor (7-10 Ng/ml) vor, den sie als vergleichbar mit den Einschränkungen im Zusammenhang mit einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille ansehen. Diese Grenzwerte leiten sie aus metaanalytischen Berechnungen, experimentellen Studien und der Berücksichtigung cannabisspezifischer Faktoren im Zusammenhang mit der Berechnung von Grenzwerten ab.

Im Jahr 2007 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 336.002 Unfälle, an denen 409.641 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 8.2). Davon standen 19.466 Unfallbeteiligte (5,8%) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.354 (0,3%) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2008c). Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Tabelle 8.2 Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle

Jahr	Unfälle insgesamt	Beteiligte Fahrzeugführer	Fahrzeugführer unter Einfluss...	
			von Alkohol	anderer berauschend. Mittel
2003	354.534	443.293	22.674	1.341
2004	339.310	417.923	21.096	1.457
2005	336.619	413.942	20.663	1.343
2006	327.984	403.886	19.405	1.320
2007	336.002	409.641	19.466	1.354

(Statistisches Bundesamt 2008c)

Die Zahl der Unfälle mit Personenschaden und der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ hat sich von 1996 (611) bis 2006 (1.372) mehr als verdoppelt, obwohl die Zahl aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden im gleichen Zeitraum um ca. 12% sank (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008b).

Dabei ist allerdings zu bedenken, dass sich das öffentliche und politische Interesse an dieser Problematik parallel zur empirischen Basis, durch den Einsatz technischer Hilfsmittel zur Messung des Drogeneinflusses und Schulungen der Polizeibeamten, entwickelt hat.

Weitere Informationen hierzu in Kapitel 11.

#### 8.4 Drogenkonsum im Gefängnis

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten betrug 2007 laut der Daten des Statistischen Bundesamtes (2008b) insgesamt 9.665 (2006: 9.579). Dies entspricht einem Anteil von 14,9% aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt der Anteil bei 16,2% (2006: 15,7%) und ist damit, wie jeweils in den Jahren zuvor, leicht gestiegen. Der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Frauen hat dagegen mit 15,0% (2006: 18,8%) den niedrigsten Wert seit 2003 erreicht. Auch unter den Jugendlichen sinkt seit 2003 der Anteil der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten leicht (Männer) bzw. deutlich (Frauen) und liegt 2007 bei 6,2% bzw. 8,9%. Die Zahl der Strafgefangenen mit Betäubungsmitteldelikten hat sich von 2006 bis 2007 kaum verändert, trotzdem hat sich der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten unter allen Strafgefangenen (wenn auch minimal) seit 2003 kontinuierlich erhöht. Wie bereits im Vorjahr, machen Frauen nur rund 6% dieser Gruppe aus, der Anteil der BtMG-Fälle unter den weiblichen Strafgefangenen liegt jedoch seit 2003 stabil zwischen 3-5 Prozentpunkten über dem Vergleichswert der Männer (Tabelle 8.3).

Tabelle 8.3 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte		Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung	
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer		Frauen
2007	Inhaftierte N	64.700	61.323	3.377	54.212	3.072	6.685	304	427
	BtMG N	9.665	9.077	588	8.763	461	413	27	1
2007	BtMG %	14,9	14,8	17,4	16,2	15,0	6,2	8,9	0,2
2006	BtMG %	14,8	14,7	18,2	15,7	18,8	6,8	11,4	0
2005	BtMG %	14,6	14,4	19,2	15,4	20,1	7,3	10,2	0
2004	BtMG %	14,5	14,3	18,1	15,3	18,6	7,6	13,8	0
2003	BtMG %	14,4	14,2	17,9	15,2	18,2	8	15	0,3

Hinweis: „BtMG N“: Anzahl der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen, „BtMG %“: Anteil der wg. Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Personen.

(Statistisches Bundesamt 2008b)

Sicherstellungen von Drogen im Gefängnis finden regelmäßig statt. Neben einem umfangreichen Kontrollsystem werden Urinkontrollen, aber auch groß angelegte Durchsuchungsaktionen mit Polizeikräften und Drogenspürhunden durchgeführt. Neue Daten zu Sicherstellungen in Gefängnissen aus den Bundesländern liegen aber nicht vor.

Zum ersten Mal liegt für 2007 ein eigener Tabellenband der DSHS für ambulante Betreuung im Gefängnis vor (Sonntag et al. 2008d). Da dieser Tabellenband neu ist, nur sieben Einrichtungen umfasst und auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass einzelne Ergebnisse nur von ein oder zwei Einrichtungen vorliegen oder maßgeblich beeinflusst werden, sollten die Zahlen mit großer Vorsicht interpretiert werden, da keinerlei Informationen über Selektions-

mechanismen für die Beteiligung vorliegen und keine Aussagen hinsichtlich der Repräsentativität der teilnehmenden Gefängnisse gemacht werden können.

Das durchschnittliche Alter der Männer mit illegaler Drogenproblematik, die 2007 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 28,3 Jahre (N=254), das der Frauen 26,9 Jahre (N=25). Besonders auffällig ist, dass 80% der inhaftierten Frauen, die in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, bei den Männern liegt der Anteil bei 45%. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit den Hauptdiagnosen Kokain und Stimulantien in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit. Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine primäre Cannabisproblematik bei der Behandlung im Gefängnis eine kleinere Rolle als bei der ambulanten Betreuung außerhalb des Gefängnisses, bei den Frauen ist kein Fall dokumentiert (Tabelle 8.4).

Angaben über Drogenkonsum im Gefängnis finden sich in Standardtabelle 12.

Tabelle 8.4 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer N	Männer %	Frauen N	Frauen %	Gesamt N	Gesamt %
Opioide	114	44,9%	20	80,0%	134	48,0%
Kokain	42	16,5%	1	4,0%	43	15,4%
Stimulantien	53	20,9%	4	16,0%	57	20,4%
Hypnotika/Sedativa	2	0,8%	0	0,0%	2	0,7%
Halluzinogene	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
Cannabinoide	41	16,1%	0	0,0%	41	14,7%
Multiple/andere Subst.	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
Gesamt	254	100,0%	25	100,0%	279	100,0%

(Sonntag et al. 2008d)

## 8.5 Soziale Kosten

Der Begriff „Soziale Kosten“ bezieht sich auf die Gesamtkosten, die der Gesellschaft durch den Gebrauch von und den Handel mit illegalen Substanzen entstehen. Dazu gehören neben den direkten, öffentlichen Ausgaben von staatlichen Stellen und Sozialversicherungsträgern (siehe Kapitel 1.4) auch private Ausgaben (z.B. von Drogenkonsumenten für die Beschaffung der Substanz) und indirekte Kosten, die der Gesellschaft z.B. aufgrund verlorener Produktivität oder frühzeitiger Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum entstehen. Eine solche Gesamtabstschätzung der finanziellen Folgen des Drogenkonsums für die Gesellschaft liegt in Deutschland bisher nicht vor.

## **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 4.3 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.

Angebote der Grundsicherung nach SGB II und SGB XII stehen auch für Drogenabhängige zur Verfügung, beispielsweise wenn es darum geht, eine preisgünstige Wohnung, Grundsicherungsleistungen 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. Genauer hierzu findet sich in den REITOX-Berichten 2005 und 2007.

Mit dem im August 2006 in Kraft getretenen „Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende“ wurde der Status von Personen in stationären Einrichtungen hinsichtlich ihres Anspruches auf staatliche Grundsicherung umfassend geregelt.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, die zum 01. April 2007 in Kraft getreten ist, wurden neben Eltern-Kind-Kuren und der geriatrischen Rehabilitation auch die Leistungen in der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen. Im Rahmen des weiteren Ausbaus eines flächendeckenden Netzes der ambulanten Rehabilitation für Suchtmittelabhängige wurde bis Ende des Jahres 2006 die Anzahl der zur „ambulanten Rehabilitation Sucht“ zugelassenen Beratungsstellen von 35 (2004) auf 80 erhöht. Dieser Ausbau stellt eine Grundlage für die Bildung regionaler Behandlungsverbände dar, die auf regionaler Ebene eine Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich und an den Schnittstellen zwischen diesen Versorgungsebenen gewährleisten können. Im Rahmen eines 18-monatigen Modellprojektes der ehemaligen LVA Sachsen wird

seit dem 01. Januar 2007 bei der Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen auf die Erstellung eines Sozialberichtes verzichtet. Damit soll ein wesentlicher Beitrag zur Verkürzung des Antragsverfahrens für Abhängigkeitserkrankte geleistet werden.

### **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 niedrigschwelligen 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 eigenständigen Leben sollen Adaptationseinrichtungen erleichtern. Von diesen gibt es im ganzen Land 81, die insgesamt 983 Plätze für Drogenkranke zur Verfügung stellen (Simon 2005). Neuere Angaben liegen hierzu nicht vor.

### **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.

Mit dem umfassenden Integrationsansatz im SGB II können für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt neben den Instrumenten der Arbeitsförderung flankierend sozial-integrative Leistungen erbracht werden. Ein wesentliches Element dieser flankierenden Eingliederungsleistungen ist die Suchtberatung (§ 16 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 SGB II).

Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der

Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II, nur soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbezug haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor.

Der Drogen- und Suchtrat hat am 5. November 2007 einstimmig einen Beschluss gefasst, der für alle Beteiligten an der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor allem drei Maßnahmen betont:

1. eine fallbezogene Kooperation zwischen ARGEen einerseits und ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen andererseits bereits während der Rehabilitation;
2. geeignete Kooperationen zwischen den beteiligten Trägern, wenn aufgrund einer sich abzeichnenden Behandlungsdauer ein Wechsel zwischen den Trägern des SGB II und des SGB XII (Sozialhilfe) notwendig wird und
3. eine möglichst zielgerichtete Nutzung der Suchtberatung als flankierende Leistung.

Mit dem Beschluss wird die Drogenbeauftragte gebeten, die vor Ort vorliegenden guten Erfahrungen zu sammeln und zu kommunizieren. Dabei wurde vor allem an drei Bereiche gedacht: Die frühe Identifikation von Arbeitslosen mit Suchtproblemen in den Jobcentern, die Vermittlung in die Suchtberatung mit ihren beschäftigungsrelevanten Auswirkungen sowie die effektiven Eingliederungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen. Ein entsprechendes Forschungsprojekt wurde ausgeschrieben (vgl. Kapitel 1.3.3).

Bundesweit existierten 2004 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 (Simon 2005). Neuere Daten liegen nicht vor.

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherung auf Bundesebene (Deutsche Rentenversicherung Bund)<sup>34</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 Suchtkranker. Neben rein somatischen Aspekten zählen hierzu ebenfalls psychische Aspekte, die die notwendigen persönlichen und sozialen Fähigkeiten des Klienten beinhalten, um im Arbeitsalltag bestehen zu können.

---

<sup>34</sup> Am 01.10.2005 wurden BfA und LVAs gemeinsam in die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) überführt.

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

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, zu denen auch aufsuchende Tätigkeiten gehören, durch Staat, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherungen wie andere bedürftige Gruppen. 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 Ausnahme einer kleinen JVA für Frauen in Berlin) inzwischen alle wieder eingestellt worden (s.a. Kapitel 7.3).

#### **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 Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) im Jahr 2005 stattfand, ermöglicht einen groben Überblick über den aktuellen Stand. In 6 der 10 Länder, 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 (Hrsg.) 2006)

Vor kurzem wurde eine umfangreiche Zusammenstellung von „Best Practice“-Beispielen von Stöver und Kollegen (2007) publiziert. Dabei wurde auf Besuche in Gefängnissen unter-



schiedlicher EU-Mitgliedsstaaten und einen systematischen Literaturüberblick zurückgegriffen, um neben der Identifikation von geeigneten Beispielen auch Hindernisse bei der Implementierung dieser Maßnahmen in Gefängnissen sowie Anforderungen an die zukünftige Aufrechterhaltung dieser Projekte zu identifizieren. Darüber hinaus haben Stöver und Kollegen (2008) auch im Rahmen eines Abschlußberichtes eines Projektes für die Europäische Kommission einen umfangreichen Bericht zu Präventions-, Behandlungs- und Schadensminimierungsangeboten in Gefängnissen und Reintegrationsangeboten nach Entlassung aus Gefängnissen sowie Methoden, um Drogengebrauch bei Gefangenen zu erheben, veröffentlicht. Die Autoren kommen dabei zu dem Ergebnis, dass es nach wie vor einen Bedarf für eine systematischere Forschung hinsichtlich der Effektivität von Behandlungsangeboten für Drogenkonsumenten in Gefängnissen besteht. Obwohl es eine ganze Bandbreite von Interventionen für Drogenkonsumenten gibt, erweist sich die Implementierung dieser Angebote immer wieder als problematisch und in vielen Fällen als nicht ausreichend. Dies gilt für Substitutionsbehandlung in Gefängnissen ebenso wie für Maßnahmen zur Schadensminimierung. Die Daten- und Forschungslage zu Drogen und Gesundheitsaspekten in europäischen Gefängnissen ist aber insgesamt betrachtet nach wie vor lückenhaft.

Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit unterstreicht die Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung auch in Gefängnissen und weist darauf hin, dass insbesondere die Substitution mit Methadon einen Beitrag zur Reduktion von Risikoverhalten (i.v.-Drogenkonsum) und des Substanzkonsums insgesamt leisten kann (Stallwitz & Stöver 2008). Die Autoren betonen aber, dass zur Erreichung guter Haltequoten und der Reduktion von Beikonsum und kriminellem Verhalten eine ausreichende Dosierung des Substitutionsmittels und eine Behandlungsdauer, die sich im Optimalfall über den gesamten Zeitraum der Inhaftierung erstreckt, entscheidend zu sein scheinen.

### **Therapie statt Strafe**

Das Betäubungsmittelgesetz 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) gezeigt hat (s.a. Kapitel 11). Hinsichtlich der Verfolgung von Konsumdelikten im Zusammenhang mit Cannabis zeichnet sich in letzter Zeit eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer, gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ab. Weitere Details finden sich in Kapitel 1.2.2.

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

In einer Presseerklärung teilte die Justizministerin des Landes Nordrhein-Westfalen im letzten Jahr (31.07.2007) mit, dass Ermittlungsverfahren gegen Jugendliche und ihnen gleichgestellte Heranwachsende künftig nur noch unter Auflagen und nicht mehr - wie bislang - fol-

genlos eingestellt werden sollen. Als Auflagen sind regelmäßige Drogenscreenings, Teilnahme an Drogenberatungsseminaren, Therapien oder Sozialstunden angedacht.

### **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 (s.a. Kapitel 11).

#### **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 (Platzverweise) für bestimmte Orte an Drogenabhängige auszusprechen, um damit die Bildung von offenen Drogenszenen zu vermeiden. Auch der Einsatz von Frühinterventionsmaßnahmen innerhalb der selektiven Prävention wie das weit verbreitete Programm FreD (Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten), stellen eine Möglichkeit dar, zu intervenieren ohne gleich strafrechtlich aktiv werden zu müssen (vgl. Kapitel 3.3.2).

## **10 Drogenmarkt**

### **10.1 Überblick**

#### **Verfügbarkeit und Versorgung**

Die Einschätzung der Bevölkerung oder der Konsumenten hinsichtlich 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 im Epidemiologischen Suchtsurvey (nicht in 2006), der Drogenaffinitätsstudie der BZgA 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 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. Entsprechende Analysen werden z.B. vom Kriminaltechnischen Institut des Bundeskriminalamtes durchgeführt.

#### **Preise**

Das Bundeskriminalamt errechnet für verschiedene Drogen seit 1975 auf der Grundlage von Zulieferungen durch die Landeskriminalämter einen Durchschnittspreis. Dabei werden neben Kleinmengen im Grammbereich auch Mengen ab einem Kilogramm betrachtet. 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 (SAR)“ (Zerrell & Thalheim 2008) und der „Jahreskurzlage Rauschgift 2007“ (Bundeskriminalamt 2008a). Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (<1g), Kleinhandel (1g bis <1.000g) und Großhandel ( $\geq 1.000g$ ). Die Ergebnisse werden differenziert dargestellt, soweit ein deutlicher Unterschied im Wirkstoffgehalt zwischen Großhandel und Straßenhandel festzustellen war. Der Grund für diese Darstellung 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 Deutschland erfolgt vornehmlich über die Türkei und die verschiedenen Varianten der Balkanroute sowie Italien und Österreich. Nicht selten sind die Lieferungen für die Niederlande bestimmt, wo sich Konsumenten und Klein Händler aus Deutschland wieder in einer Vielzahl von Fällen mit meist kleineren Mengen versorgen.

Kokain wird größtenteils aus den Niederlanden und direkt aus Südamerika (Brasilien und Peru wurden am häufigsten als Herkunfts- bzw. Transitstaaten registriert) nach Deutschland geschmuggelt. Wie im Vorjahr, fungierten westafrikanische Staaten als Depot- bzw. Transitstaaten beim Kokainschmuggel aus Südamerika, wobei die Anzahl der Fälle, in denen der Transport nachweislich über Nigeria oder Ghana erfolgte, rückläufig war.

Amphetamin kommt zumeist aus den Niederlanden, in weit geringerem Umfang aber auch aus Belgien und Polen. Sicherstellungen größerer, für Skandinavien bestimmte, Mengen Amphetamin blieben 2007 aus. Kristallines Methamphetamin gelangt aus der Tschechi-

schen Republik nach Deutschland, insbesondere nach Bayern, Sachsen (79% der Gesamtmenge wurden in diesen beiden Bundesländern sichergestellt) und Thüringen (Bundeskriminalamt 2008a; Thoms 2008).

Die Niederlande waren 2007, wie in den Vorjahren, bedeutendster Ursprungs- bzw. Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestellte Cannabisprodukte. Dort werden große Cannabisplantagen betrieben, aus deren Aufzucht der deutsche Rauschgiftmarkt vor allem mit Marihuana bedient wird. Der wichtigste Ursprung des nach Deutschland geschmuggelten Haschischs liegt hingegen in Marokko. Der Schmuggel von dort erfolgt per LKW an die Küste und von dort mittels Schiffen bzw. Schnellbooten oder unter Nutzung bestehender Fährverbindungen an die Küsten des Atlantiks und des Mittelmeerraumes. Wichtige Einfallsstore neben Spanien sind insbesondere die Häfen in Antwerpen und Rotterdam. Der Weg von dort nach Deutschland führt überwiegend über Verteilerzentren in den Niederlanden. Im Jahr 2007 wurden außerdem mehrere Fälle festgestellt, in denen der Schmuggel von Italien über die südlichen Anrainer Deutschlands oder aus der Tschechischen Republik ins Bundesgebiet erfolgte (Bundeskriminalamt 2008a).

Die Bedeutung Südwestasiens als Ursprung von Haschisch für die westeuropäischen Märkte hat vor dem Hintergrund der zuletzt deutlich gestiegenen Cannabisanbauflächen in Afghanistan zugenommen, wobei der Transport auf den etablierten (Heroin-)Schmuggelrouten oder mittels Containerschiffen von Pakistan aus erfolgt. Auch Deutschland war im Jahr 2007 von einer Haschischlieferung im Tonnenbereich aus dieser Region betroffen (Bundeskriminalamt 2008a).

Die Bedeutung des Anbaus von Marihuana in Deutschland ist schwer abzuschätzen, da die Zahl der Sicherstellungen von Pflanzen stark schwankt. Ein klarer Trend ist daraus nicht abzulesen. Allerdings stellt die Kriminalpolizei insbesondere an der Grenze zu den Niederlanden (v. a. in Nordrhein-Westfalen) einen vermehrten Anbau von Cannabis in so genannten Indoor-Großplantagen fest (Patzak et al. 2007a, b). Die Verschärfung der Strafverfolgung in den Niederlanden ist eine mögliche Ursache dieser Entwicklung. Insgesamt wurden 2007 21 Indoor-Profiplantagen, 93 Indoor-Großplantagen und 223 Indoor-Kleinplantagen sichergestellt. Ferner wurden im Berichtsjahr eine Outdoor-Profiplantage, 14 Outdoor-Großplantagen und 68 Outdoor-Kleinplantagen beschlagnahmt, von denen sich die meisten in Bayern und Rheinland-Pfalz befanden (Bundeskriminalamt 2008a).

Im Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) ist die Zahl der bedeutenden Marihuanasicherstellungen (>10kg) mit niederländischem Ausgangspunkt im Jahr 2007 auf 11 Fälle (2006: 19) zurückgegangen. Da die sichergestellte Gesamtmenge in diesem Zeitraum gestiegen ist, könnte dies ein Indikator dafür sein, dass ein Großteil des Marihuanas in NRW selbst erzeugt wird (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2007).

Zur Bekämpfung von Cannabis-Indoor-Plantagen hat das LKA NRW im Jahr 2004 das Projekt „Cannabisplantagen“ unter Beteiligung aller Polizeibehörden des Landes NRW initiiert (siehe auch: <http://pol.duesseldorf-lka.polizei.nrw.de/cannabis.htm>). Die dadurch gesteigerte Sensibilisierung dürfte ein Grund für die zweistelligen Steigerungsraten in den Deliktsberei-

chen illegaler Anbau von Betäubungsmitteln (Illegaler BtM-Anbau: +43,8%; BtM-Anbau, - Herstellung und Handel als Mitglied einer Bande: +25,0%) sein (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2008).

Deutschland dient auch als Transitland für den Transport von Khat. Das in Ostafrika angebaute Khat wird per Flugzeug legal in die Niederlande gebracht, da es nicht unter das niederländische Betäubungsmittelgesetz fällt. Von dort wird es meist mit Kleintransportern oder PKW durch Deutschland nach Skandinavien transportiert. Auch in 2007 und dem 1. Halbjahr 2008 kam es zu mehreren größeren Sicherstellungen von Khat auf den Straßen zwischen der deutsch-niederländischen und der deutsch-dänischen Grenze, bei denen mitunter Mengen bis zum Tonnenbereich transportiert worden waren.

### 10.3 Beschlagnahmungen von Betäubungsmitteln

Tabelle 10.1 gibt einen Überblick über die in den Jahren 2006 und 2007 in Deutschland sichergestellten Mengen illegaler Drogen.

Tabelle 10.1 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2006 und 2007

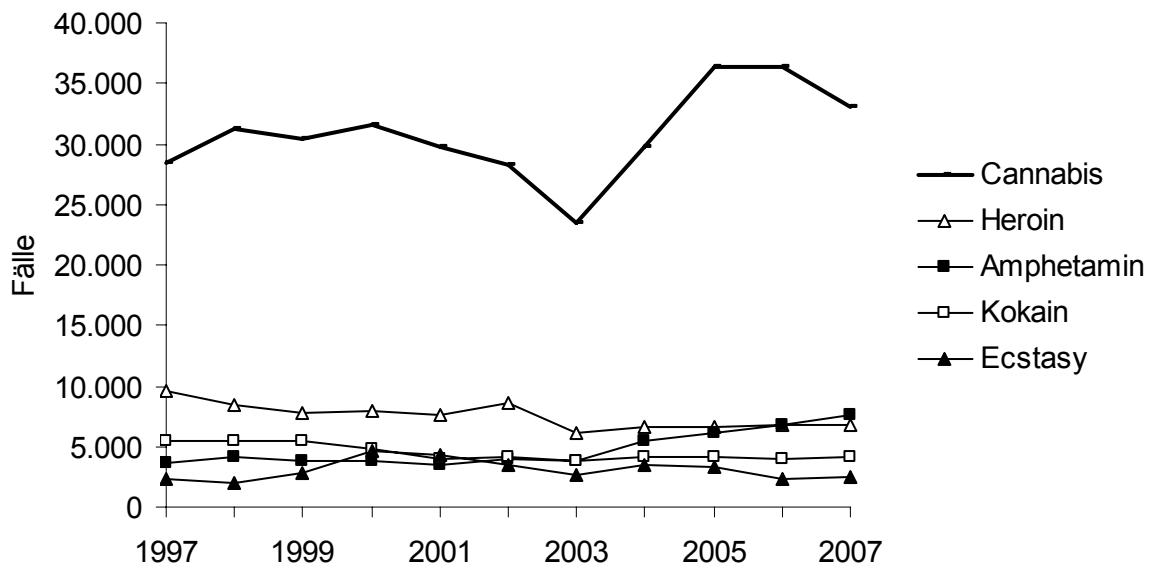
<b>Substanz</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Veränderung</b>
Heroin	878,9 kg	1.073,5 kg	+22%
Kokain	1.716,6 kg	1.877,5 kg	+9%
Crack	3,9 kg	4,8 kg	+23%
Amphetamine (davon Crystal)	723,2 kg (10,7) kg	820,1 kg (10,0) kg	+12% (-7%)
Ecstasy	1.082.820 KE	985.218 KE	-9%
Haschisch	5.606,1 kg	3.677,5 kg	-34%
Marihuana	2.954,1 kg	3.769,8 kg	+28%
LSD	12.488 Tr.	10.525 Tr.	-16%
Khat	15.985,1 kg	13.485,3 kg	-16%
Pilze	99,7 kg	55,8 kg	-44%

(Bundeskriminalamt 2008a)

Während die Beschlagnahmungsmengen von Kokain und Amphetaminen leicht und die von Heroin, Marihuana sowie Crack (bei einer relativ kleinen Gesamtmenge) deutlich gestiegen sind, lagen die sichergestellten Mengen an Ecstasy, Crystal, LSD und Khat leicht unter denen des Vorjahres. 2007 wurden im Vergleich zu 2006 deutlich weniger Haschisch und Pilze beschlagnahmt. Die geringere Sicherstellungsmenge an Haschisch wird durch die größere Menge an sichergestelltem Marihuana teilweise kompensiert.

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 wichtigsten oben genannten Drogen ist 2007 (54.914 Fälle) gegenüber 2006 (57.485 Fälle) leicht gefallen (-4,5%), da die Anzahl der Cannabissicherstellungen um 9,2% (3.335 Fälle) zurückgegangen ist. Bei allen anderen Substanzen, mit Ausnahme von Crack (-8,1%), Opium (-24,4%) und Pilzen (-4,7%), hat sich die Anzahl

der Beschlagnahmen leicht (<+10%), bei Amphetaminen (+12,1%) und LSD (+15,1%, bei nur 236 Fällen) etwas stärker erhöht. Abbildung 10.1 zeigt eine langfristige Zunahme bei der Zahl der Beschlagnahmen von Cannabis und Amphetaminen, während die Werte für Heroin im 10-Jahresvergleich, trotz eines leichten Anstiegs seit 2003, eher rückläufig sind. Die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy hat sich im letzten Jahr, nach einem kontinuierlichen Rückgang seit 2004, stabilisiert, während die Sicherstellungsfälle von Kokain seit 2001 kaum variieren (Bundeskriminalamt 2008a).



(Bundeskriminalamt 2008b)

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1997 bis 2007

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmen zeigen sich seit 2000 vor allem deutliche Zunahmen für Amphetamine. (Tabelle 10.2).

Tabelle 10.2 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000

	2007 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Cannabis	Pilze	Khat
Fälle	2006	1%	6%	12%	5%	-9%	-5%	4%
Menge	2006	22%	9%	13%	-9%	-13%	-44%	-16%
Fälle	2000	-14%	-13%	106%	-47%	5%		
Menge	2000	35%	106%	202%	-40%	-48%		

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

(Bundeskriminalamt 2008a)

Die Fallzahlen 2007 für Heroin und Kokain unterscheiden sich trotz der Zuwächse bei den sichergestellten Mengen kaum von denen aus 2006 und sind im Vergleich zu 2000 eher rückläufig. Die größere Menge an beschlagnahmtem Heroin 2007 im Vergleich zu 2006 resultiert vor allem aus zwei Einzelsicherstellungen, bei denen mehr als 300kg sowie ca.

150kg beschlagnahmt wurden. Bei Cannabis bzw. Cannabisprodukten sank im Vergleich zum Vorjahr sowohl die Gesamtzahl der Fälle, als auch die sichergestellte Gesamtmenge, wobei drei Sicherstellungen in 2006 mit insgesamt mehr als zwei Tonnen Haschisch den Vorjahreswert erheblich beeinflussten (Tabelle 10.2).

Im Jahr 2007 wurden 135.252 Cannabispflanzen beschlagnahmt, was einen Rückgang von 28,9% im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. In den Sicherstellungszahlen des Jahres 2006 sind allerdings ca. 75.000 Pflanzen enthalten, die aus einer Aussaat von 5 kg Hanfsamen resultierten, bei denen es sich um so genannten Nutzhanf gehandelt haben dürfte. Die Anzahl der Sicherstellungsfälle hat sich wiederum stark erhöht (im Vergleich zu 2006 um 30,5%), was mit dem Trend korrespondiert, dass der Bedarf zunehmend mit in Deutschland angebautem Cannabis gedeckt wird. (Tabelle 10.3).

Tabelle 10.3 Sicherstellung von Cannabispflanzen

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Menge in Stück	81.097	168.833	25.277	68.698	29.352	35.863	68.133	93.936	190.241	135.252
Fälle	1.661	1.254	1.048	785	887	750	1.008	1.035	1.121	1.463

(Bundeskriminalamt 2008a)

Zum zweiten Mal nach 2006 wurden bei den Beschlagnahmungen die Fälle im Zusammenhang mit in freie Base umgewandeltem Methamphetamin (als Teilmenge der Angaben für Amphetamine) getrennt ausgewiesen. Die sichergestellte Menge ist um 6,5% zurückgegangen, die Anzahl der Sicherstellungsfälle allerdings um 12% gestiegen.

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 10 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt und damit drei mehr als 2006. Acht Labore dienten der Herstellung von ATS (Amphetamine-Type-Stimulances), eines der von GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure, „Liquid Ecstasy“) und in einem weiteren wurde Fentanyl produziert. Alle Labore verfügten über Produktionskapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises. Großlabore wurden nicht sichergestellt.

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 2006 bis 2007 nur wenig geändert. Im Kleinhandel sind die Preise für alle Drogen, außer LSD und Kokain, leicht gefallen oder gleich geblieben. Auf der Großhandelsebene sind die Preise von Kokain und Amphetamin leicht, die von Marihuana deutlich gefallen. Amphetamin und Heroin waren 2007 auf Großhandelsebene etwas teurer als 2006. Dass die Preisentwicklung auf Klein- und Großebene nicht zwangsläufig miteinander korrespondiert, lässt sich sehr gut am Beispiel von Heroin sehen. Während der Großhandelspreis von 2006 zu 2007 um 9% stieg, war der Preis für Straßenheroin um 3%



gefallen. Im Vergleich zwischen 2005 und 2006 war es genau umgekehrt. (Tabelle 10.4). Der durchschnittliche Straßenpreis für ein Gramm Crystal lag im Jahr 2007 bei 50,6 €.

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

Tabelle 10.4 Preise verschiedener Drogen 2006 bis 2007 (alle Preise in €)

		Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphetamin	Marihuana	Cannabis	LSD
Kleinstmengen <sup>1)</sup>	2007	35,6	63,3	55	6,2	12,6	8,1	5,8	8,8
	2006	36,7	59,1	55	6,6	12,9	8,2	6,4	8,6
Änderung		-3%	7%	0%	-6%	-2%	-1%	-9%	2%
Großmengen <sup>2)</sup>	2007	19.465	35.483	--	1.826	4.303	3.200	2.367	--
	2006	17.938	36.120	--	1.942	4.109	3.739	2.377	--
Änderung		9%	-2%	--	-6%	5%	-14%	0%	--

(Bundeskriminalamt 2008a)

#### 10.4.2 Reinheit

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Ecstasy, Heroin und Kokain ist das „Statistische Auswerteprogramm Rauschgift (SAR)“ (Zerrell & Thalheim 2008). Tabelle 10.5 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 1997. Der Wirkstoffgehalt von Amphetamin ist seit 2003 kontinuierlich gesunken. Während der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel seit zehn Jahren relativ stabil ist, sinkt der von Straßenkokain kontinuierlich. Die Reinheit des Heroins ist im Kleinhandel - noch viel mehr als im Großhandel - seit 1997, von Ausreißern abgesehen, deutlich gestiegen.

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

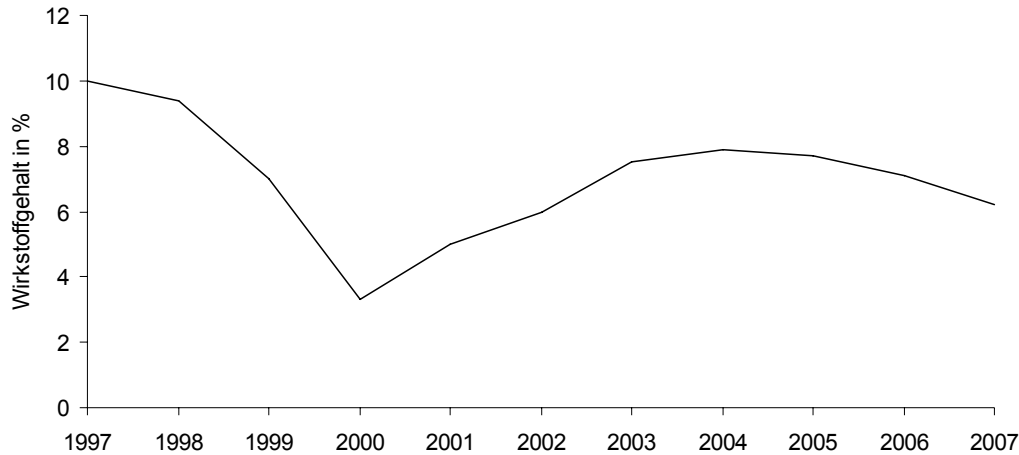
Tabelle 10.5 Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1997 bis 2007 (Median) in Prozent

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Amphetamin	10,0	9,4	7,0	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7	7,1	6,2
Kokain Straßenhandel	50,7	40,2	49,4	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2	24,6	32,0
Kokain Großhandel	79,4	74,3	69,1	69,1	73,0	73,9	76,7	75,0	68,8	72,2	75,3
Heroin Straßenhandel	9,0	9,0	9,4	11,1	12,0	9,9	17,0	19,9	15,0	15,6	20,3
Heroin Großhandel	31,9	20,0	29,2	35,1	45,8	27,0	7,3	48,8	36,5	38,1	46,5

(Zerrell & Thalheim 2008)

## Amphetamin

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 2.497 (2006: 2.362) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet, der im Mittel bei 6,2% lag (Abbildung 10.2). Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetamin nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert (Zerrell & Thalheim 2008).



(Zerrell & Thalheim 2008)

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1997 bis 2007

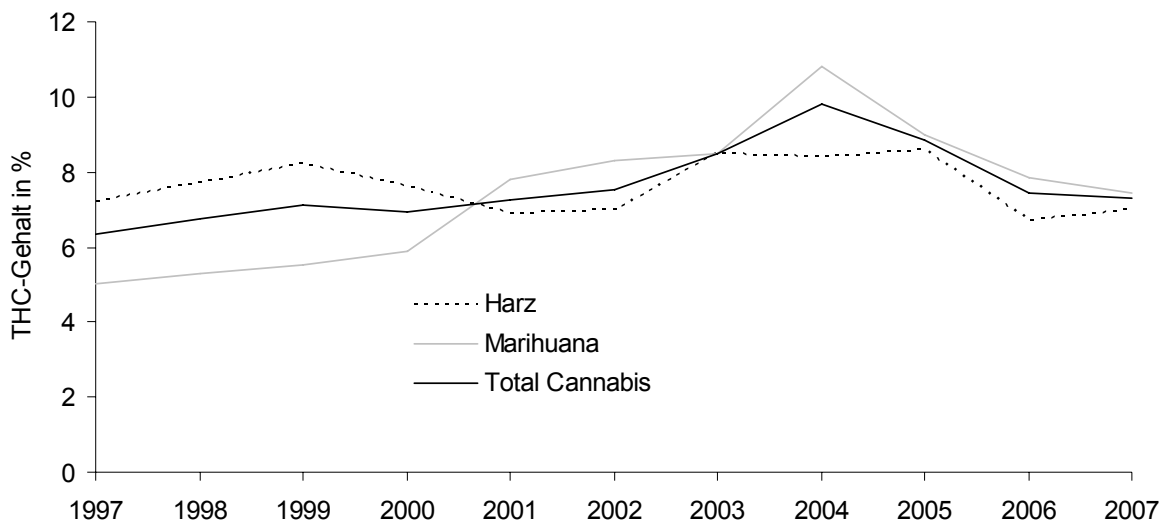
Die häufigsten Zusatzstoffe bei 2.356 (2006: 2.087) ausgewerteten Proben waren Coffein und Salicylsäure/Salicylat. Häufigste Verschnittstoffe waren Lactose (49%), Kreatin (4,7%), Glucose (2,9%), Kreatinin (2,5%), Mannit (2,2%), Stärke/Mehl (1,6%), Saccharose (1,1%).

## Cannabis

Die Wirkstoffgehalte<sup>35</sup> werden für jede Cannabiszubereitung getrennt erfasst und ausgewertet. Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgte 2007 auf der Basis der Beschlagnahmungen von 2.453 Proben Marihuana, 4.760 Proben mit Blütenständen und 2.840 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Seit 2004 sinkt der mittlere THC-Gehalt im Marihuana kontinuierlich. Der mittlere THC-Gehalt von Haschisch ist von 2006 auf 2007 zwar leicht gestiegen, liegt aber immer noch deutlich unter den Werten von 2003 bis 2005 (Abbildung 10.3). Seit 2006 werten alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen aus, da die wirkstoffreicheren Blütenstände ohne das Kraut verstärkt auf dem illegalen Drogenmarkt auftauchen. Die Blütenstände hatten 2007 einen Wirkstoffgehalt von 10,0%, das Cannabiskraut einen von 2,4%. Im Vergleich mit den Angaben von 1997 zeigen sich insgesamt nur geringe Veränderungen, wobei der

<sup>35</sup> Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.

Wirkstoffgehalt des Cannabisharzes leicht gefallen, der des Marihuanas leicht gestiegen ist (Zerrell & Thalheim 2008).



(Zerrell & Thalheim 2008)

Abbildung 10.3 THC-Gehalt von Marihuana und Cannabisharz 1997-2007

## Ecstasy

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 960.602 Tabletten und Kapseln (2006: 795.657) untersucht. Davon waren 99,97% (2006: 98,5%) Monopräparate, während bei 0,03% (2006: 1,6%) zwei oder drei Suchtstoffe festgestellt wurden. Der Anteil der Mischpräparate hat sich damit wie schon in den Vorjahren weiter verringert und nähert sich wieder dem Ausgangswert des Jahres 2002 (0,4%) an.

Von den untersuchten Monopräparaten enthielten 98,6% (2006: 98,5%) MDMA. Die verbleibenden 1,4% enthielten 1-(3-Chlorphenyl)-piperazin (m-CPP), Amphetamin, Metamphetamin und 3,4-Methylendioxyamphetamin (MDA). Die Wirkstoffmengen werden in Tabelle 10.6 dargestellt.

Bei den gemeldeten Kombinationspräparaten handelte es sich um Mischungen von MDMA/MDA (50% der gemeldeten Kombinationspräparate), MDMA/MDE (41%), MDMA/Metamphetamin (5%) und MDMA/Amphetamin (4%). Die am häufigsten gemeldeten MDMA/MDA-Zubereitungen enthielten durchschnittlich 57 mg MDMA und 2,5 mg MDA pro Einheit (Tabelle 10.6).

Wie oben beschrieben machen Kombipräparate nur einen sehr kleinen Anteil an der Gesamtmenge aus, der auch zwischen 2006 und 2007 weiter zurückgegangen ist. Der Gehalt an MDA an einer Sicherstellung von Ecstasy ist zum ersten Mal seit 2004 wieder gestiegen. Der Wirkstoffgehalt von MDMA hat sich, nachdem er 2006 unter 50 mg pro Konsumeinheit betrug, wieder den Werten von 2003-2005 angenähert.

Tabelle 10.6 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel

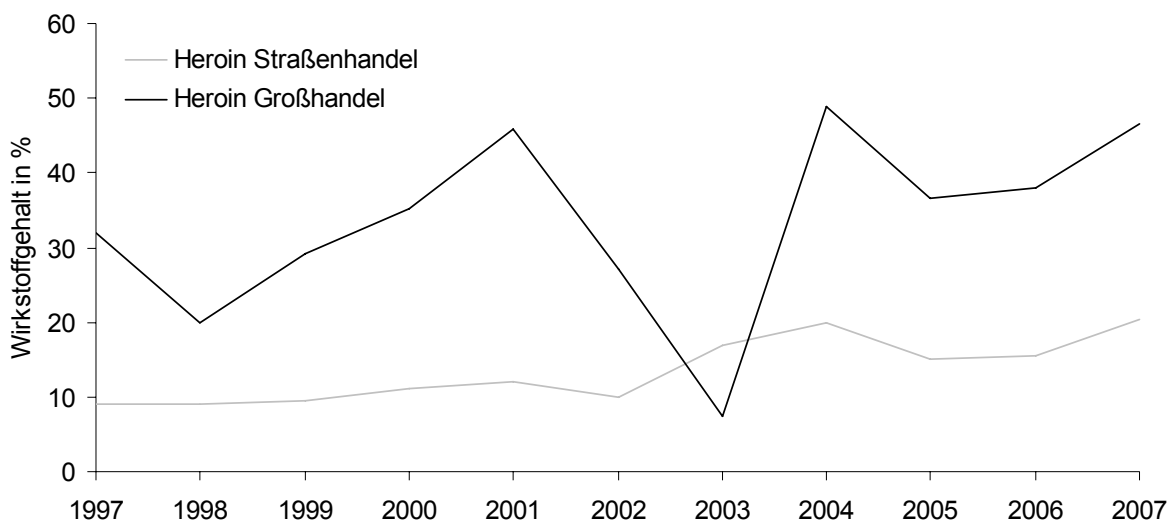
Wirkstoff	Menge				Median			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
MDA	15-57	13-47	0,6-30	27 <sup>1)</sup>	40	22	17	27 <sup>1)</sup>
MDE	59-65	1-50	11*	--	62	11	11*	--
2-C-I	10	--	--	--	10	--	--	--
MDMA	3-205	1-441	0,8-141	0,5-215	60	57	48	55
Amphetamin	4-207	1-45	0,6-51	3-33	8	14	15	13
Methamphetamin	20-21	5-14	--	27*	21	10	--	27*
m-CPP				26-76				39

1) Lediglich eine Sicherstellung.

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.  
(Zerrell & Thalheim 2008)

## Heroin

Für 2007 wurden 5.099 (2006: 5.227) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet. Während die Reinheit der Beschlagnahmen aus dem Großhandel über die Jahre zwischen 20% (Ausnahme 2003: 7,3%) und fast 50% deutlich schwanken (2007: 46,5%), steigt der Wirkstoffgehalt im Straßenhandel seit 2003 leicht und lag im Jahr 2007 bei durchschnittlich 20,3% (Abbildung 10.4).



(Zerrell & Thalheim 2008)

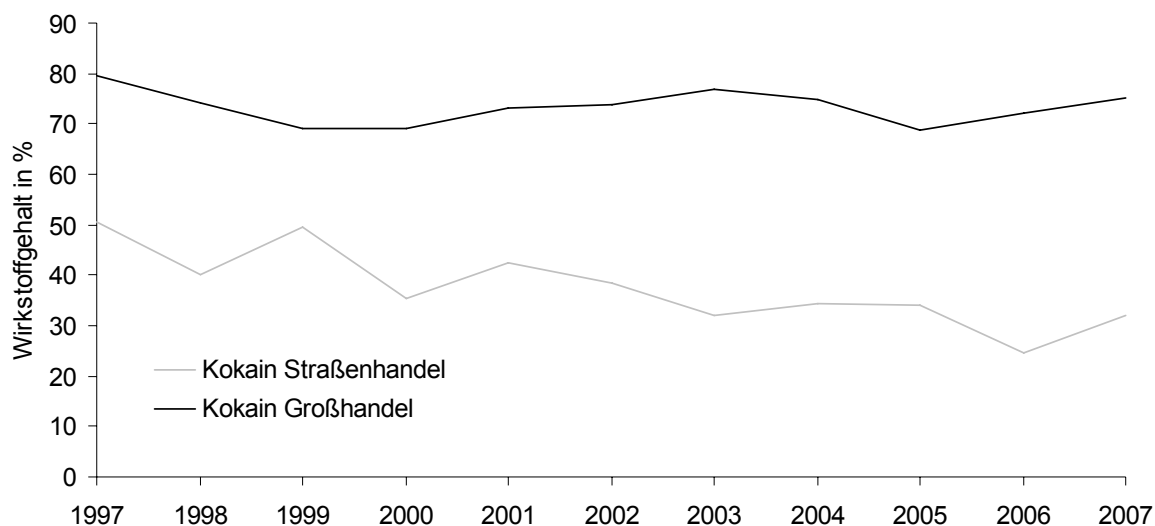
Abbildung 10.4 Wirkstoffgehalt von Heroin 1997-2007

Als Zusätze in 4.649 Proben fanden sich wie in den Vorjahren vor allem Coffein (98%) und Paracetamol (97%). Der häufigste Verschnittstoff war Lactose (2,0%).

## Kokain

Im Jahr 2007 wurden 3.608 (2006: 3.770) Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt, wobei sich lediglich 220 Meldungen (6% der Proben) auf Zubereitungen beziehen, in denen der Wirkstoff als Base vorlag.

Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2005 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz. Nachdem der Median mit 24,6% im Jahr 2006 den niedrigsten Wert seit 1997 aufwies, ist der mittlere Wirkstoffgehalt 2007 wieder auf 32% gestiegen. Bei Großmengen variiert der Wirkstoffgehalt seit 1997 nur geringfügig (Abbildung 10.5). Bei den Zusätzen wurde 2007 in 2.759 Proben (2.006: 3.043) vor allem Phenacetin, Lidocain (20%), Diltiazem (18%), Coffein (11%), Procain (7%), Hydroxyzin (6%) und Tetramisol (4%) nachgewiesen. Bei den Verschnittstoffen fanden sich Lactose (51%), Mannit (12%), Glucose (7%), Inosit (3,2%) und Saccharose (2,5%) am häufigsten.



(Zerrell & Thalheim 2008)

Abbildung 10.5 Wirkstoffgehalt von Kokain 1996-2006



## TEIL B: AUSGEWÄHLTES THEMA

### 11 Strafverfolgungsstatistiken

#### 11.1 Zusammenfassung

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt als zentrales gesetzliches Instrument den staatlichen Umgang mit Drogenstraftaten in Deutschland. Es sieht eine Reihe von Sanktionen vor, die, je nach Schwere und Art der Straftat, von Geldbußen bis zu Freiheitsstrafe reichen. Bloßer Konsum von Substanzen, die unter das Betäubungsmittelrecht fallen, ist angesichts des im deutschen Strafrecht geltenden Prinzips der Strafflosigkeit der Selbstschädigung nicht unter Strafe gestellt. Jedoch sind Erwerb und Besitz, die normalerweise dem Konsum vorausgehen, strafbar, da sie mit der Gefahr einer Weitergabe der Drogen in Verbindung stehen. Gemäß dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ räumt das BtMG die Möglichkeit der Zurückstellung der Strafvollstreckung ein, wenn der (drogenabhängige) Straftäter sich einer Therapie unterzieht.

Die wichtigsten Datenquellen für die Erfassung der Drogenkriminalität und des staatlichen Umgangs mit Drogendelikten sind die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die landesweite Falldatei Rauschgift (FDR) sowie die Strafverfolgungsstatistiken der Justiz. Alle zuvor genannten Datenquellen stehen sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene zur Verfügung. Auch wenn eine Vielzahl von Daten auf verschiedenen Ebenen innerhalb des Justizsystems erfasst werden, fehlt es an einer Vernetzung der verschiedenen Statistiken. Hauptschwierigkeiten bei sequenzierenden und vergleichenden Analysen liegen in der Anwendung unterschiedlicher Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung, aber auch in der Art der Differenzierung bei der Detailerfassung (Paoli 2008). So enthält die Polizeistatistik beispielsweise Informationen zur Substanzart, die Strafverfolgungsstatistik jedoch nicht.<sup>36</sup>

#### 11.2 Handlungsoptionen

##### 11.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Staatliche Eingriffe in die Grundrechte bedürfen gemäß deutschem Verfassungsrecht einer gesetzlichen Ermächtigung. Dies ist ein Verfassungsgrundsatz des deutschen Grundgesetzes, wonach alle restriktiven Maßnahmen zu Drogenkonsum oder anderen Betäubungsmittelstraftaten einer bundesgesetzlichen Verankerung bedürfen (European Monitoring Centre

---

<sup>36</sup> An der Zusammenstellung der Informationen für das vorliegende Kapitel haben folgende Experten mitgewirkt: Prof. L. Paoli (Institut für Kriminalwissenschaften an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der K.U. Leuven), K. Ordnung (Bundesministerium für Gesundheit), H. Hergenahn (Bundeskriminalamt), H. Biniok, C. Claus (Staatsanwaltschaft bei dem Oberlandesgericht Frankfurt am Main, Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität, ZfB), Prof. L. Böllinger (Universität Bremen) und J. Patzak (Staatsanwaltschaft Trier).

for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2002b). Das BtMG bildet die gesetzliche Grundlage für Betäubungsmitteldelikte. Die unter das Betäubungsmittelrecht fallenden Substanzen werden in den Anlagen I-III des BtMG aufgeführt. Es wird jedoch keine gesetzliche Unterscheidung nach der Gefährlichkeit der Drogen vorgenommen (das Gesetz unterscheidet z.B. nicht zwischen Cannabis und anderen Drogen). Damit überlässt die Legislative es den Gerichten, eine Rangfolge von Drogen basierend auf einer empirisch abgestuften Skala einer "Gefahr für die öffentliche Gesundheit" zu bestimmen (EMCDDA 2002b). Das BtMG ist in erster Linie Ordnungs- bzw. Verwaltungsrecht, da Regelungsmaterie der Verkehr mit Betäubungsmitteln – Import, Export und Verschreibungsmodalitäten – ist. Ordnungsrechtliche Verstöße gegen das BtMG werden mit Geldbußen bis zu 25.000 Euro geahndet. Andererseits gelten Besitz und Handel (insbesondere gewerbsmäßiger und bandenmäßiger Handel in größeren Mengen) von den im Betäubungsmittelgesetz aufgeführten Betäubungsmitteln als Straftat gemäß §§ 29–30a BtMG. Auslegung und methodische Anwendung der Vorschriften des BtMG folgen denen des Strafgesetzbuchs (StGB; EMCDDA 2002b).

Für Betäubungsmitteldelikte gelten außerdem die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) und das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG), das (wie auch das BtMG) Delikte mit Designerdrogen erfasst.

Der bloße Konsum von Betäubungsmitteln steht nicht unter Strafe. Jedoch sind Erwerb und Besitz, die normalerweise dem Konsum vorausgehen, strafbar, da sie mit der Gefahr der Weitergabe von Drogen in Verbindung stehen. Das Betäubungsmittelrecht sieht Möglichkeiten vor, von der Strafverfolgung abzusehen wie etwa beim Besitz geringer Mengen Betäubungsmittel für den Eigengebrauch. Wichtige Kriterien für eine Verfahrenseinstellung sind Menge und Art der Drogen, Fremdgefährdung, persönlicher Hintergrund, Vorstrafen und das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung. Leitprinzip bei der Verurteilung straffälliger Suchtkranker ist der Grundsatz „Therapie statt Strafe“, der es erlaubt, von der Vollstreckung einer rechtskräftig verhängten Freiheitsstrafe abzusehen, wenn sich der betäubungsmittelabhängige Täter einer Therapie unterzieht (§ 35 BtMG). Es ist auch möglich, die Vollstreckung von Freiheitsstrafen bis zu 2 Jahren auszusetzen, um Suchtkranken die Möglichkeit zu einer Therapie zu geben (§ 56 StGB).



Tabelle 11.1 Überblick über die Verfahrensmöglichkeiten bei verschiedenen Straftatbeständen

Verstöße	Verfahrensweise		
	...auf Polizeiebene	...auf Ebene der Staatsanwaltschaft	...auf Gerichtsebene
<b>Persönlicher Besitz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinfachte Strafanzeige/Einleitung eines Ermittlungsverfahrens</li> <li>• Anzeige/Einleitung eines Ermittlungsverfahrens (übliche Praxis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Absehen von der Strafverfolgung (§ 31a BtMG)</li> <li>• Absehen von der Strafverfolgung nach Jugendrecht (Diversionsvorschriften: Jugendliche und Heranwachsende)</li> <li>• Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage mit Zustimmung des Gerichts (§ 37 BtMG)</li> <li>• Beantragung eines Strafbefehls bei Gericht</li> <li>• Erhebung der öffentlichen Klage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Absehen von der Strafverfolgung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft (§ 31a BtMG)</li> <li>• Freispruch</li> <li>• Strafbefehl</li> <li>• Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe</li> <li>• Strafaussetzung zur Bewährung</li> <li>• Unterbringung in Entziehungsanstalt/Therapie</li> </ul>

Verstöße	Verfahrensweise		
	...auf Polizeiebene	...auf Ebene der Staatsanwaltschaft	...auf Gerichtsebene
<b>Anbau, Herstellung und/oder gewerblicher Handel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzeige/Einleitung eines Ermittlungsverfahrens</li> <li>• (Vorläufige) Festnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage mit Zustimmung des Gerichts (§ 37 BtMG)</li> <li>• Beantragung eines Haftbefehls</li> <li>• Beantragung eines Strafbefehls</li> <li>• Erhebung der öffentlichen Klage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Erlass eines Haftbefehls</li> <li>• Freispruch</li> <li>• Strafbefehl</li> <li>• Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe</li> <li>• Verurteilung zu Freiheits- (und Vermögens-)Strafe</li> <li>• Strafaussetzung zur Bewährung</li> <li>• Unterbringung in Entziehungsanstalt/Therapie</li> </ul>
<b>Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Bei Ordnungswidrigkeit:</u></li> <li>• Verwarnung</li> <li>• Einleitung eines Bußgeldverfahrens</li> <li>• Festsetzung von Geldbuße bis 1500 Euro</li> <li>• Anordnung von Fahrverbot (1-3 Monate)</li> <li>• <u>Bei Straftat:</u></li> <li>• Einleitung eines Ermittlungsverfahrens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Bei Straftat:</u></li> <li>• Einstellung des Verfahrens mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Antrag auf Erlass eines Strafbefehls</li> <li>• Erhebung der öffentlichen Klage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Freispruch</li> <li>• Strafbefehl</li> <li>• Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe</li> <li>• Strafaussetzung zur Bewährung</li> <li>• Unterbringung in Entziehungsanstalt/Therapie</li> <li>• Verhängung von Fahrverbot</li> <li>• (Vorläufige) Entziehung der Fahrerlaubnis (6 Monate-5 Jahre oder lebenslanglich)</li> </ul>

Bei der Frage, wie mit Drogenstraftätern auf den verschiedenen Justizebenen verfahren wird, ist zu bemerken, dass die Polizei über keinen Ermessungsspielraum verfügt und demzufolge alle Verdachtsfälle der Staatsanwaltschaft gemeldet werden müssen. Die Ermittlungsarbeit der Polizei ist somit der staatsanwaltschaftlichen Aufsicht unterstellt. Die Staatsanwaltschaft hat auch die Verfahrensleitung inne. In den folgenden Kapiteln werden die

verschiedenen Verfahrensmöglichkeiten auf der jeweiligen Verfahrensebene für drei Kategorien von Verstößen gegen das BtMG beschrieben. Tabelle 11.1 gibt einen Überblick.

### **11.2.2 Handlungsoptionen auf Polizeiebene**

#### **Persönlicher Besitz oder Konsum**

Der persönliche Besitz von illegalen Drogen ist unabhängig von der jeweiligen Art und Menge der Betäubungsmittel strafbar. Die Polizei ist deshalb aufgrund des Legalitätsprinzips (§§ 152 Abs. 2, 160 Abs. 1, 163 Strafprozessordnung, StPO) verpflichtet, auch bei geringfügigen Betäubungsmittelmengen gegen jeden Verdächtigen eine Strafanzeige zu fertigen und diese der Staatsanwaltschaft vorzulegen. Dies bedeutet, dass der Spielraum der Polizei beim Umgang mit Strafverdächtigen eng begrenzt ist. Dennoch wird im Umgang mit Konsumentendelikten (Besitz von geringen Mengen zum Eigenbedarf - vor allem bei Cannabis) in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich verfahren (EMCDDA 2002b; Schäfer & Paoli 2006). Weitere Einzelheiten finden sich unter 11.2.3.

In den letzten zwei Jahren zeichnet sich jedoch eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten, durch die Bundesländer ab, bei denen die Staatsanwaltschaft von einer weiteren Strafverfolgung absieht. 14 Bundesländer haben bereits einen Grenzwert von 6g (oberer/unterer Grenzwert) eingeführt. Weitere Details finden sich in Kapitel 1.2.2.

Ein weiterer Aspekt der unterschiedlichen Herangehensweise in den Bundesländern zeigt sich auch darin, dass in einigen Ländern eine Verfahrenseinstellung erfolgen muss, sobald die festgesetzten Grenzwerte unterschritten werden, während in anderen Ländern von Fall zu Fall entschieden wird und auch Wiederholungstaten berücksichtigt werden.

Der Besitz einer nur geringen Menge zum persönlichen Gebrauch gilt als Konsumentendelikt und das polizeiliche Vorgehen beschränkt sich in den "liberaleren" Bundesländern im Allgemeinen auf das Wiegen der Substanz, deren Beschlagnahme, die Durchführung eines Drogentests und die Befragung des Verdächtigen (so genannte vereinfachte Strafanzeige).

Zur Bekämpfung offener Drogenszenen können die Polizei- und Verwaltungsbehörden auf der Grundlage der Polizeigesetze der Länder gegenüber den Angehörigen solcher Drogenszenen Aufenthaltsbeschränkungen oder Platzverweise aussprechen.

#### **Herstellung, Handel und gewerbsmäßiger oder bandenmäßiger Handel**

In Fällen der unerlaubten Herstellung und/oder des unerlaubten Handels mit Betäubungsmitteln erfolgt vor der Weiterleitung des Falls an die zuständige Staatsanwaltschaft regelmäßig die vorläufige Festnahme. Zusätzlich zur Beschlagnahme der Drogen werden auch Produktionsstätten und Vermögen konfisziert, um unrechtmäßig erworbene Gewinne abzuschöpfen.

#### **Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss**

Bei Verdacht auf Führen eines Fahrzeugs unter Einfluss von Drogen ordnet die Polizei regelmäßig einen Bluttest an. In diesem Fall ist die Polizei zusätzlich gehalten, alle Informatio-

nen zu Fahrtüchtigkeit und Drogenkonsum an die zuständige Fahrerlaubnisbehörde weiterzuleiten (Berr et al. 2007).

Im Gegensatz zu Alkohol gibt es bei illegalen Drogen zurzeit keinen gerichtlich anerkannten unteren Grenzwert. Das bedeutet, dass prinzipiell bereits die kleinste Menge mit einer Geldbuße belegt werden kann (Böllinger & Quensel 2002). Einer höchstrichterlichen Entscheidung nach, gilt jedoch ein THC-Gehalt von unter 1.0 ng/ml im Blut nicht als akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit (Az. BvR 2652/03 dd. 21.12.2004). Des Weiteren sind nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 08.07.2002 die Fahrerlaubnisbehörden nur dann berechtigt die Fahrerlaubnis zu entziehen, wenn es konkrete Gründe für den Verdacht gibt, dass der Betroffene den Konsum von Cannabis und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr nicht zuverlässig zu trennen vermag oder zu trennen bereit ist (Anlage 4, zu §§ 11, 13 und 14 Fahrerlaubnis-Verordnung [FeV] – Nr. 9.2.2).

Der Grenzwert für die THC-Konzentration im Blut für die Teilnahme am Straßenverkehr war Gegenstand mehrerer Studien, die mögliche Ansätze und Empfehlungen für die Entwicklung von konkreten Grenzwerten für Cannabis aufzeigen (Berghaus & Krüger 1998; Böllinger & Quensel 2002; Grotenhermen et al. 2005). Am gleichen Strang ziehen Experten mit der Entwicklung eines Rasters zur Messung der durch THC verursachten Intoxikation ähnlich der Blutalkoholkonzentration. Eine kürzlich veröffentlichte, auf dem Vergleich einer Meta-Analyse von experimentellen Studien zur Beeinträchtigung fahrrelevanter Fertigkeiten durch Alkohol oder Cannabis beruhenden Studie hält einen numerischen Grenzwert für THC im Blutserum im Bereich von 7-10 ng/ml für angebracht, da dieser Bereich der Fahrbeeinträchtigung, die von einer Blutalkoholkonzentration von 0,005% hervorgerufen wird, entspreche (Grotenhermen et al. 2007).

Die deutsche Gesetzgebung hat einen dualen Strafansatz für die Teilnahme im Straßenverkehr unter Einfluss psychoaktiver Substanzen. Wird ein Verstoß als Ordnungswidrigkeit angesehen, reichen die Sanktionsmöglichkeiten von einer Verwarnung über die Einleitung eines Bußgeldverfahrens und einem Bußgeld in Höhe bis zu 1.500 Euro bis hin zum Führerscheinentzug. Gilt der Verstoß jedoch als Straftat, wird der Fall an die Staatsanwaltschaft abgeben.

### 11.2.3 Handlungsoptionen auf staatsanwaltschaftlicher Ebene

#### Persönlicher Besitz oder Konsum

Dem Legalitätsprinzip des deutschen Strafverfahrensrechts folgend, werden alle Verstöße geltender Gesetze auf der Grundlage eines begründeten Anfangsverdachts an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet, die Ermittlungsverfahren einleitet. Unter bestimmten Umständen liegt es jedoch im pflichtgemäßen Ermessen des Staatsanwalts ein Verfahren einzustellen (Opportunitätsprinzip). Das BtMG räumt in § 31a die Möglichkeit ein, falls kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht, bei Konsumentendelikten die den unerlaubten Umgang mit geringen Eigenverbrauchsmengen betreffen von einer weiteren Strafverfolgung abzusehen (EMCDDA 2002b).

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. Wie eine Studie von Schäfer und Paoli (2006) zeigte, wiesen diese Landesregelungen allerdings nach wie vor deutliche Unterschiede in einigen Punkten auf wie etwa bei der Definition von „geringer Menge“. Dies hing damit zusammen, dass der Begriff „geringe Menge“ in den Bundesländern unterschiedlich interpretiert wurde. So z.B. schwankten zum Zeitpunkt der von Schäfer und Paoli (2006) durchgeführten Studie die Höchstmengen für eine Verfahrenseinstellung zwischen 6 und 30g Cannabis je nach Bundesland. Ergebnisse der Studie zu den Unterschieden in der Strafpraxis werden in 11.5 dargestellt. In letzter Zeit zeichnet sich jedoch - aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung - eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten zur Bestimmung der „geringen Menge“ durch die Bundesländer ab (siehe 1.2.2 und 11.2.2).

Das BtMG unterscheidet nicht zwischen verschiedenen Drogenarten, so dass nach Betäubungsmittelstrafrecht Konsumentendelikte bei allen Drogenarten ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos eingestellt werden können. In der Praxis wird hiervon jedoch vor allem in Cannabis-Fällen Gebrauch gemacht (EMCDDA 2008).

§§ 153-154 der Strafprozessordnung räumen die Möglichkeit zur Verfahrenseinstellung ohne bzw. mit Auflagen oder Weisungen ein, sofern die Schuld des Täters gering ist und kein öffentliches Interesse an Strafverfolgung vorliegt. Die Verfahrenseinstellung kann - bis zur Erfüllung der Auflage oder Weisung - auch vorläufig sein.

Für den Fall, dass die Staatsanwaltschaft eine persönliche gerichtliche Anhörung des Beschuldigten für nicht nötig erachtet, kann ein Strafbefehlsverfahren (verkürztes gerichtliches Verfahren ohne Hauptverhandlung und Urteil) eingeleitet werden. Der Besitz größerer Mengen illegaler Mittel führt in der Regel jedoch zur Anklageerhebung.

Für Jugendliche<sup>37</sup> und Heranwachsende<sup>38</sup>, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, besteht die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz, (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis bis zu 6 Gramm handelt.

In einigen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens zum Einsatz – wie etwa das weit verbreitete Programm „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD“. Sie stellen eine weitere Möglichkeit dar, zu intervenieren ohne sofort ein Strafverfahren zu betreiben. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden. Die Ergebnisauswertung dieses Programms hat gezeigt, dass Inhalt und Umsetzung des FreD-Behandlungsangebots in allen wesentlichen Punkten wie Teilnahme, Teilnehmerorientierung, Gruppenprofil, Organisationsstruktur und Zeitplanung „jugendorientiert“ war und von den Teilnehmern als „effektiv“ und „hilfreich“ empfunden wird (Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) 2003). Aktuelle Daten zur Implementierung des Programms finden sich in dem Kapitel „Junge Straffällige“ in Kapitel 3.3.3.

### **Herstellung, Handel und gewerbsmäßiger oder bandenmäßiger Handel**

Handel, Anbau und Herstellung von Betäubungsmitteln gelten als schwerwiegende Straftaten. Deshalb wird oftmals der Erlass eines Haftbefehls beantragt und regelmäßig Anklage erhoben. Für die Haftfrage, die Wahl des (Eingangs-)Gerichts und den späteren Strafantrag ist neben Art und Menge des sichergestellten Rauschgifts und dem Grad der Professionalität bei der Ausübung der Straftat auch die Beteiligung von organisierten Gruppen oder Banden von Bedeutung. Unter bestimmten Umständen, wie etwa beim Anbau und der Herstellung geringer Mengen für den Eigenverbrauch können die Staatsanwaltschaften von der weiteren Verfolgung absehen und das Strafverfahren einstellen (s.o.).

### **Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss**

Besteht der Verdacht, dass der Führer eines Kraftfahrzeugs bei der Fahrt unter dem Einfluss illegaler Drogen stand, kann dies den Entzug der Fahrerlaubnis zur Folge haben.

Ordnungswidrigkeiten werden generell nicht von der Staatsanwaltschaft, sondern von den zuständigen Verwaltungsbehörden verfolgt.

Bei Straftaten erhebt die Staatsanwaltschaft in der Regel Anklage vor Gericht oder beantragt den Erlass eines Haftbefehls. Der Handlungsspielraum der Staatsanwaltschaft, das Verfahren einzustellen ist gering, da Verkehrsstraftaten immer ein öffentliches Interesse an der

---

<sup>37</sup> Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

<sup>38</sup> Heranwachsende sind Personen, die zur Zeit der Tat 18 bis unter 21 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Sie können entweder nach allgemeinem oder nach Jugendstrafrecht abgeurteilt werden.

Strafverfolgung beinhalten. Außerdem würde die Einstellung des Verfahrens einen Entzug der Fahrerlaubnis im Rahmen der Verurteilung verhindern.

#### **11.2.4 Handlungsoptionen auf Gerichtsebene**

##### **Persönlicher Besitz oder Konsum**

Freisprüche sind im Allgemeinen und insbesondere in Fällen illegalen Drogenbesitzes sehr selten. Bei Konsumentendelikten (s.o.) kann jedoch eine Verfahrenseinstellung auch auf Gerichtsebene in Erwägung gezogen werden (§§ 31 a Abs. 2 BtMG). Das Absehen von Strafverfolgung mit oder ohne Auflagen wird auch durch §§ 153 Abs. 2 und 153 a Abs. 2 StPO im Falle geringer Schuld des Täters und fehlendem öffentlichen Interesse an der Strafverfolgung ermöglicht. Nach § 29 Abs. 5 BtMG kann das Gericht außerdem von der Bestrafung absehen, wenn es um geringe Mengen zum Eigenverbrauch geht.

Wiederholungstaten oder illegaler Besitz größerer als so genannter geringer Mengen (s.o.) werden grundsätzlich mit Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe gemäß § 29 BtMG bestraft.

Fälle persönlichen Besitzes noch größerer Mengen an Drogen, die von der Rechtsprechung bestimmte Höchstgrenzen für den Wirkstoffgehalt überschreiten, gelten als schwere Straftaten (Verbrechen), die mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr geahndet werden (§ 29 a Abs. 1 Nr. 2 BtMG).

Betäubungsmittel und BtM-Utensilien werden nach § 33 BtMG eingezogen.

Bei suchtkranken Tätern, die zu einer Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren verurteilt wurden, kann die Vollstreckung der Strafe nach § 56 StGB zur Bewährung ausgesetzt werden oder es kann die Vollstreckung der Strafe nach § 35 BtMG zurückgestellt werden, wenn der Täter sich bereits in Behandlung befindet oder der Beginn der Behandlung bevorsteht (nach dem Prinzip: „Therapie statt Strafe“).

##### **Herstellung, Handel und gewerbsmäßiger oder bandenmäßiger Handel**

Herstellung, Anbau oder Handel mit Betäubungsmitteln größerer Mengen (so genannte nicht geringe Mengen) sowie gewerbs- oder bandenmäßiger Strukturen werden in der Regel mit Freiheitsstrafen geahndet, die nicht mehr zur Bewährung ausgesetzt werden (§§ 29a, 30 BtMG).

Der gesetzliche Strafrahmen beträgt in diesen besonders schwerwiegenden Fällen, wie z. B. auch im Falle der Einbeziehung Minderjähriger zwischen einem und 15 Jahren Freiheitsstrafe. Bei verurteilten suchtkranken Straftätern, die bereit sind, sich wegen ihrer Drogensucht in Behandlung zu begeben, kann der Strafvollzug zurückgestellt werden, sofern der noch zu vollstreckende Strafreist weniger als 2 Jahre beträgt (nach dem Prinzip: Therapie statt Strafe) (EMCDDA 2008).

Häufig wird auch Bargeld konfisziert und/oder Gewinne abgeschöpft.

## **Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss**

Wer im Verkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe bestraft (§ 316 StGB). Kommt es zusätzlich zu einer Gefährdung anderer Personen oder von Sachen mit bedeutendem Wert, kann sich die Strafe auf bis zu 5 Jahre Freiheitsentzug erhöhen (§ 315c StGB). Eine Fahruntüchtigkeit liegt dabei vor, wenn Beweisanzeichen vorhanden sind, die eine Ungeeignetheit zum Führen eines Kraftfahrzeuges belegen. Diese kann sich aus dem Vorliegen physischer oder mentaler Defekte ergeben oder auf der Feststellung des Führens eines Fahrzeugs im Straßenverkehr unter Einfluss von Drogen beruhen. Das Strafgericht kann auch ein zeitlich begrenztes Fahrverbot aussprechen oder die Fahrerlaubnis mit einer Sperrfrist entziehen. Nach Ablauf der Sperrfrist wird eine neue Fahrerlaubnis nach erfolgreichem Bestehen eines umfangreichen medizinisch-psychologischen Testverfahrens, das von dem Verkehrssünder selbst zu finanzieren ist, erteilt (Böllinger & Quensel 2002).

Als Ordnungswidrigkeit (s.o.) kann das Führen eines Fahrzeugs unter Einfluss von Drogen mit einer Geldbuße geahndet werden, die die Schwere des Delikts und die finanzielle Situation des Verkehrssünder berücksichtigt (§ 24a Abs. 2 StVG). Aber auch bei Ordnungswidrigkeiten kann der Verkehrssünder mit einem Fahrverbot bis zu drei Monaten bestraft werden.

### **11.3 Datenerfassungssysteme**

#### **Einführung**

Die wichtigsten Datenquellen für die Erfassung der Betäubungsmittelkriminalität und des staatlichen Umgangs mit Drogendelikten sind die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die landesweite Falldatei Rauschgift (FDR) sowie die Strafverfolgungsstatistiken der Justiz. Alle zuvor genannten Datenquellen stehen auf Bundes- und Länderebene zu Verfügung.

Da die verschiedenen Datenerfassungssysteme Daten nach unterschiedlichen Kriterien sammeln, steht auf jeder Justizebene unterschiedliches Datenmaterial zur Verfügung. Bis jetzt war es nicht möglich, eine direkte Verbindung zwischen den verschiedenen Datenbanken zu identifizieren, da die Daten separat und unabhängig von einander analysiert werden. Es ist davon auszugehen, dass die Möglichkeit, in Zukunft eine Verbindung zwischen den verschiedenen Datenbanken herzustellen, recht begrenzt ist, da jede einzelne der Datenbanken gut eingeführt ist und dass sich das Interesse an einer Kohärenz der Daten über den Lauf der Jahre gegenüber der Einführung von Änderungen mit dem Ziel einer Harmonisierung existierender Informationssysteme durchsetzen wird.

Zusätzlich könnten auch datenschutzrechtliche Aspekte ein Hindernis bei der Schaffung eines Registers sein, das den Verfahrensverlauf eines Tatverdächtigen/Angeschuldigten durch die Instanzen des Justizsystems nachverfolgt.

Außerdem wäre auch der Vergleich der Daten aus unterschiedlichen Informationsquellen problematisch wenn nicht sogar unmöglich, da die Daten der staatsanwaltschaftlichen Statis-



tiken sich in den meisten Fällen auf Straftaten, die in der Vergangenheit verübt wurden, beziehen, während die Polizeistatistiken sich grundsätzlich auf Gesetzesverstöße im Berichtsjahr beziehen (Regierungspräsidium Karlsruhe 2008). Dies bedeutet, dass eine temporale Sequenzierung nicht genau möglich ist. Da die deutsche Polizei aber keine Befugnis hat, eigenständig Verfahren einzustellen und da die Unterschiede bei den von der Polizei und den Staatsanwaltschaften behandelten Fälle relativ gering sind, könnte ein Versuch der Sequenzierung unternommen werden, selbst wenn er auch nicht 100 Prozent methodologisch korrekt wäre. Eine große Einschränkung der Vergleichbarkeit der Daten ist aber auch durch die Tatsache gegeben, dass die staatsanwaltschaftlichen Statistiken keine Detailangaben zu der Art der Drogen machen, die der Polizei aber sehr wohl (Paoli 2008).

### **11.3.1 Datenerfassung auf Polizeiebene**

Alle Bundesländer führen Polizeikriminalstatistiken. Sie leiten ihre Daten in einer vorgegebenen Form als Tabellen (aggregierte Daten) an das Bundeskriminalamt weiter, das sie in der Polizeikriminalstatistik für die Bundesrepublik Deutschland zusammenstellt (Bundeskriminalamt 2007a). Als Basisinstrument für das polizeiliche Informationssystem dient INPOL, das Daten auf Bundes- und Landesebene sammelt und mit einander verknüpft.

In Bezug auf die Polizeikriminalstatistiken ist folgende methodologische Vorgehensweise zu berücksichtigen: Gesetzeswidrige (kriminelle) Handlungen einschließlich versuchte strafbare Handlungen, die von der Polizei aufgenommen werden, werden in den Kriminalstatistiken der Polizei eingetragen. Dazu zählen auch Drogendelikte, sofern diese von den Zollbehörden bearbeitet werden. Verwaltungsverstöße und Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr werden nicht statistisch erfasst im Gegensatz zu den unter §§ 315 und 315b des Strafgesetzbuches und unter Abschnitt 22a des Straßenverkehrsrechts beschriebenen Delikten – die nicht als Verkehrsverstöße im Sinne des Gesetzes gelten (Bundeskriminalamt 2007b).

Die Schuldfrage wird nicht von der Polizei, sondern von der Staatsanwaltschaft bestimmt. Wenn Fälle nicht aufgeklärt werden, dann sind Alter und die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Täters gewöhnlich sowieso nicht bekannt. Die Sammlung statistischer Daten basiert auf einem Katalog von Straftaten, die sowohl unter strafrechtlichen als auch kriminologischen Aspekten erfasst wurden. "Ausgehende statistische Daten" werden in ganz Deutschland in einheitlicher Form seit 1. Januar 1971 geführt: die Straftaten, die ans Licht kommen, werden erst statistisch erfasst, wenn die polizeilichen Ermittlungen abgeschlossen und die entsprechenden Akten an die Staatsanwaltschaft oder das Gericht übergeben werden können (Bundeskriminalamt 2007b).

Die Landeskriminalämter senden ihre Zahlen an das Bundeskriminalamt. Das Ausmaß, in dem Straftaten nicht gemeldet werden, hängt von der Art des Delikts ab, und das kann sich im Laufe der Zeit aufgrund einer Reihe von Faktoren ändern (z.B. öffentliche Bereitschaft Straftaten zu melden, Strafverfolgungsintensität). Daher ist anzunehmen, dass es ein festes Verhältnis zwischen den begangenen Straftaten und den statistisch erfassten Straftaten gibt (Bundeskriminalamt 2007a). Faktoren, wie etwa das Ausmaß der Meldung von Straftaten, die Strafverfolgungsintensität der Polizei, die Datensammlung zu statistischen Zwecken,

Änderungen im Strafrecht sowie Änderungen der Kriminalität beeinflussen statistische Entwicklungen in polizeilichen Kriminalstatistiken. Daher bieten polizeiliche Kriminalstatistiken kein exaktes Bild der Kriminalität, sondern eines, das mehr oder weniger genau ist je nach Art des Delikts. Dennoch können die vorhandenen Daten indikative Informationen zur Häufigkeit der erfassten Fälle wie zu Kriminalitätsformen und Entwicklungstrends geben (Bundeskriminalamt 2007b).

Die Erfassung von Betäubungsmitteldelikten nach Art der Droge und Beteiligung mehrerer Drogen erfolgt in folgender Reihenfolge: 1. Heroin und Kokain, 2. Amphetamin/Methamphetamin und Derivate davon in Pulver- oder flüssiger Form, 3. Amphetamin/Methamphetamin und Derivate davon in Form von Pillen oder Kapseln (Ecstasy), 4. LSD, 5. Cannabis und 6. andere Drogen (Bundeskriminalamt 2007b).

Außerdem unterscheiden die Polizeistatistiken zwischen Konsumenten von „weichen“ und „harten“ Drogen<sup>39</sup>.

Das Bundeskriminalamt unterscheidet in seiner Statistik bei den drogenbezogenen Delikten zwischen Straftaten im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität.

Erstere werden in vier unterschiedliche Deliktgruppen unterteilt: a) allgemeine Verstöße nach § 29 BtMG (v.a. Besitz, Erwerb und Abgabe, so genannte Konsumdelikte), b) illegaler Handel und Schmuggel von Rauschgiften nach § 29 BtMG, c) illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge nach § 30 BtMG und d) sonstige Verstöße gegen das BtMG. Die Strafverfolgung von Beschaffungskriminalität ist vor allem im Hinblick auf Diebstahl und Raub von Bedeutung.

Statistische Einheit bei den Aufzeichnungen ist die Anzahl der Delikte. Wenn Drogenhändler oder eine Bande von Drogenhändlern Drogen über einen längeren Zeitraum verkaufen oder wenn sich eine Person über einen längeren Zeitraum Drogen beschafft, so wird dies jeweils nur als ein Fall erfasst (Bundeskriminalamt 2007b). Mehrere zusammenhängende Delikte werden als ein Fall gezählt und nach Schweregrad erfasst. Wenn mehrere Substanzen beteiligt sind und mehrere Straftaten verübt wurden, wird die schwerwiegendste Straftat registriert (Bundeskriminalamt 2007a). Auf dieser Datenebene liegt eine Differenzierung nach Substanzen vor. Allerdings geben die Daten auf dieser Ebene keine Auskunft darüber, wie über einen Fall entschieden wird, da alle Fälle von der Polizei zur Staatsanwaltschaft zur

---

<sup>39</sup> Als Konsumenten „harter Drogen“ gelten Konsumenten von Substanzen und Zubereitungen, die in den Anlagen I-III des BtMG aufgeführt sind einschließlich Arzneimittel, die unter die Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes fallen – ausgenommen sind Konsumenten, die nur Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana, Haschischöl) oder Psilocybin (Pilze) und „ausgenommene Zubereitungen“ gebrauchen. Soweit Personen, die als Konsumenten harter Drogen gelten, alternative Substanzen gebrauchen wie „ausgenommene Zubereitungen“ oder andere Medikamente und Substanzen, die nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, fällt dies auch unter die Kategorie „Konsum harter Drogen“.

weiteren Entscheidung zu übergeben sind. Die Polizei gilt als Hilfsorgan der Staatsanwaltschaft.

Die Spezialdatei FDR, die nur einen kleinen Auszug der PKS darstellt, hat zur Hauptaufgabe, die Situation zu beschreiben und Trends zu entdecken. Daten zu persönlichem Besitz und Handel sind in der eben erwähnten polizeilichen Kriminalstatistik enthalten.

Für das Setting Straßenverkehr werden die Ergebnisdaten zu Drogenfahrten in den justiziel- len Statistiken erfasst (siehe 11.3.3). Das Statistische Bundesamt gibt seit 2003 in seiner Unfallstatistik Auskunft darüber, ob der an einem Unfall beteiligte Fahrzeugführer unter Ein- fluss von Drogen oder anderen berauschenden Mitteln außer Alkohol stand. Diese Daten werden auf Polizeiebene erfasst, sie beschränken sich allerdings nur auf schwere Unfälle (Statistisches Bundesamt 2008d). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass drogenbezogene Fälle in den Unfallstatistiken unterrepräsentiert sind, da Alkohol leichter nachzuweisen ist als andere berauschende Substanzen.

### **11.3.2 Datenerfassung auf staatsanwaltschaftlicher Ebene**

Strafverfolgungsdaten werden routinemäßig durch ein Informationssystem auf staatsanwaltli- cher Ebene erfasst. In das staatsanwaltschaftliche Verfahrensregister werden personenbe- zogene Daten zu den Beschuldigten und Daten zu Verfahrenserledigungen bei der Staats- anwaltschaft und bei Gericht eingetragen. Die Daten zu abgeschlossenen Fällen werden an das Statistische Bundesamt weitergeleitet, das aus dem gesendeten Datenmaterial entspre- chende Statistiken erstellt.

Das Verfahrensregister wird jährlich aktualisiert, statistische Einheit ist die Person.

Ein großes Manko des Informationssystems war bis vor einiger Zeit die fehlende Vernetzung der verschiedenen Staatsanwaltschaften untereinander. Mit der Einführung des neuen Zent- ralen Staatsanwaltschaftlichen Verfahrensregisters (ZStV) durch das Justizministerium am 1. Januar 2007 wird diesem Problem durch die Vernetzung der von den verschiedenen Stellen aufgezeichneten Daten begegnet und die Strafverfolgung effektiver gestaltet. In diesem Register werden auch alle Daten zur Eröffnung des Vorverfahrens erfasst.<sup>40</sup>

### **11.3.3 Datenerfassung auf Gerichtsebene**

Auf Gerichtsebene werden Daten zu allen gerichtlichen Verfahren registriert, die dann an die Büros der Gerichtsstatistik weitergeleitet werden.

Alle strafgerichtlichen Verurteilungen werden in das Bundeszentralregister und auch in die nationale Strafverfolgungsstatistik eingetragen. Diese Statistiken werden in Jahresberichten in mehreren Bänden veröffentlicht. Sie enthalten Daten zu den Straftaten und geben Aus- kunft über deren Art und Schwere. Die in diesen Statistiken registrierten Gerichtsurteile

---

<sup>40</sup>[http://www.bundesjustizamt.de/cln\\_049/nn\\_257944/DE/Themen/Strafrecht/ZStV/ZStV\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bundesjustizamt.de/cln_049/nn_257944/DE/Themen/Strafrecht/ZStV/ZStV__node.html?__nnn=true)

werden nach Hauptgruppen der Straftaten und nach dem angewandten Recht aufgeführt (StGB und verbundene Gesetzgebung). Bei der Klassifizierung der Verurteilungen wird zwischen Verkehrsdelikten, Besitz und Handel mit Drogen sowie Beschaffungsdelikten unterschieden (EMCDDA 2002a).

Im Datenerfassungssystem auf Gerichtsebene ist die statistische Einheit der Angeschuldigte. Statistisch erfasst wird die Hauptstrafe mit der Art des Vergehens wie auch Nebenstrafen und Maßregeln, die nach dem StGB zusätzlich angeordnet werden. Von den verschiedenen möglichen Nebenstrafen werden nur Fahrverbot, Entziehung der Bürgerrechte und Vermögenseinzug aufgezeichnet. Zusätzlich zur Hauptstrafe angeordnete Maßregeln dienen der Sicherung und Besserung, darunter fallen Führerscheinentzug, Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entgiftungseinrichtung und Sicherungsverwahrung. Im Maßregelrecht werden Daten auch zu schuldunfähigen oder vermindert schuldfähigen Straftätern aufgezeichnet. Die Daten auf Gerichtsebene werden nur für die alten Bundesländer systematisch erfasst und veröffentlicht, nicht aber für die neuen.

Das Kraftfahrtbundesamt (KBA) gibt jährlich einen Bericht heraus mit Daten des Verkehrszentralregisters (VZR), in dem auch Einträge zu Alkohol- und Drogendelikten enthalten sind. Außerdem veröffentlicht das Kraftfahrtbundesamt Führerscheinstatistiken mit Angaben zu Führerscheinentzug, Verweigerung der Erteilung eines Führerscheins und Fahrverboten differenziert nach Bundesland, Geschlecht, Alter und Gründen für die getroffene Entscheidung. Strafen für Strafdelikte in Zusammenhang mit Drogen und Alkohol werden jedoch nicht gesondert erfasst und können damit nicht unterschieden werden.

#### **11.4 Erfasste Daten**

##### **Polizeiebene**

Polizeidaten sind sehr detailliert und enthalten Informationen zu den soziodemographischen Merkmalen des Verdächtigen (Geschlecht, Alter, Nationalität), zur Delikt- und Drogenart sowie zum geographischen Gebiet. Die Statistiken des Bundeskriminalamts enthalten zusätzlich Daten zu erstaußälligen Konsumenten harter Drogen.

Wie bereits erwähnt, liegt der Fokus dieser Daten nicht darauf, Informationen zur Verfahrenserledigung zu liefern, da die Polizei nicht über Straffälle entscheiden kann.

##### **Staatsanwaltschaftliche Ebene**

Die Daten, die auf staatsanwaltlicher Ebene zur Verfügung stehen, geben Auskunft über die Verfahrenserledigung auf staatsanwaltlicher Ebene. Sie sind weniger detailliert und differenziert als die Daten auf Polizeiebene. Sie stellen alle Verstöße gegen das BtMG zusammen dar, ohne zwischen den Strafarten zu differenzieren. Ebenso wenig wird nach Drogenarten unterschieden und es werden auch keine personenbezogenen Daten zum Beschuldigten wie Geschlecht, Alter, Nationalität und Vorstrafen erhoben (Paoli 2008). Differenziert wird aber wohl nach geographischem Gebiet, Bundesland und neuen und alten Bundesländern.

## Gerichtsebene

Auf Gerichtsebene werden die Daten nach allgemeinen Straftaten aufgeschlüsselt und bei den Verstößen gegen das BtMG auch mit den entsprechenden Gesetzesparagrafen aufgelistet. Die Daten unterscheiden außerdem zwischen verurteilten Straftätern (alle Straftaten zusammen) und der Gesamtheit der Strafverfolgten (alle Angeklagten, gegen die ein Strafverfahren eröffnet wurde unabhängig vom Ausgang des Verfahrens einschließlich Freispruch). Diese Daten enthalten auch Informationen zum Geschlecht und zur Altersgruppe der Straftäter, zur Art der Gerichtsentscheidung und des angewandten Rechts (allgemeines Recht oder Jugendrecht), zum geographischen Gebiet (Bundesstaat) sowie zu Haupt- und Nebenstrafen.

Die Daten zu den Verurteilungen enthalten auch Angaben zum zeitlichen Abstand zwischen der Verübung der Straftat und der Verurteilung, zur Dauer der vorgesehenen Gefängnisstrafe, Anzahl junger erwachsener und erwachsener Straftäter pro Bundesland, Höhe der Geldstrafe, Nationalität des Straftäters und zu Vorstrafen.

Bei der Registrierung der Verfahrensergebnisse wird auch das Geschlecht der Angeschuldigten bzw. Verurteilten berücksichtigt.

Daten zu Entscheidungen der Strafvollstreckungsbehörde (Staatsanwaltschaft) gemäß § 35 BtMG, die dem Prinzip "Therapie statt Strafe" folgen und der Möglichkeit des Widerrufs unterliegen, werden nicht systematisch erfasst.

## 11.5 Verfügbare Daten

### Polizeiebene

Daten der offiziellen polizeilichen Kriminalstatistiken sind auf der Webseite des Bundeskriminalamts ([www.bka.de](http://www.bka.de)) sowie des Innenministeriums abrufbar ([www.bmi.bund.de](http://www.bmi.bund.de)). Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) wird jährlich erstellt. Die Drogensituation in der Bundesrepublik Deutschland wird in den beiden Berichten *Rauschgift - Jahreskurzlage* und *Rauschgiftkriminalität - Bundeslagebild* jährlich erfasst. Die in diesen Berichten enthaltenen Informationen basieren auf Analysen der Falldatei Rauschgift (FDR) und beim Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild auch auf Daten der polizeilichen Kriminalstatistik. Jahresberichte werden auch von den Landeskriminalämtern erstellt und können meist auf den Webseiten der entsprechenden Polizeibehörden abgerufen werden.

Die Daten zu drogenbezogenen, auf Polizeiebene gemeldeten Delikten sind ausführlich in Kapitel 8 beschrieben. Sie differenzieren nach Art der Straftat (in der Klassifizierung der deutschen polizeilichen Kriminalstatistik) und nach Art der Droge. Insgesamt wurden im Jahr 2007 248.355 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erfasst. Davon waren 171.496 allgemeine Verstöße nach § 29 BtMG (d.h. Besitzdelikte) und 64.093 Delikte mit Handel und Schmuggel nach § 29 BtMG sowie Einfuhr nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG; 12.766 Einträge betrafen andere Deliktarten (wie etwa illegaler Anbau von Betäubungsmitteln, Anbau, Herstellung oder Handel als Mitglied einer Bande, Mittelzuwendungen etc.) (Bundesministerium des Innern 2008).

Die Daten zu den auf Polizeiebene erfassten Verkehrsunfällen werden vom Statistischen Bundesamt in einem Band zusammengestellt (Fachserie 8, Reihe 7) und sind auf seiner Webseite (<http://www.destatis.de/>) abrufbar. Im Jahr 2007 ereigneten sich auf Deutschlands Straßen 336.002 Unfälle, an denen 409.641 Fahrzeugführer beteiligt waren. Davon standen 1.354 (0.3%) Fahrzeugführer unter Einfluss "anderer berauschender Substanzen" (Statistisches Bundesamt 2008d).

### Staatsanwaltschaftliche Ebene

Strafverfolgungsstatistiken auf staatsanwaltschaftlicher Ebene werden jährlich veröffentlicht und sind auf der Webseite des Statistischen Bundesamtes abrufbar (Fachserie 10, Reihe 2.6). Die jüngsten Daten stammen aus dem Jahr 2006. Wie Tabelle 11.2 zeigt, wurden von insgesamt 280.877 wegen Drogendelikten staatsanwaltschaftlich eingeleiteten Verfahren 174.276 eingestellt, in 50.707 Fällen wurde Anklage erhoben und in 23.096 Fällen erging ein Strafbefehl.

Tabelle 11.2 Strafverfolgungsstatistik zu Verfahrenserledigungen bei drogenbezogenen Delikten auf staatsanwaltschaftlicher Ebene im Jahr 2006

<b>Art der Verfahrenserledigung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anklage	50.707	18,1
Antrag auf Erlass eines Strafbefehls	23.096	8,2
Einstellung mit Auflage	5.951	2,1
Einstellung ohne Auflage	102.257	36,4
Einstellungen mangels Beweisen	66.068	23,5
Andere Erledigungsart	32.798	11,7
Insgesamt	280.877	100,0

(Statistisches Bundesamt 2007c)

Auf dieser Ebene werden gelegentlich zusätzliche Daten von entsprechenden Studien herangezogen. So zB. wurde die Rechtspraxis der verschiedenen Staatsanwaltschaften im Hinblick auf Anwendung des Paragraphen § 31a BtMG, der die Möglichkeiten zur Verfahrenseinstellung bietet, im Kontext anderer Vorschriften zu Verfahrenseinstellungen im Rahmen einer rechtsvergleichenden Studie zum Thema „Drogengebrauch und Strafverfolgungspraxis“ (Schäfer & Paoli 2006) untersucht. Dazu wurde eine Zufallsstichprobe von jeweils über 300 Verfahren zu konsumbezogenen Delikten in sechs verschiedenen Bundesländern gezogen. Von diesen Verfahren wurden insgesamt 2011 Einzelfälle analysiert und eine große Anzahl von Experten (Polizisten, Staatsanwälte, Strafrichter und Prozessanwälte) in elf ausgewählten Städten befragt. Mit der Studie sollte außerdem untersucht werden, inwieweit ein Absehen von Strafverfolgung zu einer Arbeitsentlastung der Strafverfolgungsbehörden führt, ob es zu einer Förderung des Prinzips "Therapie statt Strafe" beiträgt und ob es einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Drogenkonsum und strafrechtlicher Verfolgungspraxis in den einzelnen Bundesländern gibt. Die regionalen Unterschiede, die bei der Anwendung des Betäubungsmittelrechts festgestellt wurden, waren beträchtlich. Von den

Autoren der Studie wurde der unzureichend definierte Begriff des „gelegentlichen Konsums“, der als Kriterium für das Fehlen eines „öffentlichen Interesses“ an der Strafverfolgung gilt, als eines der Hauptprobleme identifiziert. Aufgrund der Unterschiede, die in den verschiedenen Bundesländern bezüglich der Höchstmenge Cannabis bestanden, die den Ausschlag für das Absehen von Strafverfolgung gibt, schwankte der Anteil der eingestellten Verfahren an den Gesamtverfahren zwischen 20% und 80% von einem Bundesland zum anderen. Kritisch war auch die Frage, ob die Strafverfolgung folgenlos oder nur unter Auflagen eingestellt werden soll (erstauffälliger Straftäter, gelegentlicher oder gewohnheitsmäßiger Gebrauch). Nach der Verfahrenseröffnung wurde in 4.9% (Schleswig-Holstein) bis zu 40.7% (Bayern) der Fälle Anklage erhoben oder Bestrafung im Strafbefehlsverfahren beantragt. Die Einstellungspraxis nach § 31a BtMG hat zum beabsichtigten Ziel der Arbeitsentlastung der Staatsanwaltschaften geführt. Im Gegensatz dazu ist die Arbeitsbelastung der Gerichte in Bezug auf drogenbezogene Delikte gestiegen. Schäfer und Paoli kamen zu dem Schluss, dass § 31a nichts Wesentliches zur Umsetzung des Konzepts “Therapie statt Strafe” in die Praxis beitragen kann.

### **Gerichtsebene**

Die Daten zu den Verurteilungen werden jährlich aktualisiert und sind auf der Webseite des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 10, Reihe 3) abrufbar.

Wie bei den staatsanwaltschaftlichen Statistiken stammen die jüngsten Daten auf Gerichtsebene auch aus dem Jahr 2006. Insgesamt wurden gegen 58.892 Personen Strafverfahren aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz geführt, davon fielen 47.161 unter das allgemeine (Erwachsenen-) Strafrecht und 11.731 unter das Jugendstrafrecht. 6.727 Angeschuldigte (4.098 nach dem allgemeinen Strafrecht und 2.629 nach dem Jugendstrafrecht) wurden nicht verurteilt. Tabelle 11.3 zeigt im Detail die Daten zu den verschiedenen gerichtlichen Entscheidungen differenziert nach drogenbezogenen Delikten.

Was die Unterscheidung nach Deliktarten betrifft, so finden sich unter der Rubrik “Gesamt” alle Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, unter “Andere § 29 Abs.1” allgemeine konsumnahe Verstöße, unter “Handel § 29a Abs.1 Nr.2” illegaler Handel und Schmuggel und unter “Einfuhr § 30 Abs. 1 Nr. 4” Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringen Mengen. Diese Unterteilung deckt sich mit der Klassifizierung des BKA.

Tabelle 11.3 Angeklagte nach BtMG, gegen die im Jahr 2006 eine Gerichtsentscheidung erging<sup>1)</sup>

Art der Entscheidung	Gesamt	Andere §29 Abs. 1	Handel §29a Abs.1 Nr. 2	Einfuhr §30 Abs. 1 Nr.4
<b>Nach allgemeinem Strafrecht</b>				
Verurteilte (s. Tabelle 11.4)	43.063	33.230	4.968	2.326
mit anderen Entscheidungen	4.098	3.544	214	100
<i>darunter:</i> <i>selbständig mit Maßregeln</i>	4	2	2	0
<i>Freispruch mit Maßregeln</i>	0	0	0	0
<i>Absehen von Strafe</i>	57	52	1	0
<i>Einstellung ohne Maßregeln</i>	2.958	2.734	72	40
<i>Freispruch ohne Maßregeln</i>	1.079	756	139	60
<b>Insgesamt</b>	<b>47.161</b>	<b>36.774</b>	<b>5.182</b>	<b>2.426</b>
<b>Nach Jugendstrafrecht</b>				
Verurteilte (s. Tabelle 11.4)	9.102	7,542	873	197
mit anderen Entscheidungen	2.629	2,512	48	9
<i>darunter:</i> <i>Einstellung</i>	2.420	2,331	33	2
<i>Freispruch</i>	209	181	15	7
<b>Insgesamt</b>	<b>11.731</b>	<b>10.054</b>	<b>921</b>	<b>206</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>58.892</b>	<b>46.828</b>	<b>6.103</b>	<b>2.632</b>

1) Die Daten beziehen sich nur auf die alten Bundesländer. Für die neuen Bundesländer stehen keine Daten zur Verfügung.

(Statistisches Bundesamt 2007b)

52.165 Personen wurden wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt, davon 43.063 nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht und 9.102 nach dem Jugendstrafrecht. Unter den Verurteilungen nach dem allgemeinen Strafrecht waren 17.546 Freiheitsstrafen (mit und ohne Geldstrafen) – davon wurden 10.935 zur Bewährung ausgesetzt – und 25.517 Geldstrafen (Statistisches Bundesamt 2007b) (Tabelle 11.4).



Tabelle 11.4 Verurteilungen für Verstöße gegen das BtMG 2006<sup>1)</sup>

Art der Entscheidung	Gesamt	Andere §29 Abs. 1	Handel §29a Abs.1 Nr. 2	Einfuhr §30 Abs. 1 Nr.4
<b>Nach allgemeinem Strafrecht</b>				
Freiheitsstrafe	17.515	7.940	4.894	2.292
Freiheitsstrafe dar. auch Geldstrafe	31	12	15	0
Geldstrafe	25.517	25.278	59	34
Zu Freiheits- und/oder Geldstrafe ohne Maßregeln, Auflagen und/oder Weisungen	34.132	28.869	2.528	1.377
Zu Freiheits- und/oder Geldstrafe mit Maßregeln, Auflagen und/oder Weisungen	8.931	4.361	2.440	949
Freiheitsstrafe mit Bewährung	10.935	5.541	2.986	993
Insgesamt <sup>2)</sup>	43.063	33.230	4.968	2.326
<b>Nach Jugendstrafrecht</b>				
Jugendstrafe	2.120	985	689	168
Zuchtmittel <sup>3)</sup>	6.404	6.009	172	29
Erziehungsmaßregeln <sup>4)</sup>	578	548	12	0
Insgesamt <sup>2)</sup>	9.102	7.542	873	197
<b>Insgesamt</b>	<b>52.165</b>	<b>40.772</b>	<b>5.841</b>	<b>2.523</b>

1) Die Daten beziehen sich nur auf alte Bundesländer. Daten für neue Bundesländer stehen nicht zur Verfügung.

2) Gezählt nach der schwerwiegendsten Straftat.

3) Wie etwa Verwarnungen, Verfügungen/Anordnungen, Jugendstrafen

4) Wie etwa Sozialarbeit, Auflagen wie Aufnahme einer Erwerbsbeschäftigung oder einer Berufsausbildung.

(Statistisches Bundesamt 2007b)

Tabelle 11.5 präsentiert Daten zu den Nebenstrafen, die im Jahr 2006 für Verstöße gegen das BtMG ergingen. Es zeigt sich, dass Vermögenszug eine häufige zusätzliche Sanktion zur Hauptstrafe war (16.583 Personen).

Vergleicht man diese Zahlen mit denen auf staatsanwaltschaftlicher Ebene, so wird deutlich, dass die Zahlen für die Verfahrenserledigungen auf staatsanwaltschaftlicher Ebene deutlich höher liegen als die Zahlen für die Fälle, die tatsächlich vor Gericht landen; allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass keine temporale Sequenzierung möglich ist, wie oben bereits erläutert wurde (Killias et al. 2003).

Tabelle 11.5 Nebenstrafen und Maßregeln für Verstöße gegen das BtMG im Jahr 2006<sup>1)</sup>

	Gesamt	Andere §29 Abs. 1	Handel §29a Abs.1 Nr. 2	Einfuhr §30 Abs. 1 Nr.4
<b>Nebenstrafen und Maßnahmen</b>				
Aberkennung von Bürgerrechten	0	0	0	0
Verfall und Einziehung	16.583	14.184	1.117	808
Fahrverbot	296	261	23	9
<b>Angeordnete Maßregeln der Besserung und Sicherung</b>				
Entziehung der Fahrerlaubnis	263	171	43	32
Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus	4	1	3	0
Unterbringung in Entziehungsanstalt	337	54	141	80
Sicherungsverwahrung	2	0	1	1
Andere Maßregeln	17	12	3	0
<b>Schuldunfähige Abgeurteilte</b>				
Ohne Anordnung einer Unterbringung	1	0	0	1
Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus	2	1	1	0
Unterbringung in Entziehungsanstalt	2	1	1	0
<b>Vermindert schuldfähige Verurteilte</b>				
Ohne Anordnung einer Unterbringung	570	325	129	38
Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus	2	0	2	0
Unterbringung in Entziehungsanstalt	110	20	37	31

1) Die Daten beziehen sich nur auf die alten Bundesländer. Daten für die neuen Bundesländer stehen nicht zur Verfügung.

(Statistisches Bundesamt 2007b)

Die Daten des Kraftfahrtbundesamtes zu Verkehrsdelikten unter Einfluss von berauschenden Mitteln stehen zum kostenlosen Download auf der Webseite des KFB zur Verfügung und werden durch jährliche Berichte ergänzt. Im Jahr 2007 wurden insgesamt 27.600 drogenbezogene Verkehrsdelikte (ohne Alkohol) erfasst, die einen Anteil von 12,4% der Gesamtfälle mit Substanzgebrauch ausmachen (Tabelle 11.6). Diese relativ niedrige Rate im Vergleich zu den alkoholbezogenen Verkehrsdelikten dürfte mit der Schwierigkeit der Feststellung anderer berauschender Mittel zusammenhängen.

Tabelle 11.6 Drogenbezogene Verkehrsdelikte (einschließlich Alkohol) 2002 – 2007

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Alle drogenbezogene Verkehrsdelikte (inkl. Alkohol) <sup>1)</sup>	N	238.100	236.100	243.400	241.900	225.300	222.600
Drogenbezogene Verkehrsdelikte (exkl. Alkohol) <sup>1)</sup>	N	12.800	17.000	24.700	27.900	27.400	27.600
	%	5,4	7,2	10,1	11,5	12,2	12,4

1) Die absoluten Zahlen der Verkehrsdelikte sind auf 100 gerundet.

(Kraftfahrtbundesamt 2008a)

Die Daten aus dem Jahr 2007 weisen den Fahrerlaubnisentzug (97.339 Fälle) und das Fahrverbot mit Geldbuße (86.016 Fälle) als die häufigsten Strafen bei Verkehrsdelikten in Zusammenhang mit Substanzgebrauch (Alkohol oder Drogen) aus. Weniger häufig sind Verbote zur Erteilung einer Fahrerlaubnis oder die Ablehnung der Erteilung einer Fahrerlaubnis (15.028), Entzug der Fahrerlaubnis von Inhabern eines ausländischen Führerscheins, der nicht von deutschen Behörden eingezogen werden konnte (5.802) und Fahrverbote im Rahmen von Strafverfahren (Tabelle 11.7).

Tabelle 11.7 Sanktionen bei Verkehrsdelikten in Zusammenhang mit Alkohol und Drogen - 2007

<b>Sanktionen bei Verkehrsdelikten</b>	<b>Verkehrsdelikte insgesamt</b>	<b>Verkehrsdelikte in Zusammenhang mit Alkohol und/oder Drogen</b>
Entziehung der Fahrerlaubnis	132.016	97.339
Isolierte Sperren	29.370	15.028
Aberkennung	7.230	5.802
Fahrverbot im Strafverfahren	33.460	6.203
Fahrverbot im Bußgeldverfahren	469.832	86.016

(Krafftfahrtbundesamt 2008b)

Die Mehrzahl der in diesem Sonderkapitel vorgestellten Informationen und Berichte werden regelmäßig veröffentlicht und waren in den meisten Fällen leicht zugänglich. Was ihre Verwendung anbetrifft, so ist in dem Kapitel über die Qualitätscharakteristika der Statistiken des Statistischen Bundesamtes ausgeführt, dass diese Berichte hauptsächlich von Behörden der Judikativen und Legislativen auf Bundes- und Landesebene genutzt werden. Die Daten finden auch Verwendung in der Rechtspraxis und wissenschaftlichen Forschung und werden – wenn auch in geringerem Umfang – von Informationsdiensten und Medien genutzt (Statistisches Bundesamt 2007b, c, 2008d).



## TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

### 12 Bibliographie

#### 12.1 Literatur zum Bericht

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

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch & Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (2008). Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit. 4. Internationaler Fachtag Hepatitis C, Hamburg 2007 am 12./13. September. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch; Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung.

Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). Metastudie - Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

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

Backmund, M., Reimer, J., Schütz, Ch., Soyka, M., Hinrichsen, H., Rossol, S. & Wedemeyer, H. (2007a). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern Verabschiedet auf der Konsensuskonferenz am 14. Juli 2006 auf dem 7. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin.

Backmund, M. & Reimer, K. (2007b). Protective factors for HIV infection in IDUs. EMCDDA literature review, Final Report. Lisbon: EMCDDA.

Backmund, M., Schafer, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Apelt, S. M., & Wittchen, H. U. (2006). Die Behandlung der Hepatitis C während der Substitutionsbehandlung - Diskussion der Ergebnisse der COBRA-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 76.

Bartsch, M. & Fröhlingdorf, M. (2007). Kinder der Sucht. Der Spiegel 61 (15) 38-40.

Baumgärtner, T. (2008). Verbreitung und Hintergründe des Konsums von Rauschmitteln bei Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2007/08. Hamburger SCHULBUS - Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln. Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.

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. Büro für Suchtprävention: Hamburg

Beckmann-Többen, G. & Küstner, U. (2008). Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis. In: Perspektive Rehabilitation '07. Jahresheft der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen. 28-32. Nürnberg: BAG RPK.

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

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2008). Ein Klima der Kooperation fördern - Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. www.bsg.hamburg.de: Hamburg

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

Berr, W., Krause, M., & Sachs, H. (2007). Drogen im Straßenverkehrsrecht. C. F. Müller Verlag: Heidelberg

Böllinger, L. & Quensel, S. (2002). Drugs and driving: Dangerous youth or anxious adults? Journal of Drug Issues 32 (2) 553-566.

Bonnet, U., Harries-Heder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., & Tossmann, P. (2004). Cannabis-bezogene Störungen. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 72 318-329.

Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 29: Köln

Bundeskriminalamt (2008a). Rauschgift Jahreskurzlage 2007. Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Bundeskriminalamt (2008b). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2007 - Tabellenanhang. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Bundeskriminalamt (2007a). Polizeiliche Kriminalstatistik 2006, 54. Ausgabe. Wiesbaden: BKA.

Bundeskriminalamt (2007b). Police Crime Statistics 2006, Federal Republic of Germany (Abridged Version). Wiesbaden: BKA.

Bundeskriminalamt (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt: Wiesbaden

Bundesministerium des Innern (2008). Polizeiliche Kriminalstatistik 2007. Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: BKA.

Bundesverfassungsgericht (2004). 1 BvR 2652/03 vom 21.12.2004, Absatz-Nr. (1 - 34). Verfügbar unter: [http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221\\_1bvr265203.html](http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221_1bvr265203.html). [Letzter Zugriff: 25-1-2008].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007a). Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 - 2007. Kurzbericht. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de>. [Letzter Zugriff: 15-8-2007].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007b). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007: Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005). ADHS...was bedeutet das? Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband illegale Drogen. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de>. [Letzter Zugriff: 8-8-2008].

Buth, S., Martens, M.-S., Verthein, U., Neumann, E. & Oechsler, H. (2007). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. Hamburg: BADO e.V.

Coder, B., Röske, K., Ulbricht, S., Doese, D., John, U., Meyer, Ch., & Hapke, U. (2007). Die Kooperation niedergelassener Ärzte mit den Schwerpunktpraxen „Sucht“ in Mecklenburg-Vorpommern. Psychiatrische Praxis 34 (06) 283-288.

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Conner, K. R., Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2007). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). Addiction 103 (4) 524-534.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008). Newsletter 15-08 vom 17.07.2008. DHS: Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2006). Du bist schwanger ... und nimmst Drogen? DHS: Hamm

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2008). Rehabilitation 2007. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 169. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2007). Rehabilitation 2006. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 164. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) (2007). Wirkungsanalyse zur Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“. Difu: Berlin

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008a). Drogen- und Suchtrat beschließt Empfehlungen für Nationale Aktionsprogramme zur Alkohol- und Tabakprävention. Pressemitteilung (17.06.2008).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008b). Drogen- und Suchtbericht 2008. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Berlin

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchges. und ergänzte Aufl. Huber: Bern

Eirund, W., Jaus, R., & Giebel, T. (2007). Psychosomatisch begleitete Hepatitis-C-Therapie in der stationären Entwöhnung Drogenabhängiger. Suchttherapie 8 (04) 170-177.

Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 5/6 (2007) 800-808.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). European Legal Database on Drugs (ELDD) [on line]. Verfügbar unter: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5174>. [Letzter Zugriff: 29-7-2008].

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002a). Drug seizures, drug offences, drug offenders, drug use among criminal populations. Information systems based on law enforcement agencies and the criminal justice system. Scientific Report, Volume I, Analysis and synthesis. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=1917>. [Letzter Zugriff: 14-8-2008a].

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002b). Insight Series, Number 5: Prosecution of drug users in Europe - Varying pathways to similar objectives. Office for Official Publications of the European Communities: Luxemburg

Feldmann, M., Baldus, C., Thomasius, R. & Greis, O. (2008). CAN Stop: Entwicklung eines Gruppenprogramms für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum. Abstract, 1.Deutscher Suchtkongress, Mannheim.

Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., & Schwehm, H. (2007a). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnesen). Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. Sucht Aktuell 14 (2) 37-46.

Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., & Schwehm, H. (2007b). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnesen). Teil I: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. Sucht Aktuell 14 (1) 41-47.

Gerlach, R. & Stöver, H. (2005). Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Lambertus: Freiburg im Breisgau



Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) (2007). Wissenschaftliche Begleitung des Projektes "SeM - Sekundärprävention mit spät-ausgesiedelten jungen Menschen in Münster" im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Koordinationsstelle Sucht. FOGS: Köln

Gölz, J. (2006). HCV bei IDU: Therapeutischer Nihilismus ist nicht gerechtfertigt. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 77.

Grotenhermen, F., Leson, G., Berghaus, G., Drummer, O. H., Krüger, H. P., Longo, M., Moskowitz, H., Perrine, B., Ramaekers, J., Smiley, A., and Tunbridge, R. (2005). Developing science-based per se limits for driving under the influence of cannabis (DUIC). Findings and recommendations by an expert panel [on line]. Verfügbar unter: <http://www.canorml.org/healthfacts/DUICreport.2005.pdf>. [Letzter Zugriff: 4-8-0008].

Grotenhermen, F., Leson, G., Berghaus, G., Drummer, O. H., Krüger, H. P., Longo, M., Moskowitz, H., Perrine, B., Ramaekers, J. G., Smiley, A., & Tunbridge, R. (2007). Developing limits for driving under cannabis. Addiction 102 (12) 1910-1917.

Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., Kuhn, S., Hartwig, Ch., & Reimer, J. (2007). Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger - Zielgruppen-spezifische Ergebnisse. Sucht 53 (5) 268-277.

Hakansson, A., Medvedeo, A., Andersson, M., & Berglund, M. (2007). Buprenorphine Misuse among Heroin and Amphetamine Users in Malmo, Sweden: Purpose of Misuse and Rout of Administration. Eur Addict Res 2007 (13) 207-215.

Hallmann, H. J., Holterhoff-Schulte, I., and Merfert-Diete, C. (2006). Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hamm, Hannover, Mülheim. Verfügbar unter: <http://www.hls-online.org/download/BLK-Qualitaetsstandards.pdf>. [Letzter Zugriff: 21-8-2007].

Härtel-Petri, R., Rodler, R., Steinmann, J., & Wolfersdorf, M. (2007). Der milieubedingte Zugriff auf die Methadonsubstitution bei Spätaussiedlern. Psychiatrische Praxis 34 (Sonderheft 1) 44-46.

Härtel-Petri, R., Wunderlich, R., Rodler, R., Wolstein, J., Steinmann, J. & Wolfersdorf, M. (2008). Evaluation der Behandlungsangebote aus Sicht metamphetaminabhängiger Patienten. Poster, 1.Deutscher Suchtkongress, Mannheim.

Havemann-Reinecke, U., Kufner, H., Schneider, U., Günther, A., Schalast, N., & Vollmer, H. C. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. Sucht 50 (4) 226-257.

Heimann, H. M., Penka, S., & Heinz, A. (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen - eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. Suchttherapie 8 (2) 57-62.

Heinz, W. (2007). Freiheitsentziehende Maßregeln der Besserung und Sicherung, insbesondere für suchtkranke Straftäter - statistische Eckdaten. Sucht 53 (4) 214-227.

Herrmann, M. & Lorenz, H. J. (2007). Suchtbezogene Haltungen von Hausärzten und Suchtberatern. Suchtmed 9 (4) 187-194.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) (2008). Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Grunddaten 2005. Forschungsbrief 19 / April 2008 der HLS.

Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2006). Dritter Suchtbericht für das Land Hessen 2003-2004. Hessisches Sozialministerium - Referat Öffentlichkeitsarbeit: Wiesbaden

Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Rohrbacher, H., Höfler, M., Bühringer, G., & Wittchen, H. U. (2008a). Efficacy of a Manualized Targeted Cognitive-Behavioral Treatment Program (CANDIS) for Cannabis Dependence. in preparation.

Hoch, E., Zimmermann, P., Noack, R., Rohrbacher, K., Pixa, A., Henker, J., Dittmer, K., Bühringer, G., & Wittchen, H. U. (2008b). Manualisierte einzeltherapeutische Behandlung problematischen Cannabiskonsums: Die „CANDIS“- Studie. In: R. Thomasius & K. U. Petersen (Hrsg.): Cannabismisbrauch und –abhängigkeit. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Hoffmann, F., Pfannkuche, M., & Glaeske, G. (2007). Hochverbrauch von Zolpidem und Zopiclon. Der Nervenarzt 79 (1) 67-72.

Hoffmann, K. (2007). Suchtkranke delinquente Aussiedler - ist eine schlechte Prognose unabwendbar? Suchtmedizin in Forschung und Praxis 9 (3) 151-157.

Ilse, J., Hartwig, Ch., & Haasen, C. (2007). Die Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg - eine Literaturübersicht. Suchtmedizin 9 122-128.

Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., & Schäfer, I. (2008). Association of Personality Disorders, Family Conflicts and Treatment with Quality of Life in Opiate Addiction. Eur Addict Res 2007 (14) 38-46.

Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings - A Practical Guide. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl-von-Ossietzky-Universität.

Killias, M. et al. (2003). European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics - 2003, second edition. Onderzoek en beleid series, no. 212. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, Ministry of Justice, Research and Documentation Centre (WODC).

Kleiber, D. & Söllner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa: Weinheim

Körkel, J. & Waldvogel, D. (2008). What Shall we do with the Drunken Drug Addict? - Eine Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger. Suchttherapie 9 (02) 72-79.

Krafftfahrtbundesamt (2008a). Jahresbericht 2007. Flensburg: KBA.

Krafftfahrtbundesamt (2008b). Fahrerlaubnisse, Fahrerlaubnismaßnahmen Jahr 2007. Flensburg: KBA.

Kraus, L. & Baumeister, S. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (Sonderheft 1) S6-S15.

Kraus, L., Steiner, S. & Pabst, A. (2008). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 165. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., & Pabst, A. (2007). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. Sucht 54 (Sonderheft 1) 16-25.

Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., & Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. Addiction 98 (4) 471-485.

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1) S3-S86.

Kraus, L., Bauernfeind, R., & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Bd. 107 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag: Baden-Baden

Krook, A., Stokka, D., Heger, B., & Nygaard, E. (2007). Hepatitis C Treatment of Opioid Dependents Receiving Maintenance Treatment: Results of a Norwegian Pilot Study. European Addiction Research 2007 (13) 216-221.

Küfner, H., Hackmann, K., Nees, S., Storz, S., Shaw, R., Reuter, B., & Sonntag, D. (2007). Die Motivierung schwer erreichbarer Drogenabhängiger: Entwicklung und Erprobung eines Motivationsprogramms. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 9 (4) 208-217.

Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmisbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). Das Gesundheitswesen 70 305-311.

Kuhn, S., Schu, M., Vogt, I., Schmid, M., Simmedinger, R., Schlanstedt, G., Farnbacher, G., Verthein, C., & Haasen, C. (2007). Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Sucht 53 (5) 278-287.

Küstner, U., Thomasius, R., Sack, P. M., & Zeichner, D. (2008). Drogenambulanz. In: M. Klein (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen 441-449. Stuttgart: Schattauer.

Lachner, G., Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Türk, D., Garczynski, E., & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. European Addiction Research 4 (1-2) 28-41.

Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). 50. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007.

Lampert, T., Richter, M., & Klocke, A. (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. Das Gesundheitswesen 68 94-100.

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2008). Rauschgiftkriminalität - Lagebild Nordrhein-Westfalen 2007.

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2007). Rauschgiftkriminalität - Lagebild Nordrhein-Westfalen 2007.

Landeskriminalamt Sachsen-Anhalt, A. 1. (2008). Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt - Jahreseinschätzung 2007.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2003). "Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD" - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Köln: FOGS. Verfügbar unter: <http://www.fogs-gmbh.de/pdf/FreD.pdf>. [Letzter Zugriff: 25-8-2008].

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. Journal of Substance Abuse 12 (4) 233-242.

Lintzeris, N. (2008). Future challenges for heroin and other opioid substitution treatment - Commentary. Addiction 103 (6) 967-968.

Löbmann, R. (2007). Diamorphingestützte Behandlung und Kriminalität. Sucht 53 (5) 288-295.

LWL Koordinationsstelle Sucht (2007). Expertise Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten/innen. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL).

Michels, I. I., Stöver, H., and Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal [Open Access] 4 (5). Verfügbar unter: [www.harmreductionjournal.com-/content/4/1/5](http://www.harmreductionjournal.com-/content/4/1/5). [Letzter Zugriff: 28-8-2007].

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2007). Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen. Jahresbericht 2006. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

Müller, O., Bernard, C. & Wersé, B. (2007). Bericht - MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2006. Frankfurt am Main: CDR Centre for Drug Research.

Mutschler, J., Diehl, A. & Kiefer, F. (2007). Beschaffung psychotroper Substanzen über das Internet. Der Nervenarzt 78 (7) 818-820.

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.

Ohlmeier, M., Peters, K., Buddensiek, N., Seifert, J., te Wildt, B., Emrich, H. M., & Schneider, U. (2005). ADHS und Sucht. Psychoneuro 31 (11) 554-562.

Paoli, L. (2008). How to know more on drug law implementation across Europe? In: EMCDDA (Hrsg.): EMCDDA Reitox Academy on sentencing statistics, 16 June 2008. Paris, France.

Patzak, J., Goldhausen, S., & Kleine, S. (2007a). Züchtung von Hochleistungscannabis in Indoor-Plantagen : Teil 2. Der Kriminalist 5 228-234.

Patzak, J., Goldhausen, S., & Kleine, S. (2007b). Züchtung von Hochleistungscannabis in Indoor-Plantagen : Teil 1. Der Kriminalist 4 180-186.

Penka, S., Heimann, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2008). Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. European Psychiatry 23 (2008) 36-42.

Perkonigg, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. Addiction 103 (3) 439-449.

Pfeiffer-Gerschel, T. & Simon, R. (2008). Cannabisbezogene Störungen - Neue Ansätze in Prävention und Behandlung. Sucht 54 (4) 229-233.

Piontek, D., Bühler, A., & Kröger, C. (2007). Schulische Tabakprävention. Zur Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen gegen das Rauchen von Jugendlichen. Prävention und Gesundheitsförderung 2 (2) 129-135.

Pollähne, H. & Stöver, H. (2005). Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlung in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Rabbata, S. (2005). Präventionsgesetz: Verordnete Vorbeugung. Deutsches Ärzteblatt 102 (8) A-477 / B-407 / C-377.

Rawson, R. A., Gonzales, R., McCann, M., & Ling, W. (2007). Use of methamphetamine by young people: is there reason for concern? Addiction 102 (7) 1021-1022.

Regierungspräsidium Karlsruhe (2008). Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 für den Regierungsbezirk Karlsruhe und besondere Kriminalitätsphänomene. Pressemitteilung vom 27.02.2008. Verfügbar unter: [http://www.rp.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1242791\\_pdrucken/drucken.htm](http://www.rp.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1242791_pdrucken/drucken.htm). [Letzter Zugriff: 29-8-2008].

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 (4) 389-397.

REITOX-Academy (2007). Prevention and therapy of cannabis disturbances in Europe: status, projects, need for development - Conclusions. DBDD: Berlin

Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. Addiction 101 315-322.

Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poethke, T., and Wolstein, J. (2003). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/>. [Letzter Zugriff: 28-8-2007].

Richter, M. & Leppin, A. (2008). Trends im Tabak-, Alkohol und Cannabiskonsum im frühen Jugendalter: Ein Vergleich der HBSC Studien 1994 bis 2006. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Jahrbuch SUCHT 2008. Neuland: Geesthacht

Richter, M., Ottova, V. & Hurrelmann, K. (2008). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen. Erste Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

Robert Koch-Institut (2008a). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.03.2008) Halbjahresbericht II/2007 aus dem Robert-Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe A. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health.

Robert Koch-Institut (2008b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2007. Datenstand: 01. März 2008. Robert Koch-Institut: Berlin

Robert Koch-Institut (2007a). Zur Situation wichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland: Virushepatitis B, C und D im Jahr 2006. Epidemiologisches Bulletin 49.

Robert Koch-Institut (2007b). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Berlin:

Rösner, S. & Küfner, H. (2007). Monitoring des Arzneimittelmissbrauchs 2006 bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON). Sucht 53 (Sonderheft 1) 65-77.

Sack, P. M., Küstner, U., Ott, K., Jäger, C., & Thomasius, R. (2005). Vergleich der Komorbidität von Cannabis- und Mischkonsumenten in Behandlung. Sucht 51 240-249.

Sack, P. M., Stolle, M., & Thomasius, R. (2008). Drogenabhängigkeit. In: H. Remschmidt, F. Mattejat, & A. Warnke (Hrsg.): Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart, New York: Thieme.

Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des §31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot: Berlin

Schäfer, M. (2005). Therapie der chronischen Hepatitis C bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Suchttherapie 6 66-69.

Schmidt, Gastpar, Falkai & Gaebel (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln

Schmidt, B. (2004). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland - Grundlagen und Konzeption. 24. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Schu, M. & Tossmann, P. (2007). Die Drogenkonsumräume in Berlin. Ergebnisse der Evaluation 2005 - 2007 im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. Köln, Berlin:

Schwabe, U. (2007). Arzneimittelsucht - Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? Ärztezeitung 26.04.2007. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=>. [Letzter Zugriff: 28-8-2007].

Senatsverwaltung für Gesundheit Soziales und Verbraucherschutz (2005). Evaluation Drogenkonsumräume in Berlin. Pressemitteilung 20.7.2005:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2008). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) 2007 - Berliner Zahlen. Pressemitteilung.

Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: K. Mann, U. Havemann-Reinecke, & R. Gassmann (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg: Lambertus Verlag.

Simmedinger, R. & Vogt, I. (2008). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2007. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2007. Frankfurt am Main: Fachhochschule Frankfurt am Main - University of Applied Sciences; ISFF Institut für Suchtforschung.

Simon, R. (2005). Analyse der Länderkurzberichte zum Umfang substanzbezogener Störungen und zur Betreuungssituation 2004. IFT Institut für Therapieforchung: München

Simon, R. & Kraus, L. (2007). Validität von cannabisbezogenen Diagnosen in Suchtberatungsstellen. Sucht 53 (5) 308-314.

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. IFT: München

Soellner, R. & Gabriel, U. (2008). Typisch "Kiffer"? Stereotype und Personenwahrnehmung. Sucht 54 (1) 32-37.

Sonntag, D. (2007). "Präsentation des neuen KDS", in Vortrag, VII. Tagung: EDV-gestützte Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe: Neue Trends bei Datensätzen, Auswertungen und Software, Landessportbund Hessen, Frankfurt.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008a). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008b). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008c). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulantes betreutes Wohnen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008d). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008e). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Nervenarzt 76 (1) 72-77.

Specka, M. & Scherbaum, N. (2005). Ergebnisse der stationären Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen bei Methadonsubstituierten. Sucht 51 329-338.

Stallwitz, A. & Stöver, H. (2008). The impact of substitution treatment in prisons - A literature review. International Journal of Drug Policy 2007 (18) 464-474.

Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. Epidemiol.Infect. 134 (4) 814-819.

Statistisches Bundesamt (2008a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2006. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2008b). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10, Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2008c). Verkehr. Verkehrsunfälle. Statistisches Bundesamt Dezember 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2008d). Verkehrsunfälle 2007. Fachserie 8, Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2007a). Rechtspflege - Strafverfolgung 2005. Fachserie 10, Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.



Statistisches Bundesamt (2007b). Rechtspflege - Strafverfolgung 2006. Fachserie 10, Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2007c). Rechtspflege, Staatsanwaltschaften 2006. Fachserie 10, Reihe 2.6. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2006). Statistisches Jahrbuch 2006 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Step (Hrsg.) (2007). Step - Jahresbericht 2006. Hannover: Step.

Stolle, M., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt 104 (28-29) A2061-A2069.

Stöver, H. (2007). Substitution in Haft. AIDS-Forum DAH, Band 52. Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, Ch. & Thane, K. (2008). Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reductions Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. SANCO/2006/C4/02. Universität Bremen; WIAD Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V.; ZIS Centre for Interdisciplinary Addiction Research (CIAR).

Stöver, H., MacDonald, M. & Atherton, S. (2007). Harm Reduction in European Prisons - A Compilation of Models of Best Practice. Oldenburg: The European Network on Drugs and Infectious Prevention in Prison ENDIPP; BIS-Verlag der Carl-von-Ossietzky-Universität.

Sueddeutsche.de 11.4.2008. Ein Hochgefühl, dann streikt der Körper.

Thierfelder, W., Hellenbrand, W., Meisel, H., Schreier, E., & Dortschy, R. (2001). Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. European Journal of Epidemiology 17 (5) 429-435.

Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Originalarbeit). Fortschritt Neurologische Psychiatrie 72 679-695.

Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2006). Cannabismisbrauch neuropsychiatrisch beleuchtet. Alleingelassen in früher Jugend. Neurotransmitter 7 (8) 46-60.

Thoms, E. (2008). Crystal-abhängige Kinder und Jugendliche. Poster, 1.Deutscher Suchtkongress, Mannheim.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2005). Rehabilitation des Jahres 2004, VDR-Statistik. DRV: Berlin

Verthein, U., Bonorden-Kleij, K., Degkwitz, P., Dilg, Ch., Köhler, W. K., Passie, T., Soyka, M., Tanger, S., Vogel, M., & Haasen, Ch. (2008). Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany - Research Report. Addiction 103 (6).

- Vogt, I. (2008). EU-Project: Senior Drug Dependents and Care Structures SDDCARE - Ältere Drogenabhängige und ihre Versorgung im Hilfenetz. 2006346. Frankfurt am Main: Public Health Executive Agency PHEA.
- Walloch, S., Haasen, C., Püschel, K., & Heinemann, A. (2007). Drogennotfälle in Hamburg: Eine Analyse anhand der Einsatzprotokolle der notarztbesetzten Rettungsmittel 1997-2004. Suchttherapie 8 (03) 115-118.
- Walter, U., Krauth, C., Kurtz, V., Salmann, R., & Machleidt, W. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Nervenarzt 2007 (78) 1058-1061.
- Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In: M. Heide & H. Lieb (Hrsg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses 123-139. Bonn: Nagel.
- Werse, B. & Müller, O. (2008a). Einige zentrale Daten aus dem Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) Frankfurt am Main 2007. CDR Centre for Drug Research; Goethe-Institut, Frankfurt am Main.
- Werse, B. & Müller, O. (2008b). Expertenpanel - Drogen in Frankfurt 2007. MoSyD - Jahresbericht 2007. CDR Centre for Drug Research. Frankfurt am Main 2007: CDR Centre for Drug Research; Goethe-Institut, Frankfurt am Main.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2008). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2007. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität.
- Wilens, T. (2004). Attention-deficit / hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at rik, and treatment issues. Psychiatr Clin N Am 27 283-301.
- Winklbaur, B., Jagsch, R., Ebner, N., Thau, K., & Fischer, G. (2008). Quality of Life in Patients Receiving Opioid Maintenance Therapy. Eur Addict Res 2008 (14) 99-105.
- Winkler, K. R. (2007). Bundesgerichtshof legt Grenzwert für die "nicht geringe Menge" bei Buprenorphin fest. Sucht 53 (4) 238-241.
- Wittchen, H. U. (2008). Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (PREMOS-Studie) - Projektbeschreibung.
- Wittchen, H. U. (2006). Substitutionstherapie in Deutschland. Ergebnisse der COBRA-Studie. Vortrag im Rahmen einer Pressekonferenz am 03.11.2006 in Berlin. Verfügbar unter: [www.cobra-projekte.de](http://www.cobra-projekte.de). [Letzter Zugriff: 6-7-2007].
- Wittchen, H. U. & Apelt, S. M. (2006). Methadon- und Buprenorphinbehandlung in der Routinerversorgung: Ergebnisse der deutschlandweiten COBRA-Studie von 2694 Patienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 74.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Christl, B., Hagenau, K. A., Groß, A., Klotsche, J., & Soyka, M. (2008a). Die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opiatabhängiger (COBRA). Suchtmedizin 6 (1) 80-87.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Golz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schafer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008b). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. Drug & Alcohol Dependence. 95 (3) 245-257.

Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R., & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. Drug and Alcohol Dependence 88 60-70.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Bühringer, G., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, 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 (1) 14-28.

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15 (4) 357-376.

Zerell, U. & Thalheim, J. (2008). Statistisches Auswerteprogramm Rauschgift (SAR). Zusammenfassung für das Bundeslagebild Rauschgift 2007. Wiesbaden: Bundeskriminalamt Kriminaltechnisches Institut.

Zimmermann, J., Watzke, A. B., Schmidt, C. O., & Preuss, U. W. (2007). Suizidales Verhalten und Persönlichkeitseigenschaften bei zum Drogenentzug stationär aufgenommenen jungen Erwachsenen. Suchtmed 9 (4) 197-205.

ZIS Hamburg (2008). Final Report Quality of treatment services in Europe - drug treatment situation and exchange of good practice. SANCO/2006/C4/02. Hamburg: Centre for interdisciplinary addiction research (ZIS) of the Hamburg University.

## 12.2 Websites

### Wichtige Einrichtungen

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 Centre for Addiction Issues
<a href="http://www.drogenbeauftragte.de">www.drogenbeauftragte.de</a>	Drogenbeauftragte der Bundesregierung Drug Commissioner of the Federal Republic of Germany
<a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a>	BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger FCHE information for young people and party goers
<a href="http://www.drugscouts.de">www.drugscouts.de</a>	Landesprojekt in Sachsen für junge Leute Laender project from Saxony for young people
<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.prevnet.de">www.prevnet.de</a>	Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien „PrevNet“ serves as network between persons involved in the field of prevention and enables a better access to information and material
<a href="http://www.psychologie.tu-dresden.de/asat/">www.psychologie.tu-dresden.de/asat/</a>	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie Allocated substance abuse treatments to patient heterogeneity
<a href="http://www.psychologie.tu-dresden.de/bmbf/">www.psychologie.tu-dresden.de/bmbf/</a>	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie Deutsches Suchtforschungsnetz German Addiction Research Network
<a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

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.

### Websites zu Forschungseinrichtungen

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den websites der Forschungsverbünde:

- Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg: [www.bw-suchtweb.de/](http://www.bw-suchtweb.de/)
- Suchtforschungsverbund Bayern/Sachsen: [www.psychologie.tu-dresden.de/asat/](http://www.psychologie.tu-dresden.de/asat/)

- Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen: [www.suchtforschungsverbund-nrw.de/](http://www.suchtforschungsverbund-nrw.de/)
- Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT)): [www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/\\_earlint.html](http://www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/_earlint.html).
- Deutsche Gesellschaft für Sucht: [www.dg-sucht.de](http://www.dg-sucht.de)
- Deutsche Heroinstudie: [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de)
- Premos-Studie: [www.premos-studie.de](http://www.premos-studie.de)
- Suchtforschung gefördert vom Ministerium für Erziehung und Wissenschaften: [www.gesundheitsforschung-bmbf.de/en/137.php?PHPSESSID=d0a4c0911d2d3f8182463a3536a75789](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/en/137.php?PHPSESSID=d0a4c0911d2d3f8182463a3536a75789)

### **Websites anderer relevanter Institutionen/Arbeitsgruppen**

- Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker: [www.fachstelle-faire.de](http://www.fachstelle-faire.de)
- Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg: [www.zis-hamburg.de](http://www.zis-hamburg.de)
- Zentrum für Drogenforschung der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt/M.: [www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html](http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html)
- Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster: [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de)
- Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim: [www.zi-mannheim.de](http://www.zi-mannheim.de)
- Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main: [www.fh-frankfurt.de/de/forschung](http://www.fh-frankfurt.de/de/forschung)
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M.: [www.iss-ffm.de/](http://www.iss-ffm.de/)
- Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden: [www.psychologie.tu-dresden.de/klinische/](http://www.psychologie.tu-dresden.de/klinische/),
- Kompetenzplattform Suchtforschung an der katholischen Fachhochschule NRW: [www.addiction.de](http://www.addiction.de)
- Suchtforschungsverbund an Fachhochschulen (SFFH) mit den Standorten Frankfurt/M., Köln, Aachen und Mainz: [www.suchtforschungsverbund.de](http://www.suchtforschungsverbund.de)
- Institut für Therapieforschung München: [www.ift.de](http://www.ift.de)
- Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster: [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de)

### **Spezifische Cannabisprojekte**

- Projekt „AVerCa“, das sich den Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs zum Ziel gesetzt hat: [www.dhs.de/web/projekte/cannabis.php](http://www.dhs.de/web/projekte/cannabis.php)
- Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen: [www.candis-project.de](http://www.candis-project.de)
- Gruppentraining „Can Stop“ wurde im Auftrag des BMG vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein manualisiertes Behandlungsprogramm für junge Menschen mit Cannabiskonsum
- Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de). nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum
- International Cannabis Need of Treatment Study: <http://www.incant.de>
- Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz: [www.realize-it.org](http://www.realize-it.org)
- Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt: [www.be-u-online.de](http://www.be-u-online.de)

### **Partyprojekte**

- Drogenhilfe Köln e.V.: [www.partyack.de](http://www.partyack.de)
- SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig: [www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de)
- Verein zur Förderung der Partykultur und Minderung der Drogenproblematik e.V. Berlin: [www.eve-rave.net](http://www.eve-rave.net)
- Party Project e.V. Bremen: [www.party-project.de](http://www.party-project.de)
- chill-out - gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen: [www.chill-out.de](http://www.chill-out.de)
- Alice projekt - Frankfurt : [www.alice-project.de](http://www.alice-project.de)
- Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover: [www.drobs-hannover.de](http://www.drobs-hannover.de)

## TEIL D: VERZEICHNISSE

### 13 Tabellen

Tabelle 2.1	Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland .....	28
Tabelle 2.2	Prävalenz im Lebenszeitraum für illegale Drogen .....	29
Tabelle 2.3	Trends der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einzelnen Substanzen (Altersgruppe 18-24 Jahre), 1990-2006 <sup>1)</sup> .....	30
Tabelle 2.4	Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien .....	40
Tabelle 2.5	Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien .....	41
Tabelle 4.1	Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 2004 bis 2007 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre).....	66
Tabelle 4.2	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (ambulant).....	70
Tabelle 4.3	Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 2004- 2007 .....	71
Tabelle 4.4	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung .....	71
Tabelle 4.5	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	77
Tabelle 5.1	Stationäre Behandlung von Suchtproblemen in Krankenhäusern 2003-2006.....	87
Tabelle 5.2	Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen) .....	88
Tabelle 5.3	Neuzugänge zu ambulanter Betreuung 2007 .....	89
Tabelle 5.4	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel .....	92
Tabelle 6.1	Drogentodesfälle 2002-2007 nach Substanzen.....	103
Tabelle 6.2	Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten - Trend.....	108
Tabelle 8.1	Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung .....	123
Tabelle 8.2	Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle .....	130
Tabelle 8.3	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte .....	131
Tabelle 8.4	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen .....	132
Tabelle 10.1	Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2006 und 2007 .....	142

---

Tabelle 10.2	Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000 ....	143
Tabelle 10.3	Sicherstellung von Cannabispflanzen.....	144
Tabelle 10.4	Preise verschiedener Drogen 2006 bis 2007 (alle Preise in €).....	145
Tabelle 10.5	Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1997 bis 2007 (Median) in Prozent.....	145
Tabelle 10.6	Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel.....	148
Tabelle 11.1	Überblick über die Verfahrensmöglichkeiten bei verschiedenen Straftatbeständen.....	153
Tabelle 11.2	Strafverfolgungsstatistik zu Verfahrenserledigungen bei drogenbezogenen Delikten auf staatsanwaltschaftlicher Ebene im Jahr 2006.....	166
Tabelle 11.3	Angeklagte nach BtMG, gegen die im Jahr 2006 eine Gerichtsentscheidung erging <sup>1)</sup> .....	168
Tabelle 11.4	Verurteilungen für Verstöße gegen das BtMG 2006 <sup>1)</sup> .....	169
Tabelle 11.5	Nebenstrafen und Maßregeln für Verstöße gegen das BtMG im Jahr 2006 <sup>1)</sup> .....	170
Tabelle 11.6	Drogenbezogene Verkehrsdelikte (einschließlich Alkohol) 2002 – 2007.....	170
Tabelle 11.7	Sanktionen bei Verkehrsdelikten in Zusammenhang mit Alkohol und Drogen - 2007.....	171



## 14 Abbildungen

Abbildung 2.1	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabis konsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2007 (MoSyD).....	35
Abbildung 2.2	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2007 (MoSyD).....	36
Abbildung 2.3	Lebenszeit- und 30-Tage Prävalenz des Cannabiskonsums bei Hamburger Jugendlichen 2004-2007.....	36
Abbildung 2.4	Lebenszeit- und 30-Tage Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen (außer Cannabis) bei Hamburger Jugendlichen 2004-2007.....	38
Abbildung 2.5	Cannabiskonsum nach Schultyp, Ergebnisse der HBSC Nordrhein-Westfalen.....	39
Abbildung 3.1	Settings von Präventionsmaßnahmen (Dot.sys).....	49
Abbildung 4.1	Langfristige Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen .....	72
Abbildung 4.2	Trendentwicklungen (Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa/Hypnotika).....	75
Abbildung 4.3	Trendentwicklung in der Hauptdiagnosegruppe Opiate; Wirkstoff: Methadon.....	75
Abbildung 5.1	Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten 2007 .....	88
Abbildung 6.1	Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2006) .....	105
Abbildung 6.2	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2006 .....	106
Abbildung 6.3	Verteilung der Substanzkategorien bei Codierung der unmittelbaren Todesursache, Überdosierungen 1998-2006.....	106
Abbildung 8.1	Entwicklung von Handelsdelikten .....	125
Abbildung 8.2	Entwicklung von Konsumdelikten .....	126
Abbildung 8.3	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz .....	128
Abbildung 8.4	Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz ....	129
Abbildung 10.1	Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1997 bis 2007.....	143
Abbildung 10.2	Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1997 bis 2007.....	146

---

Abbildung 10.3	THC-Gehalt von Marihuana und Cannabisharz 1997-2007.....	147
Abbildung 10.4	Wirkstoffgehalt von Heroin 1997-2007.....	148
Abbildung 10.5	Wirkstoffgehalt von Kokain 1996-2006 .....	149