



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Tim Pfeiffer-Gerschel, Ingo Kipke & Stephanie Flöter, IFT Institut für Therapieforschung

Christiane Lieb, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Peter Raiser, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Unter Mitarbeit von Alicia Casati und Krystallia Karachaliou,

IFT Institut für Therapieforschung

Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

DEUTSCHLAND

Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen

Drogensituation 2008/2009

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)

Alicia Casati

Dr. Stephanie Flöter

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)

Christiane Lieb

Peter Lang

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

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

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

Email: christiane.lieb@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Peter Raiser

Gabriele Bartsch

Westring 2

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381-901521

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: raiser@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

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS	1
1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse	1
1.1 Überblick.....	1
1.1.1 Begriffsdefinition	1
1.1.2 Ziele und Schwerpunkte der nationalen „Drogen- und Suchtpolitik“	2
1.1.3 Die Struktur Deutschlands	2
1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	3
1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich	3
1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen	5
1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination.....	8
1.3.1 Nationaler Aktionsplan.....	8
1.3.2 Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans	9
1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik.....	21
1.3.4 Koordinierung	21
1.4 Ökonomische Analyse	22
1.4.1 Einleitung	22
1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets	22
1.4.3 Soziale Kosten.....	23
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen.....	25
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	29
2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen	32
2.3.1 Konsum legaler psychotroper Substanzen.....	33
2.3.2 Konsum illegaler Drogen	34
2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	42

3	Prävention	45
3.1	Überblick.....	45
3.1.1	Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen	45
3.1.2	Aktuelle Entwicklungen und Trends	46
3.1.3	Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention	46
3.2	Universelle Prävention	48
3.2.1	Schule.....	49
3.2.2	Familie	51
3.2.3	Kommunale Prävention	52
3.2.4	Freizeit und Sportvereine	53
3.3	Selektive Prävention	53
3.3.1	Risikogruppen.....	54
3.3.2	Risikofamilien.....	56
3.3.3	Selektive Prävention im Freizeitbereich	56
3.4	Indizierte Prävention	58
3.4.1	Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten.....	58
3.4.2	Kinder mit ADHS.....	58
3.4.3	Frühintervention.....	59
3.5	Nationale und regionale (Medien) Kampagnen	60
4	Problematischer Drogenkonsum	63
4.1	Überblick.....	63
4.2	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum	65
4.2.1	EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen).....	65
4.2.2	Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum.....	67
4.3	Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen.....	67
4.4	Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch von Drogen	68
4.4.1	Gebrauchsformen außerhalb der PDU-Definition der EMCDDA	68
4.4.2	Prävalenzschätzungen bei intensivem, häufigem, langzeitlichem und anderen problematischen Konsumformen außerhalb der PDU-Definition	69
4.4.3	Missbrauch von Medikamenten.....	70
5	Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit	77
5.1	Überblick.....	77
5.2	Strategie, Politik.....	79
5.3	Behandlungssystem	81
5.3.1	Organisation und Qualitätssicherung	82
5.3.2	Verfügbarkeit und Behandlungsformen.....	85
5.4	Charakteristika der behandelten Personen	86

5.4.1	Ambulante Behandlung	86
5.4.2	Stationäre Behandlung	90
5.5	Behandlungstrends	96
5.5.1	Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich	96
5.5.2	Substitution	99
5.5.3	Spezielle Forschungsergebnisse.....	100
6	Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen	101
6.1	Überblick.....	101
6.1.1	Infektionskrankheiten.....	101
6.1.2	Drogenbezogene Todesfälle	102
6.2	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	103
6.2.1	HIV/AIDS und virale Hepatitis.....	103
6.2.2	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten	108
6.2.3	Verhaltensdaten.....	108
6.3	Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen ...	108
6.3.1	Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle.....	108
6.3.2	Andere interessante Themen	109
6.4	Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten.....	113
6.4.1	Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen)	113
6.4.2	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)	119
6.4.3	Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen	120
7	Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums.....	121
7.1	Überblick.....	121
7.2	Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen	121
7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten.....	123
7.4	Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten	125
8	Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung.....	127
8.1	Überblick.....	127
8.2	Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum	127
8.2.1	Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten	127
8.2.2	Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen	129
8.3	Soziale Reintegration.....	129
8.3.1	Unterkunft	130
8.3.2	Bildung, berufliche Ausbildung	130
8.3.3	Beschäftigung.....	131

9	Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis	135
9.1	Überblick.....	135
9.2	Drogenbezogene Kriminalität	135
9.2.1	Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen.....	135
9.2.2	Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen.....	140
9.3	Verhinderung von drogenbezogener Kriminalität	141
9.4	Interventionen im Strafjustizsystem	142
9.4.1	Alternativen zu Gefängnisstrafen	142
9.4.2	Andere Interventionen im Strafjustizsystem	142
9.5	Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen.....	143
9.6	Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen	144
9.6.1	Drogenbehandlung sowie Prävention und Reduktion von durch Drogen verursachte Schäden.....	144
9.6.2	Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten	147
9.6.3	Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung und Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung	147
10	Drogenmärkte	149
10.1	Überblick.....	149
10.2	Verfügbarkeit und Versorgung.....	150
10.2.1	Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang.....	150
10.2.2	Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe.....	152
10.2.3	Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten.....	152
10.3	Beschlagnahmungen	153
10.3.1	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen	153
10.3.2	Mengen und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen.....	155
10.3.3	Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten	155
10.4	Preis / Reinheit	156
10.4.1	Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene	156
10.4.2	Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen.....	157
	TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN	161
11	Cannabismärkte und -produktion	161
11.1	Märkte.....	161
11.1.1	Kontext: Kurzdarstellung des Cannabisanbaus	161
11.1.2	Growshops.....	163
11.1.3	Konsumentenmarkt.....	164
11.1.4	Aufteilung des nationalen Marktes	166
11.1.5	Handelspreise von Cannabis.....	166

11.1.6	Organisation des Kleinhandels.....	167
11.1.7	Quellen und Handelsgrößen.....	168
11.2	Beschlagnahmungen	168
11.2.1	Kontext Angebotsreduktion	168
11.2.2	Sicherstellungen von Cannabispflanzen	169
11.2.3	Herkunft der Cannabisprodukte.....	170
11.2.4	Differenzierung der Sicherstellungen	171
11.3	Straftaten	172
12	Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger.....	173
12.1	Überblick.....	173
12.2	Älterwerden von Drogenabhängigen	174
12.2.1	Alterstrends Drogenabhängiger.....	174
12.2.2	Einflussfaktoren auf das Älterwerden und die gestiegene Lebenserwartung von Drogenabhängigen	178
12.3	Drogenkonsum, gesundheitliche und soziale Merkmale älterer Drogenabhängiger.....	179
12.3.1	Merkmale älterer Drogenabhängiger.....	179
12.4	Behandlung, Administration und Pflege von älteren Drogenabhängigen	185
12.4.1	Politische Regulierungen und Strategien	185
12.4.2	Gesundheits- und sozialpolitische Handhabung	186
	TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG.....	191
13	Bibliographie.....	191
13.1	Literatur zum Bericht.....	191
13.2	Websites	205
14	Tabellen	209
15	Abbildungen.....	211

ABKÜRZUNGEN

AMG	Arzneimittelgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGH	Bundesgerichtshof
BKA	Bundeskriminalamt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
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	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DSR	Drogen- und Suchtrat
EBDD/EMCDDA	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
FIA Berlin	Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt Berlin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
HDG	Horizontale Drogen Gruppe
IFT	Institut für Therapieforschung
i.v.	intravenös
IVD ¹	Intravenös applizierende Drogenkonsumenten/intravenöser Drogenkonsum

¹ International wird inzwischen einheitlich die Bezeichnung „injecting drug use (IDU)“ verwendet, für den deutschsprachigen Raum gibt es noch keine einheitliche Sprachregelung, weshalb die Autoren sich hier auf diese Abkürzung verständigt haben.

ABKÜRZUNGEN

LKA	Landeskriminalamt
MoSyD	Frankfurter Monitoringsystem Drogen
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RKI	Robert Koch - Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SQ	Strukturierter Fragebogen (Structured Questionnaire)
ST	Standardtabelle (Standard Table)
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

Eine der wesentlichen Aufgaben der „Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)“ besteht in der jährlichen Berichterstattung zur Drogensituation in Deutschland an die „Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)“, für die die DBDD als deutscher Ansprechpartner (so genannter REITOX²-Knotenpunkt) dient.

Der aktuelle Bericht der DBDD für das Berichtsjahr 2008/2009 folgt den europaweit einheitlichen Richtlinien der EBDD und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten. Der Bericht beruht überwiegend auf den Daten des Jahres 2008, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2009, soweit sie bis zur Fertigstellung vorlagen.

Jedes Kapitel des Berichts enthält zu Beginn einen Abschnitt, der die wichtigsten Hintergrundinformationen enthält - etwa zur Struktur der Gesundheitsversorgung oder den vorhandenen Datenquellen. Diese Teile werden nur bei Bedarf überarbeitet und aktualisiert und beschreiben die wichtigsten Grundlagen wie z.B. methodische Aspekte regelmäßig durchgeführter Erhebungen. Ziel dieser Teile ist es, die aktuellen Informationen zur Drogensituation in diesem Bericht auch ohne Rückgriff auf ergänzende Literatur grundsätzlich einordnen und verstehen zu können. Erstmals in 2009 wurden diese Teile des Berichtes optisch kenntlich gemacht (grau hinterlegt und eingerahmt), so dass Leser, die mit den Rahmenbedingungen des deutschen Berichtssystems vertraut sind, sich beim Lesen vor allem auf die neuen Entwicklungen konzentrieren 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.

In diesem Jahr widmet sich der vorliegende Bericht in zwei Sonderkapiteln den Themen „Cannabismärkte und -produktion“ und „Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger“. Stehen Probleme, die aus dem Konsum von Cannabis resultieren, bereits seit einigen Jahren zunehmend im Zentrum der Aufmerksamkeit, liegen nur wenige Informationen zu den Charakteristika der dazugehörigen Märkte vor. Das Sonderkapitel hat dazu die in Deutschland bislang verfügbaren Informationen zusammengestellt und um eigens zu diesem Zweck durch die DBDD erhobene Daten ergänzt. Vor dem Hintergrund der erfreulicherweise steigenden Lebenserwartung von Drogenkonsumenten verändern sich in bestimmten Bereichen auch die Anforderungen an die Versorgungs- und Hilfesysteme. Das zweite Sonderkapitel dieses Jahres beleuchtet daher ausführlich die Situation älterer Drogenkonsumenten und

² Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies.

ihrer spezifischen Probleme. Zu beiden Themen wird im Jahr 2010 auch die EBDD Publikationen erstellen, die unsere Sonderkapitel um die europäische Perspektive ergänzen.

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 die umfangreiche und übergreifende REITOX-Berichterstattung möglich.

Abschließend möchte ich Sie noch auf die neue und umgestaltete Website der DBDD hinweisen, auf der Sie zahlreiche weitere Informationen zur DBDD und zum nationalen Bericht finden (www.dbdd.de). Informationen zur EBDD, Daten aus anderen Ländern der EU sowie den europäischen Bericht finden Sie unter www.emcdda.europa.eu.

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 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 (BMG) und die EBDD gefördert. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter www.dbdd.de elektronisch zur Verfügung.

Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

An der Stelle isolierter „Drogen“-konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht³“-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 (DSR)“, der die Ziele und Maßnahmen des Aktionsplans begleiten und überprüfen soll, hat im September 2005 ein Arbeitsprogramm verabschiedet. Schwerpunkte darin sind die Senkung der Raucherquote und der Quote der Alkoholkonsumenten bei Jugendlichen sowie die Senkung der Quote der Probierer und der regelmäßigen Konsumenten von Cannabis. In seinem Ende 2008 vorgelegten Arbeitsbericht kommt der DSR zu dem Schluss, dass die gesteckten Ziele im Bereich Tabak-/Alkoholprävention voll erreicht werden konnten, im Bereich Cannabisprävention in der Lebenszeitprävalenz trotz zeitlichem Verzögerungseffekt ebenfalls fast erfüllt wurden und beim regelmäßigen Konsum deutlich erreicht wurden. 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. 2009 wurden darüber hinaus im Rahmen von Kongressbeiträgen die ersten Ergebnisse einer vom BMG geförderten Studie vorgestellt, in der erstmalig die Ausgaben der öffentlichen Hand für den Gesamtbereich „illegaler Drogen“ in Deutschland geschätzt wurden. Eine entsprechende Veröffentlichung befindet sich in Druck.

Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

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.

³ Der Begriff „Sucht“ bezeichnet hier keine enge Zielgruppe mehr, sondern umfasst riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Verbreitung nach wie vor höher, fällt aber auch geringer aus als in Vergleichsuntersuchungen der Vorjahre. Mit Ausnahme der Angaben über die letzten 30 Tage sind die Prävalenzen für den Konsum „illegaler Drogen“ (insgesamt) in der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (DAS) der BZgA (2008) für die Altersgruppen der 12- bis 15-Jährigen, der 16- bis 17-Jährigen und der 18- bis 19-Jährigen im Vergleich zur Untersuchung aus dem Jahr 2004 gesunken. Dieses Ergebnis wird massgeblich durch Rückgänge des Cannabiskonsums geprägt: Nur noch 9,6% der 12- bis 17-Jährigen und 28,3% der 12- bis 25-Jährigen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben (2004: 15,1% bzw. 31,1%). Auch der regelmäßige Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener ist nach den Ergebnissen der DAS rückläufig und betraf 2008 noch 2,3% (2004: 3,1%) der 12- bis 25-Jährigen. Die 12-Monats-Prävalenz für Cannabiskonsum bei Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 12 und 19 Jahren liegt aktuell unter 10%. Aktuelle Ergebnisse der im Rahmen des „Frankfurter Monitoringsystems Drogen (MoSyD)“ durchgeführten Schülerbefragung deuten weiterhin auf eine Stagnation der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums hin, allerdings sind die Prävalenzen des Konsums „harter Drogen“ bei Frankfurter Schülern im Berichtsjahr 2008 im Vergleich zu den Vorjahren leicht gestiegen. 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. Von 2003 auf 2007 sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter den im Rahmen der ESPAD befragten Schülern von 31% auf 25%. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) hat sich aber seit 2003 kaum verändert (10,0% vs. 10,2%).

Prävention

Die Strategie des *Aktionsplans Drogen und Sucht* und deren Umsetzung erweist sich, wie aktuelle epidemiologische Daten eindrucksvoll belegen, als sehr erfolgreich. Die Erfolge sind - vor allem im Bereich der Tabakprävention - auf eine erfolgreiche Verknüpfung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen zurückzuführen. Der Tabak- und auch der Cannabiskonsum sind deutlich reduziert worden.

Unter Hinzuziehung der Konsumprävalenzen von Alkohol zeigt sich jedoch ein ambivalentes Bild des Substanzkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einerseits ist der Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol oder auch die Häufigkeit des Binge-Drinkings gesunken, andererseits ist jedoch die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen deutlich gestiegen. Dies macht deutlich, dass die Prävention auf veränderte Konsumgewohnheiten und Sucht fördernde Verhaltensweisen mit einer Bündelung bestehender Aktivitäten einerseits und der Entwicklung neuer Maßnahmen andererseits reagieren sollte.

Im Themenfeld universelle Präventionsmaßnahmen ist Schule nach wie vor das wichtigste Setting. Weite Verbreitung finden inzwischen auch Frühinterventionsmaßnahmen, die indizierter Prävention zuzurechnen sind. Frühinterventionen werden aktuell vor allem im Bereich

extensiven Alkoholkonsums von Jugendlichen eingesetzt. Die Zielgruppe frühinterventiver Maßnahmen wird in der Regel zunächst in Einzelgesprächen beraten und es soll eine kritische Auseinandersetzung mit dem extensiven Konsumverhalten initiiert werden, so dass es im Idealfall zu einer deutlichen Konsumreduktion bzw. Einstellung des Substanzkonsums kommt.

Zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention sind Evaluation, Vernetzung und Transfer. Dazu zählen bspw. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards und die Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Suchtprävention. Im Rahmen der zweitägigen von der BZgA gemeinsam mit der ginko – Stiftung für Prävention veranstalteten Fachkonferenz „Qualität in der Suchtprävention“ wurden im Mai 2009 die Grundlagen für ein praxisorientiertes Konzept der Qualitätssicherung in der Suchtprävention geschaffen.

Problematischer Drogenkonsum

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 156.000 Personen (1,5 bis 2,8 Personen pro 1.000 Einwohner) in der Altersgruppe 15-64 Jahre. Zu problematischem Konsum im weiteren Sinne finden sich folgende aktuelle Zahlen in der Drogenaffinitätsstudie der BZgA: „Regelmäßiger Konsum“ von Cannabis bei 12- bis 25-Jährigen: 2,3% (2004: 3,1%), unter 12- bis 17-Jährigen 1,1% (2004: 1,6%). Aktuellen Forschungsergebnissen zufolge liegen die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie der Beginn von regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) in der zweiten Lebensdekade. Es ist besonders bemerkenswert, dass sich relativ große Anteile aller Übergänge vom Erstkonsum zum regelmäßigen Konsum und vom Erstkonsum zur Substanzstörung in den ersten wenigen Jahren nach dem Erstkonsum vollziehen. Dabei wurde die kürzeste Übergangsdauer für Cannabis beobachtet (im Vergleich zu Alkohol und Nikotin). Die Altersstufen 15-18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht. Eine Trendanalyse der Daten eines Monitoringsystems zum Medikamentenmissbrauch der Jahre 2002 bis 2008 zeigt innerhalb der Patientengruppe mit einer Störung aufgrund des Konsums von Opioiden einen kontinuierlichen Anstieg des missbräuchlichen Konsums von Substitutionsmitteln.

Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

Etwa die Hälfte (49,1%; 2007: 49,6%) der Klienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, haben ein primäres Problem aufgrund des Konsums von Opioiden, etwa ein Drittel (32,8%; 2007: 32,5%) leidet primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung sind, liegt der Anteil der Cannabisfälle bei 59,0% (2007: 51,2%), Opioiden spielen in dieser Population eine weniger wichtige Rolle (19,8%; 2007: 27,7%). Stimulantien sind in etwa jedem zehnten Fall der Grund für eine erstmalige Kontaktaufnahme mit einer ambulanten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, unter allen Zugängen/Beendern machen sie etwa 7%

aus. Im stationären Bereich spielen Opioide unter den illegalen Drogen nach wie vor die größte Rolle. Im Akutbereich (Krankenhausbehandlungen) sind unter den substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) in etwa jedem zehnten Fall Vergiftungen mit Sedativa/Hypnotika Grund der Kontaktaufnahme. In den Fachkliniken, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, steht in etwa jedem zehnten Fall Kokain oder eine Störung aufgrund des Konsums von Stimulantien im Zentrum der Behandlung. Die Zahl der Substitutionsbehandlungen ist auch 2008 weiter gestiegen und liegt aktuell bei 72.200. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen. Im Mai 2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ beschlossen, das durch Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes, des Arzneimittelgesetzes und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung schafft.

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 6.195 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Intravenöser (i.v.) Drogengebrauch, der mit großer Sicherheit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 36% der Fälle mit Expositionsangaben übermittelt. Insgesamt weist die Infektion mit Hepatitis C unter Drogenkonsumenten in den vergangenen Jahren einen leicht sinkenden Trend auf, stellt aber dennoch nach wie vor eins der zentralen gesundheitlichen Probleme bei dieser Personengruppe dar.

2008 starben in Deutschland 1.449 Menschen an Drogen. Damit ist die Zahl der Drogentoten gegenüber dem Vorjahr nochmals leicht gestiegen, nachdem es bis dahin seit 2000 einen stetigen Abwärtstrend in der Zahl der Drogentodesfälle gegeben hatte. Ursächlich für die Todesfälle sind in der Regel Opioide, die häufig in Kombination mit anderen psychotropen Suchtmitteln einschließlich Alkohol gebraucht wurden.

Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

Verschiedene Autoren stellen in aktuellen Publikationen fest, dass die Behandlung von HIV- und Hepatitis-C-Infektionen auch bei i.v. Drogenkonsumenten, insbesondere im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, effektiv ist und diesen daher nicht vorenthalten werden sollte.

Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

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 Arbeitsmarktanforderungen sind jedoch die Chancen in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren sehr begrenzt.

Weiterhin prekär ist die soziale Situation der Mitglieder in den offenen Drogenszenen, die immer noch stark von Wohn- bzw. Obdachlosigkeit und fehlender regulärer Arbeit geprägt ist.

Drogenbezogene Kriminalität

Im Jahr 2008 wurden insgesamt rund 240.000 Rauschgiftdelikte erfasst, davon rund 169.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und etwa 56.000 Handelsdelikte. Die drogenbezogene Kriminalität nimmt damit gegenüber dem Vorjahr erneut um 3,4% ab, wobei die Abnahme bei den Handelsdelikten (-12,8%) wesentlich stärker ist als bei den allgemeinen Verstößen gegen das BtMG (-1,2%).

Drogenmärkte

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2007 bis 2008 nur wenig geändert. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen, während der Preis auf Ebene des Straßenhandels marginal gesunken ist. Nach einem leichten Preisrückgang im Vorjahr lag der Preis für Heroin 2008 auf Straßenebene um etwa 2% über dem des Vorjahres. Diese Entwicklung steht im Gegensatz zu einem Rückgang des Heroinpreises auf Großhandelsebene um 7%. Auch die Straßenpreise für Amphetamine und Cannabisharz (die von 2006 nach 2007 leicht zurückgegangen waren), sind im Vergleich zu 2007 leicht gestiegen. Während 2008 der Preis für Kokain auf der Großhandelsebene etwas über dem des Vorjahres lag, ist er auf Straßenebene um 3% gesunken.

Mit gewissen Schwankungen ist seit 1997 der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen kontinuierlich gesunken und lag 2008 durchschnittlich bei 5,4%. Der Wirkstoffgehalt von Heroin im Großhandel steigt seit 2005 kontinuierlich und hat 2008 mit 51,1% den bisherigen Höchstwert erreicht. Im Straßenhandel liegt der Wirkstoffgehalt seit 1999 zwischen 15% und 20% (2008: 18,2%). Der Wirkstoffgehalt von Kokain im Zeitraum von 2000 bis 2005 lag im Straßenhandel 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 2008 wieder auf 40,4% gestiegen. Bei Großmengen variiert der Wirkstoffgehalt seit 1997 nur geringfügig und lag 2008 bei 70,6%

Nachdem sich der mittlere THC-Gehalt im Haschisch von 2005 (8,4%) nach 2006 stark verringerte und mit 6,7% den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre erreichte, stieg er in den letzten beiden Jahren wieder leicht an und lag 2008 bei 7,2%. Von 2007 nach 2008 gab es keine Veränderung des mittleren THC-Gehalts von Marihuana (7,4%). Seit 2006 melden alle teilnehmenden Labore das Marihuana getrennt nach Cannabiskraut und Blütenständen. Die wirkstoffreicheren Blütenstände wiesen 2008 mit 10,5% einen etwas höheren Wirkstoffgehalt auf als 2007 (10,0%).

Sonderkapitel: Cannabismärkte und -produktion

Unter Konsumenten in Deutschland ist Marihuana vor Haschisch das beliebteste und am weitesten verbreitete Cannabisprodukt. Regelmäßige Cannabiskonsumenten geben an, dass die wahrgenommene Kenntnis der Herkunft des Cannabis die wichtigste Voraussetzung beim Erwerb der Droge ist und Distanz zum Handel mit anderen illegalen Drogen gewahrt wird.

Haschisch wird traditionell vor allem in Marokko und anderen Ländern des arabischen Raumes produziert und über die Niederlande und verschiedene Varianten der Balkanroute nach Deutschland importiert. Das in Deutschland erhältliche Marihuana stammt wie in den vergangenen Jahren aus den Niederlanden und in zunehmendem Maße aus inländischen Indoor-Plantagen (vor allem aus dem Eigenanbau). Auch die Produktion von Marihuana in deutschen Großplantagen für den niederländischen Markt hat in den letzten Jahren zugenommen. Unter anderem wegen intensiver Anstrengungen der Polizei- und Zollbehörden in Grenznähe zu den Niederlanden hat der Cannabisanbau mittlerweile aufgrund von Verdrängungseffekten in nahezu allen Regionen Deutschlands an Bedeutung gewonnen.

Während die Menge an Marihuana und Haschisch sowie die Zahl der beschlagnahmten Pflanzen extremen Schwankungen unterliegt, hat sich die Anzahl der Sicherstellungsfälle von Cannabispflanzen (seit 2001) und Marihuana (seit 1998) bis 2008 nahezu verdoppelt. Im selben Zeitraum ist die Zahl der Sicherstellungen von Haschisch stark zurückgegangen. Aktuell scheint in den einzelnen Fällen, in denen Marihuana beschlagnahmt wird, die jeweilige Menge geringer zu sein, als in den Fällen, in denen Haschisch sichergestellt wird.

Die Zahl der Handels- und Konsumdelikte im Zusammenhang mit Cannabis ist seit 2004 rückläufig.

Sonderkapitel: Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger

Belastbare Daten zum Thema Behandlung und Pflege für ältere Drogenabhängige stehen in Deutschland nur für Opioidkonsumenten zur Verfügung. Untersuchungen und Statistiken weisen einen immer größer werdenden Anteil älterer Opioidkonsumenten auf. Seit dem Jahr 2002 ist das Durchschnittsalter der Opioidkonsumenten in Behandlung von 29,2 Jahren auf 32,6 Jahre gestiegen. Maßgeblich entscheidend für diese Entwicklung waren die Einführung schadensminimierender Angebote in der Suchthilfe und die Ausweitung der Substitutionsbehandlung. Die soziale und gesundheitliche Situation älterer Opioidabhängiger ist auch aufgrund zunehmend chronischer weiterer Erkrankungen neben der Abhängigkeitsproblematik problematisch. Bei langjährigen Drogenabhängigen, die über 40 Jahre alt sind, ist oft ein vorzeitiger und beschleunigter Alterungsprozess feststellbar. Der häufig notwendige Pflegebedarf entspricht häufig dem von ca. 15 Jahre älteren nicht drogenkonsumierenden Senioren. Es ist zu erwarten, dass der Alterstrend weiter anhalten wird und ältere Opioidkonsumenten vermehrt zusätzlichen Pflegebedarf aufweisen werden.

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 for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD), the Institute for Therapy Research (Institut für Therapieforschung, IFT), the Federal Centre for Health Education (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) and the German Centre for Addiction Issues (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS). The DBDD 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.

Drug policy: legislation, strategies and economic analysis

Isolated “drug” concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction⁴” 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 its report rendered at the end of 2008, the Board on Drugs and Addiction concludes that the goals set in the area of tobacco and alcohol prevention have been fully achieved, the ones set in the area of cannabis prevention have also, despite some delays, been nearly achieved and the ones set for regular use have been clearly reached. In the field of illicit substances, national policy-making continued focusing in the reporting year 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 outcome of substitution treatment. Moreover, the first findings of a study funded by the Ministry for Health venturing for the first time an estimate of public expenditure for the whole area of “illicit drugs” were presented in 2009 within the framework of congress contributions. A publication of the findings is in print.

Drug use in the population and specific targeted groups

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 com-

pared to studies of previous years. Apart from the statements made on the last 30 days, prevalences found by the most recent Drug Affinity Study (DAS) for the consumption of “illicit drugs“ (total) by the age groups 12-15 years and 18-19 years have declined in comparison with the survey carried out in 2004. These findings are mainly attributable to the decline of cannabis consumption. Only 9.6% of the 12- to 17-year olds and 28.3% of the 12- to 25-year olds reported to have smoked cannabis at least once in their lifetime (2004: 15.1% and 31.1% respectively). Regular cannabis use of teenagers and young adults too has been on the decline according to the findings of the DAS, applying to only 2.3% (2004: 3.1%) of the 12- to 25-year olds in 2008. The 12-months prevalence for cannabis consumption among teenagers in the age group between 12 and 19 years currently lies below 10%. The most recent findings of the school survey carried out within the frame of the Frankfurt Monitoring System Drugs (MoSyD) indicate a continual stagnation of the lifetime prevalence for cannabis consumption and a slight increase in the prevalences of the use of “hard drugs“ among Frankfurt pupils in the reporting year 2008 compared to previous years. 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 that they had tried any illicit drug (cannabis, amphetamine, ecstasy, LSD, cocaine, crack or heroin) once in their lifetime. From 2003 to 2007, lifetime prevalences for cannabis consumption fell from 31% to 25% among the pupils interviewed within the framework of ESPAD. 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 strategy of the Action Plan for Fighting Drugs and Addiction and its implementation prove to be very successful as impressively shown by the most recently collected epidemiological data. The success is, especially in the area of tobacco prevention, mainly attributable to the effective combination of behavioural and condition prevention measures. Tobacco and cannabis consumption were significantly reduced.

However, when looking at the consumption prevalences for alcohol, one gets an ambivalent picture with regard to substance use among teenagers and young adults. On the one hand, the per capita consumption of pure alcohol or alternatively the frequency of binge drinking has declined, while, on the other, hospital admissions due to alcohol intoxication among teenagers have significantly increased. This shows that changing consumption patterns and addictive modes of behaviour should be matched by prevention strategies combining existing activities on the one hand with developing new measures on the other.

Schools remain the most important setting for universal prevention strategies. Commonly used in the meanwhile are also early intervention measures which form part of indicated prevention activities. At present, early intervention measures are mainly used in the area of

⁴ The term “addiction“ no longer refers to a narrow target group, but comprises risky, harmful and addictive consumption.

extensive alcohol consumption among teenagers. In a first step, the target groups of early intervention measures generally receive individual counselling with a view to initiate critical reflection on their extensive consumption behaviour so that, ideally, a significant reduction or cessation of substance use is achieved.

Central approaches to enhance effectiveness and efficiency of addiction prevention are evaluation, networking and transfer. Part of these are also the development of quality standards and the further development of existing quality assurance measures in the prevention of addiction. Within the framework of the experts' conference "Quality in addiction prevention" held in May 2009 by the BZgA together with the *ginko* foundation for prevention, the foundations for a common practice-oriented quality assurance concept in the prevention of addiction were laid.

Problem drug use

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 156,000 persons (1.5 to 2.8 persons per 1,000 inhabitants) in the age group 15-64 years. For problem use in a broader sense, the following figures were found within the framework of the Drug Affinity Study carried out by the BZgA: "regular consumption" of cannabis by the 12- to 25-year olds: 2.3% (2004: 3.1%), by the 12- to 17-year olds: 1.1% (2004: 1.6%).

According to the most recent findings, the high-risk phases for initial substance use and the onset of regular consumption and substance-related disorders (substance abuse and dependence) lie in the second decade of life. Noteworthy is especially that in the majority of all cases, the transfer from initial use to regular use and from initial use to substance use disorders takes place in the first few years after initial use. The shortest transfer period in this context was found for cannabis (in comparison with alcohol and nicotine). Crucial years for the transfer from initial use to substance use disorders are in the age span from 15 to 18 years. A trend analysis of the data from the monitoring system for the abuse of medical drugs between the years 2002 and 2008 shows that the misuse of substitution drugs among patients affected by opioid-related disorders has been on a continual rise.

Pharmacologically-assisted therapy: treatment demand and treatment availability

About half (49.1%; 2007: 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 (32.8%; 2007: 32.5%) suffer primarily from cannabis-related disorders. Cannabis-related cases account for 59.0% (2007: 51.2%) of the first-time clients in addiction therapy, while opioids play a minor role among this population (19.8%; 2007: 27.7%). In about every tenth case, stimulants are the reason for contacting an outpatient addiction counselling facility for the first time. They account for about 7% of all newly admitted and leaving patients. In the inpatient setting, opioids continue to play a predominant role in the area of illicit drugs. As for acute (hospital) treatments, toxicoses caused by sedatives/hypnotics are the reason for

admittance in about one case out of ten. Cocaine or disorders related to the use of stimulants are also the focus of treatment in every tenth case admitted to one of the specialized drug clinics which take part in the German Statistical Report on Treatment Centres for Substance Use Disorders. The number of substitution therapies continued to climb in 2008 reaching 72,200. Substitution therapy offers and demand are still subject to significant regional differences. In May 2009, the *German Bundestag* (lower house of the German Federal Parliament) has passed the “Act on diamorphine-assisted substitution therapy“ by changing the Narcotics Act, the Medical Products Act and the Regulation on the Prescription of Narcotic Drugs to pave the way for the transfer of diamorphine-assisted therapy into regular health care.

Health correlates and consequences

In the year 2008, a total of 6,195 cases of hepatitis C diagnosed for the first time were reported. Intravenous drug use which, in all probability, has a causal connection with the diagnosed hepatitis C infection, accounts for 36% of the cases in which the types of exposition were indicated. All in all, hepatitis C infections among drug users have shown a slightly downward trend over the last years, but still remain one of the central health issues of this group of persons.

In 2008 1,449 people died of drugs. With this, the number of drug-induced deaths has been up again on the previous year after having shown a continual downward trend since the year 2000. The deaths were mostly caused by opioids which were frequently used in combination with other psychotropic substances including alcohol.

Responses to health correlates and consequences

Various authors establish in their most recent publications that treatment of HIV- and hepatitis-C-infections is effective also in IDUs, especially within the frame of a substitution therapy, and therefore should not be withheld from them.

Social correlates and social reintegration

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.

Marked by homelessness and missing regular occupation, the social situation of members of the open drug scene remains very precarious.

Drug-related crime

In the year 2008, a total of 240,000 drug crimes were recorded. Out of them 169,000 were general offences committed against the Narcotics Act and about 56,000 were dealing/trafficking crimes. With this, drug-related crime decreased again by 3.4% with respect to

the previous year, with the decline in dealing/trafficking crimes (-12.8%) being clearly more pronounced than in the general offences committed against the Narcotics Act (-1.2%).

Drug markets

There was little change in the development of drug prices between 2007 and 2008. The wholesale price for marijuana slightly increased relative to the previous year, while at street level the price decreased marginally. After a slight decline in the previous year, the price for heroin at street level in 2008 was about 2% above the price of the previous year. This development is in contrast with a decline in heroin prices at wholesale level of about 7%. Street prices for amphetamines and cannabis resin (which had slightly gone down between 2006 and 2007), also slightly increased in comparison with 2007. While in 2008 the wholesale price for cocaine was somewhat above the one of the previous year, the price at street level declined by 3%.

Despite some variations, the level of active substance in amphetamines has been on a continual decline since 1997 averaging 5.4% in 2008. The concentration of active ingredient of heroin at wholesale level has been continually increasing since 2005 reaching the highest figure on record at 51.1% in 2008. At street level, the concentration of active ingredient has been ranging between 15% and 20% since 1999 (2008: 18.2%). The level of active ingredient of street cocaine was at 40% showing a slightly declining trend between the years 2000 and 2005. After having fallen to the lowest figure since 1997 at 24.6% in 2006, the median concentration of active ingredient increased again to 40.4% in 2008. At wholesale level, the concentration of active ingredient has been varying only slightly since 1997 lying at 70.6% in 2008.

After having strongly declined from 8.4% in 2005 to reach the lowest figure in the previous 10 years at 6.7% in 2006, the median THC-content of hashish slightly increased during the last two years and reached 7.2% in 2008. Between 2007 and 2008 no changes of the median THC-content of marijuana (7.4%) were found. Since 2006 all participating laboratories have been reporting their data discriminating between herbal cannabis and sinsemilla which has a higher concentration of active substance. In 2008, the content of active substance found in the flowering tops was at 10.5% somewhat lower than in 2007 (10.0%).

Selected issue: Cannabis markets and production

Ahead of hashish, marijuana is the most popular and most widely spread cannabis product used in Germany. Regular cannabis users report knowledge about the source of drug to be the most important precondition for purchasing cannabis. They also report that they keep distance to other illicit drugs.

Traditionally, hashish is mainly produced in Morocco and other countries of the Arab region. It finds its way to Germany via the Netherlands and variations of the Balkan route. As in previous years, the marijuana available in Germany stems from the Netherlands and increasingly from indoor plantations in Germany (mainly from home growing). The production of marijuana in large plantations in Germany for the Dutch market has increased over the last years.

As a result of the intensified efforts undertaken by police and customs authorities in the areas close to the Dutch border, cannabis production has moved away from the border regions, gaining in importance countrywide.

While the quantities of marijuana and hashish as well as of the plants seized have been subject to considerable fluctuations, the number of seizures of cannabis plants and marijuana almost doubled (since 2001 for the first and since 1998 for the latter) until 2008. The number of seizures of hashish, by contrast, strongly decreased in the same period of time. At present, the quantities of marijuana seized in the individual cases appear to be smaller than the ones of hashish seized.

The number of trafficking and consumption-related offences in connection with cannabis has been on a downward trend since 2004.

Selected issue: treatment and care of older drug users

Verifiable data on the topic of treatment and care of older drugs users are only available for users of opioids in Germany. Surveys and statistics point to a growing portion of older opioid users. Since the year 2002, the average age of opioid users in treatment has increased from 29.2 to 32.6 years. Crucial for this development have been the introduction of harm-reduction measures offered by drug aid facilities and the expansion of substitution treatment. In addition to problems related to dependency, the situation of older opioid users is, both in social and health terms, problematic also as a result of increasing co-existing chronic diseases. Drug users above 40 years of age display an early and accelerated aging process. Their care requirements often correspond to the ones of 15 year older non-drug-using patients. It is to be expected that the age trend is going to continue, with older opioid users increasingly requiring additional care.

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

1.1 Überblick

1.1.1 Begriffsdefinition

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“⁵-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 Süchte⁶ (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 teilweise 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.

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

⁶ 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.

1.1.2 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.

1.1.3 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. Der überregionale Austausch von Informationen und die Erfassung der Gesamtsituation werden allerdings 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 Psychiatrische Kliniken) ist der Staat selbst Träger von speziellen Hilfen und Angeboten für Personen mit Suchtproblemen. Auch bei der Jugendhilfe sieht das Gesetz eine Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen vor (Sozialgesetzbuch (SGB) VIII).

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

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich

Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Das Betäubungsmittelgesetz enthält alle wesentlichen Vorschriften zum Umgang mit psychoaktiven 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. Amphetamine, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, 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 (SGB)

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 substitutionsgestützte 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.

1.2.2 Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen

Umfangreiche Informationen zur Rechtspraxis und Strafverfolgung waren Gegenstand eines Sonderkapitels des REITOX-Berichtes 2008 sowie einer entsprechenden Veröffentlichung der EBDD. Beide Dokumente sind über die DBDD zu beziehen.

Absehen von der Strafverfolgung

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) räumt in § 31a die Möglichkeit ein, bei so genannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen. Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Allerdings weisen diese Landesregelungen in einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu Schäfer & Paoli 2006).

Grenzwerte für die „geringe Menge“ bei Cannabis und anderen Substanzen

Die meisten Bundesländer haben 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.

In einem Grundsatzurteil vom 03.12.2008 hat der Bundesgerichtshof (BGH) die „nicht geringe“ Menge von Methamphetamin von 30 Gramm Methamphetamin-Base auf 5 Gramm herabgesetzt. Der Senat hielt angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Toxizität des Methamphetamins in den letzten zehn Jahren einen gegenüber der bisherigen Rechtsprechung deutlich geringeren Grenzwert für erforderlich. Im Gegensatz zu einem Landgerichtsurteil hat der Bundesgerichtshof den Grenzwert aber nicht auf fünf Gramm Methamphetaminhydrochlorid sondern auf Methamphetamin-Base festgelegt (siehe ausführlich dazu auch Patzak 2009).

Bereits im April 2007 hat der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil die „nicht geringe Menge“ für Buprenorphin definiert. Damit fügte 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.

Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung⁷

In November 2007 hatte der Bundesrat einen Gesetzentwurf zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in den Deutschen Bundestag eingebracht (BT Drucksache 16/7249), dem im März 2009 ein weiterer Gesetzentwurf folgte (BT Drucksache 16/11515). Beide Gesetzentwürfe zielten darauf ab, die diamorphingestützte Behandlung in die Regelversorgung zu überführen. Zeitgleich wurde ein Antrag auf den Weg gebracht, nach dem zunächst künftige Optionen durch ein neues Modellprojekt zur heroingestützten Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger evaluiert werden sollen (BT Drucksache 16/12238).

Am 28.05.2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ beschlossen, das durch Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes, des Arzneimittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung schafft. Das Gesetz regelt u.a., dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) – unter engen Voraussetzungen – als Betäubungsmittel im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Schwerst opioidabhängigen verschreibungsfähig wird. Das Gesetz wurde anschließend dem Bundesrat zugeleitet und dort am 10.07.2009 im Plenum abschließend gebilligt. Das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung ist am 21.07.2009 in Kraft getreten.

Mit dem Gesetz werden die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten klinischen Arzneimittelstudie umgesetzt, die die Behandlung Schwerst opioidabhängiger mit Diamorphin im Vergleich zu einer Behandlung mit Methadon untersucht hat. Die Studie wurde in sieben Städten durchgeführt. Seit 2008 lagen alle Auswertungen des Bundesmodellprojekts zur diamorphingestützten Behandlung (2001–2007) vor (siehe dazu auch die REITOX-Berichte 2007 und 2008). Dabei erwies sich die diamorphingestützte Behandlung hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Abstinenz bzw. der Verringerung des Konsums, der verbesserten sozialen Integration langfristig als erfolgreiche Therapie schwerstabhängiger Heroinkonsumenten. Dieses Ergebnis wurde durch eine Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23.03.2009 erneut bestätigt. Die große Mehrheit der Stellungnahmen befürwortete, die diamorphingestützte Substitutionstherapie als zusätzliche Behandlungsoption für eine kleine Gruppe schwerstkranker Heroinabhängiger anzubieten.

⁷ Bundesgesetzblatt (2009). Teil I Nr. 41, Bonn: 20.07.2009.

Die Vergabe von Diamorphin an Schwerstabhängige erfolgt zurzeit noch auf Basis von Ausnahmegenehmigungen nach dem Betäubungsmittelgesetz. Ende 2008 wurden ca. 300 Patientinnen und Patienten mit Diamorphin behandelt.

22. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtMÄndV)

Seit Sommer 2008 gab es in Deutschland (und Österreich) zahlreiche Medienberichte, wonach verschiedene Kräutermischungen unter zahlreichen Namen wie „Spice“, „Silver“, „Gold“, „Diamond“, „Sence“, „Yucatan“, „Fire“, „Chill“ oder „X“ im Umlauf seien, die beim Rauchen cannabisähnliche Wirkung hätten. In der Folge berichteten Händler bald Lieferengpässe auf dem deutschen Markt. Die von den Konsumenten beschriebene cannabisähnliche Wirkung konnte sich vor dem Hintergrund der deklarierten Inhaltsstoffe zunächst kein Experte erklären, auch nicht nach ersten toxikologischen Untersuchungen. Anfang Dezember 2008 entdeckte das Frankfurter Institut THC-PHARM ein synthetisches Cannabinoid mit dem Namen „JWH-018“, das den Kräutermischungen offenbar zielgerichtet zugesetzt worden war. Kurz darauf deckte das Institut für Rechtsmedizin der Universität Freiburg zusammen mit dem BKA eine weitere Substanz auf, das synthetische Cannabinoid „CP-47,497“ und sein Homologen. Diese Substanzen stammen aus der Arzneimittelforschung und haben eine vielfach stärkere Wirkung als THC der Cannabispflanze. Noch vor Weihnachten 2008 leitete das Bundesgesundheitsministerium ein Eilverfahren für eine Unterstellung dieser Substanz unter das BtMG ein.

Diese Eilverordnung trat am 22.01.2009 in Kraft. Gleichzeitig wurde auf Antrag des Bundeslandes Bayern festgestellt, dass bestimmte Kräutermischungen auch nicht als zugelassene Arzneimittel nach dem Arzneimittelgesetz gelten und damit der Handel mit ihnen verboten ist. Bereits kurz nach dem Verbot verschwanden die Kräutermischungen aus den Regalen der „Head-Shops“ und auch der Internetvertrieb in Deutschland wurde eingestellt. Ein entsprechendes Expertentreffen auf Einladung der EBDD wurde im März 2009 durchgeführt. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Expertentreffens wurde als internes Arbeitspapier von der EBDD vorbereitet.

23. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtMÄndV)

In der 23. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften⁸ (23. BtMÄndV) wurden die Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) über die Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen erweitert. Vor allem §5 BtMVV wurde in zwei wichtigen Punkten ergänzt: Es wurde eine modifizierte Vertreterregelung geschaffen, um Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärzte besser überbrücken zu können und es wurde die zusätzliche Möglichkeit des Verschreibens eines Substitutionsmittels für bis zu zwei Tage geschaffen, um die durchgehende und flächendeckende Versorgung von Substitutionspatienten (z.B. an Wochenenden) zu gewährleisten.

⁸ Bundesgesetzblatt (2009). Teil I Nr. 15, Bonn: 24.03.2009.

Zudem wurden die Höchstverschreibungsmenge für Fentanyl und die Liste der Substitutionsmittel an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst sowie die Höchstverschreibungsmengen für die Stoffe Modaphenyl und Phenmetrazin gestrichen, da diese Wirkstoffe nicht mehr der Anlage III BtMG unterstellt sind. Die 23. BtMÄndV ist am 25. März 2009 in Kraft getreten.

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination

1.3.1 Nationaler Aktionsplan

Am 25. Juni 2003 hat das Bundeskabinett den "Aktionsplan Drogen und Sucht" als eine fortlaufende Agenda zur Reduzierung der Sucht- und Drogenprobleme in Deutschland beschlossen. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 wurde für die 16. Wahlperiode zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung festgelegt: "Die Drogen- und Suchtpolitik steht weiterhin auf den vier bewährten Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Grundlage ist der geltende Aktionsplan Drogen und Sucht. Die in der EU-Drogenstrategie 2005-2012 niedergelegten Vorgaben zur Angebots- und Nachfragereduzierung werden konsequent umgesetzt."

Die Umsetzung dieses Aktionsplans soll einvernehmlich zwischen dem Bund und den Ländern erfolgen. Daher wurde von Bund und Ländern gemeinsam im Jahr 2004 der Drogen- und Suchtrat (DSR) ins Leben gerufen und im Oktober 2005 durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung einberufen. Der DSR soll die Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht begleiten. Er hat die Aufgabe, die im Aktionsplan Drogen und Sucht festgelegten Ziele und Maßnahmen zu beraten, ihre Umsetzung zu begleiten, die Ergebnisse der Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung zu überprüfen und Vorschläge zur Umsetzung und Weiterentwicklung zu unterbreiten.

Der DSR trat Anfang 2006 zu seiner Neukonstituierung zusammen und verabschiedete sein Arbeitsprogramm. Dabei einigte man sich auf folgende Schwerpunkte: „Die übergeordnete Zielsetzung des „Aktionsplans Drogen und Sucht“ ist die Reduzierung des Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sowie die Verringerung von stoffungebundenen Süchten, da hiermit auch eine Verringerung der mit dem Konsum und Konsumverhalten verbundenen gesundheitlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Risiken und Probleme verbunden ist.

Der DSR setzt sich aus Vertretern der gesellschaftlich relevanten Gruppen und Institutionen zusammen, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und an Hilfen für Suchtkranke beteiligt sind. Die Schwerpunkte der Arbeit des Drogen- und Suchtrates werden von ihm selbst festgelegt. In der Sitzung vom 6. März 2006 beschloss der Drogen- und Suchtrat sein Arbeitsprogramm für die 16. Legislaturperiode.

Der DSR hat eine Reihe von Arbeitsschwerpunkten festgelegt und mittels repräsentativer durch die BZgA durchgeführter Erhebungen unter 12-25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen evaluiert. Zu den Ergebnissen dieser Evaluation vgl. Abschnitt 1.3.2 (Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans).

Speziell mit einem Fokus auf die deutsche Politik im Umgang mit Heroin haben Vogt & Schmid (2008) kürzlich einen Beitrag veröffentlicht, der einen Überblick über die Entwicklung der Heroinpolitik in Deutschland sowie die Entstehung und Erweiterung der rechtlichen Grundlagen sowohl der Strafverfolgung als auch der Behandlungsangebote (Substitutionsbehandlung) gibt. Darüber hinaus beschreiben sie das deutsche Heroinprojekt im Kontext vergleichbarer Projekte in Europa sowie dessen Ergebnisse und Implikationen für die Heroinpolitik. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es nötig sein wird, die Wirksamkeit und Qualität der heroingestützten Behandlung weiter zu prüfen, um z.B. zu klären, für welche Gruppen von Personen sich diese Behandlungsform am besten eignet oder ob diese Behandlung auch bei noch nicht schwerstabhängigen Personen erfolgreicher ist als die Behandlung mit Methadon oder einem anderen Arzneimittel. Darüber hinaus identifizieren die Autoren noch weiteren Forschungsbedarf z.B. hinsichtlich qualitativer Studien oder Langzeitstudien, die z.B. besseren Aufschluss über den Zusammenhang von Kriminalität und Drogenabhängigkeit geben könnten. Voraussagen, in welche Richtung die weitere Entwicklung der politischen Debatte um die Drogenpolitik auf nationaler und europäischer Ebene gehen wird, seien nach Ansicht der Autoren zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber schwierig, da aus ihrer Sicht nach zwei Jahrzehnten eines liberaleren und rationaleren Kurses an unterschiedlichen Stellen Hinweise auf eine Bewahrung des status quo oder sogar einer zunehmenden Repression zu beobachten seien.

1.3.2 Implementierung und Evaluation des nationalen Aktionsplans

Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht

Der jährliche Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde im Mai 2009 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Drogen- und suchtpolitischer Schwerpunkt des Jahres 2008 und des ersten Halbjahrs 2009 waren die nationalen Aktionsprogramme zur Tabak- und zur Alkoholprävention. Erste Vorschläge für nationale Aktionsprogramme zur Tabak- und Alkoholprävention wurden der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom Drogen- und Suchtrat in seiner Sitzung am 9. Juni 2008 vorgelegt und lösten eine breite öffentliche und kontroverse Diskussion über die angemessenen und effektiven sowie politisch durchsetzbaren Mittel der Prävention aus.

Nach dem Erfolg des Jahres 2007 fand 2009 erneut eine wiederum sehr erfolgreiche Aktionswoche Alkohol unter dem Motto „Alkohol? Kenn Dein Limit!“ statt. Mehr als 2.500 Veranstaltungen haben in ganz Deutschland stattgefunden. Verbände der Suchtprävention und Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe, der Gesundheitsförderung und medizinischen Versorgung, Städte und Gemeinden mit ihren Gesundheits-, Jugend- und Sozialverwaltungen, Sportvereine und Betriebe, Kirchengemeinden, Apotheker und Ärzte, sind gemeinsam mit der Frage „Ist Dein Alkoholkonsum im grünen Bereich?“ auf die Bevölkerung zugegangen.

Nach wie vor unterstützt das BMG gemeinsam mit der Drogenbeauftragten Bemühungen, neue Wege und Lösungen für die Behandlung und Prävention von Medikamentenabhängigkeit zu finden. Eine vom BMG geförderte Studie „Motivierende Intervention bei Medikamen-

tenabhängigen im Krankenhaus“ (MIMIK) wurde 2008 abgeschlossen. Sie bestätigte, dass bei bestimmten Patientengruppen eine Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgreich genutzt werden kann, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Das vom BMG geförderte Projekt PHAR-MON ist ein Monitoring-System, das deutschlandweit den missbräuchlichen und abhängigen Konsum von Arzneimitteln unter Klientinnen und Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen erfasst. Daten aus PHAR-MON gehen auch in die jährlichen REITOX-Berichte ein.

In Deutschland ist 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnung in Kraft getreten. Ziel der neuen Regelungen ist die Bekämpfung krimineller Strukturen beim Handel mit Dopingsubstanzen, die vielfach international vernetzt über die deutschen Grenzen operieren. Die Bundesregierung wird im Jahr 2012 einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorlegen. Im Jahr 2008 hat die Bundesregierung mit zahlreichen Maßnahmen zur Bekämpfung des Dopings die Organisationen des Sports unterstützt und sowohl im Bundesministerium des Innern (BMI) als auch im Bundeskriminalamt (BKA) eigene Arbeitseinheiten zur Dopingbekämpfung bzw. zum illegalen Arzneimittelhandel eingerichtet. Auch im Breiten- und Freizeitsport muss der Medikamentenmissbrauch zur Leistungssteigerung mehr Beachtung finden. Um das genaue Ausmaß des Medikamentenmissbrauchs im Freizeit- und Breitensport zu ermitteln, wurde das Robert Koch-Institut 2009 beauftragt, eine repräsentative Untersuchung zu erstellen. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2010 vorliegen.

Deutsches Suchtforschungsnetz

2001 wurde in Deutschland ein Schwerpunkt Suchtforschung initiiert, der in der zweiten Förderperiode bis 2008 gefördert worden ist. In vier Forschungsverbänden, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 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, führen die gebildeten Netzwerke auch weiterhin gemeinsame Forschungsaktivitäten durch und erschließen neue Finanzierungsmöglichkeiten. Eine Reihe von Ergebnissen, die in diesem REITOX-Bericht vorgestellt werden sowie die zugehörigen Publikationen entstammen den im Rahmen der Forschungsverbände durchgeführten Projekten oder deren Anschlussvorhaben.

Evaluation des nationalen Aktionsplans

In seinem Arbeitsprogramm für die 16. Legislaturperiode (vgl. 1.3.1) hat der DSR konkrete Arbeitsschwerpunkte festgelegt und mittels repräsentativer durch die BZgA durchgeführter Erhebungen unter 12-25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluationen hat der DSR in seinem Arbeitsbericht von 2006 bis 2008 zusammenfassend dargestellt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008):

- Ziel: Die Raucherquote bei Jugendlichen (12-17 Jahre) sollte bis 2008 auf unter 17% sinken. Sie war zwischen 2001 und 2005 bereits von 28% auf 18% zurückgegangen.
Ergebnis: Im Jahr 2008 lag die Quote rauchender Jugendlicher insgesamt bei 15,4%. Das gesetzte Ziel wurde erreicht und nähert sich der in der Nachhaltigkeitsstrategie⁹ der Bundesregierung bis 2015 gesetzten Zielmarke von unter 12%.
- Ziel: Die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken sollte von 20% auf unter 18% bis 2008 gesenkt werden.
Ergebnis: Nach einem vorübergehenden Rückgang (nach Einführung einer Sondersteuer auf so genannte Alkopops) des Anteils der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, die im letzten Jahr mindestens einmal wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken haben, war im Jahr 2007 ein erneuter Anstieg (auf 21,6%) zu beobachten und das Ausgangsniveau von 2004 (21,2%) wurde wieder erreicht. Dieser Anstieg ist wieder kompensiert worden. Im Jahr 2008 konsumierten 17,4 % der Jugendlichen wöchentlich Alkohol. Die Zielsetzungen der Reduzierung des Konsums alkoholischer Getränke und von Alkopops wurden 2008 erreicht, trotz des nicht ebenso deutlichen Rückgangs des teilweise exzessiven Rauschtrinkens bei einem Teil der Jugendlichen, was weiterhin große Anstrengungen in der Alkoholprävention erforderlich macht.
- Ziel: Die Quote von Cannabiskonsumenten sollte von über 31% Probierern im Jahr 2004 in den Altersgruppen der 12- bis 25-Jährigen bis 2008 auf unter 28% gesenkt werden. Der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten sollte in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bis zum Jahr 2008 im bundesweiten Durchschnitt auf unter 3% zurückgehen.
Ergebnis: In der Gruppe der 12- bis 25-jährigen ist die Lebenszeitprävalenz von 2004 bis 2008 statistisch bedeutsam gesunken und beträgt 28,3%. Der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren, die im letzten Jahr regelmäßig Cannabis konsumiert haben (mehr als zehnmal), ist statistisch bedeutsam von 3,1% im Jahr 2004 auf 2,3% im Jahr 2008 gesunken. Bedeutsam ist der deutliche Rückgang der regelmäßigen Cannabiskonsumenten. Der Probierkonsum ist ebenfalls zurückgegangen. Die gesetzten Ziele konnten erreicht werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008).

Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

- Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention in Berlin
Seit Oktober 2008 führt der Berliner Träger Fixpunkt e.V. ein Pilotprojekt zur Hepatitis-C-Prävention durch. Die finanzielle Förderung erfolgt aus Modellmitteln des BMG, das Land Berlin finanziert die wissenschaftliche Begleitung, die vom Zentrum für Interdisziplinäre

⁹ Mit dem Titel "Perspektiven für Deutschland" legte die Bundesregierung 2002 eine Strategie zur nachhaltigen Entwicklung vor. Das Konzept war die nationale Antwort auf die "Agenda 21"- ein Aktionsprogramm, das die Vereinten Nationen 1992 auf dem Weltgipfel in Rio verabschiedet hatten. Neben Maßnahmen und Projekten enthält die Strategie politische Leitlinien einer nachhaltigen Entwicklung. 21 Indikatoren messen und erfassen die Fortschritte. Eines der sechs Gesundheitsziele innerhalb der Nachhaltigkeitsstrategie lautet "Tabakkonsum reduzieren". Regelmäßige Berichte informieren über die Ergebnisse und setzen neue Schwerpunkte. Die Bundesregierung hat die nationale Nachhaltigkeitsstrategie aufgegriffen und entwickelt sie fort.

Suchtforschung (ZIS) in Hamburg durchgeführt wird. Ziel ist es insbesondere junge Drogenkonsumenten, die noch nicht intravenös konsumieren, zu erreichen und sie über die Risiken einer Infektion aufzuklären bzw. den intravenösen Konsum möglichst zu verhindern (www.fixpunkt.org).

- INCANT

Für Deutschland nimmt der „Therapieladen“ in Berlin am Forschungsprojekt INCANT teil. Für diese Studie konnten ausreichend jugendliche Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten der Altersgruppe der 13-18-Jährigen rekrutiert werden. Erste Zwischenergebnisse der Studie lassen darauf schließen, dass die kürzere, aber wesentlich intensivere Arbeit im Rahmen der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) gegenüber dem normalen Therapieangebot überlegen ist. Insbesondere die Einbeziehung und Unterstützung der Eltern und anderer Familienmitglieder erweist sich als besonders wichtig für den Erfolg. Bis zum Dezember 2008 konnten durch den „Therapieladen“ $n=106$ Jugendliche/Familien in die Studie aufgenommen werden. Ergebnisse zur europäischen Studie werden für den Sommer 2010 erwartet (www.incant.de bzw. www.incant.eu).

- Transfer des Cannabisausstiegsprogramms „Quit the Shit“

Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de nutzbar und wurde im Rahmen eines Modellprojekts erfolgreich in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert (siehe dazu auch die REITOX-Berichte 2007 und 2008). Die zweite Transferphase wurde im Sommer 2009 abgeschlossen und die Implementierung eines qualitätsgesicherten regionalen Netzwerks „quit the shit“ in aktuell sieben Bundesländern wurde initiiert (www.drugcom.de).

- 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. 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 ca. 150 Sucht- und Drogenberatungsstellen in das nationale Netzwerk „Realize it“ integriert werden konnten (siehe dazu auch die REITOX-Berichte 2007 und 2008). Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Transfers von „Realize it“ werden Anfang 2010 erwartet (www.realize-it.org).

- Transfer der CANDIS-Therapie

Im Rahmen der in den Jahren 2007 bis 2009 von der TU Dresden durchgeführten multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie „Implementierung der gezielten Therapie für Cannabisstörungen ‚CANDIS‘ in das ambulante deutsche Suchthilfesystem“ wird überprüft, wie wirksam das modulare Behandlungskonzept CANDIS unter den realen Bedingungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist. Per Zufallsverfahren wurde entschieden, ob die Patienten sofort mit der standardisierten, manualisierten CANDIS-Einzeltherapie beginnen konnten (Standardtherapie; Ziel: $n=150$) oder nach 8 Wochen

Wartezeit (Wartekontrollgruppe; Ziel: n=150). Mit allen Patienten werden drei und sechs Monate nach der Therapie Nachuntersuchungen durchgeführt. Insgesamt 11 Einrichtungen aus den Städten München, Stuttgart, Dresden, Bautzen, Hannover, Braunschweig, Osnabrück, Münster, Hamburg und Berlin beteiligten sich am Modellprojekt. Seit Mai 2009 ist die Implementierungsphase abgeschlossen, aktuell erfolgt die Dateneingabe und –auswertung. Erste Zwischenergebnisse implizieren, dass das CANDIS-Programm insgesamt sehr positiv in der ambulanten Suchtkrankenhilfe aufgenommen wird. Die Klienten zeigen ein großes Interesse an der strukturierten Kurzintervention. In der 12-monatigen Feldphase konnten n=394 Teilnehmer im Alter von 16 bis 63 Jahren in die Studie eingeschlossen werden (ST, n=254; WKG, n=140). Eine im Studienverlauf durchgeführte Prozessevaluation belegt ebenfalls, dass die überwiegende Mehrzahl der teilnehmenden Studientherapeuten und Einrichtungsleiter das Programm als große Bereicherung und Erweiterung ihres aktuellen Angebots einschätzt. Die abschließenden Ergebnisse der Studie liegen im Herbst 2009 vor (www.candis-projekt.de).

- **Projekt „AVerCa“**
Das Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und der LWL-Koordinationsstelle Sucht „AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismisbrauchs“ soll die Arbeit mit und den Zugang zu jugendlichen Cannabiskonsumenten erleichtern. Inhaltlich ist „AVerCa“ in zwei Module gegliedert: Eine internetgestützte Arbeitsplattform für Mitarbeiter, Einrichtungen und Träger enthält Good-Practice-Arbeitsmaterialien. Außerdem wurde untersucht, welche sekundärpräventiven Angebote und Programme die Eltern jugendlicher Cannabiskonsumenten besonders gut erreichen. Die Bestandsaufnahme macht deutlich, dass nur punktuell Interventions- und Unterstützungskonzepte für Eltern auffällig gewordener junger Cannabiskonsumenten/innen zur Verfügung stehen (www.averca.de)
- **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 (14-21 Jahre) mit problematischem Cannabiskonsum. Eine erste Durchführung im Rahmen einer Pilotuntersuchung ergab positive Rückmeldungen der Teilnehmer. 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.
- **Längerfristige Effekte der Substitutionsbehandlung: PREMOS**
Aufbauend auf den Ergebnissen der COBRA-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments), 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 Substituti-

on Treatment) wird auf Grundlage einer bundesweit repräsentativen klinisch-epidemiologischen Studie der klinische, psychopathologische, soziale und substanzbezogene Verlauf und Outcome von mehr als 2.600 Patienten aus 223 Einrichtungen längsschnittlich über bis zu fünf Jahre untersucht und beschrieben. Erste Ergebnisse werden noch in 2009 erwartet (www.premos-studie.de).

- **Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker: FAIRE**
Seit Ende 2006 (bis Oktober 2009) arbeitet die Fachstelle FAIRE 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. Seit Oktober 2008 unterstützt das BMG gemeinsam mit dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern darüber hinaus den Transfer von FAIRE in Mecklenburg-Vorpommern (www.fachstelle-faire.de).
- **FreD goes net**
Unter dem Titel „FreD goes net“ wird gegenwärtig das deutsche Modellprojekt „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – FreD“ (vgl. dazu auch die vergangenen REITOX-Berichte) in 17 Länder der EU transferiert. Um „FreD goes net“ auch in anderen Ländern der EU zu implementieren, werden neben den landesspezifisch getroffenen Kooperationsvereinbarungen in einem ersten Schritt die Fachkräfte der am Projekt beteiligten Länder für die Durchführung der Kurse geschult. Danach erfolgt die Erprobung des europäischen Curriculums. Zum Ende der Projektlaufzeit sollen dann in einem weiteren Schritt alle interessierten europäischen Fachkräfte bisher nicht beteiligter Länder in zwei Transferveranstaltungen zu den Inhalten und Strukturen trainiert werden. „FreD goes net“ wird zwischen November 2007 bis Oktober 2010 von der LWL-Koordinationsstelle Sucht unter wissenschaftlicher Begleitung der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) durchgeführt und sowohl von der Europäischen Kommission als auch den teilnehmenden Mitgliedsstaaten und dem BMG gefördert (http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/FreD/fred_goes_net/).
- **Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund**
Mit dem Ziel, eine kultursensible Suchthilfe zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, läuft im Rahmen einer vom BMG finanzierten Förderinitiative seit Frühsommer 2009 für drei Jahre das Vorhaben „transVer-sucht“. Neben sechs regionalen Modellprojekten, in denen exemplarisch zielgruppengerechte Ansprache und Maßnahmengestaltung erprobt und evaluiert werden sollen, beinhaltet die Förderinitiative ein wissenschaftliches Begleitvorhaben, das von der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) in Zusammenarbeit mit FTK – Fortbildung transkulturell in Freudenstadt durchgeführt wird. Darüber hinaus wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, der das Modellvorhaben unterstützt. Die geförderten Projekte (in Berlin, Cloppenburg, Köln, Leipzig, Nürnberg und Warstein) realisieren in sehr unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum von Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen. Voraussichtlich ab Mitte November stehen weitere ausführliche Informationen unter www.transVer-sucht.de zur Verfügung.

- **Modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtblasteten Familien**
Seit 2008 wird gemeinsam durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW und das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf das Projekt "Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchtblasteten Familien - Eine prospektive randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie" durchgeführt, das ebenfalls vom BMG gefördert wird. Ziel dieser prospektiven Multicenter-Studie ist eine randomisiert-kontrollierte Überprüfung der Wirksamkeit eines modularisierten Präventionsprogramms mit dem Namen „Trampolin“ für Kinder aus suchtblasteten Familien zwischen 8 und 12 Jahren. Der Fokus der Studie bezieht sich auf die direkte präventive Arbeit mit den betroffenen Kindern. Das modulare Präventionskonzept soll die psychische Belastung der Kinder aus suchtblasteten Familien reduzieren, ihre Handlungs- und Bewältigungskompetenzen stärken und eine dauerhafte Erhöhung der Ressourcen und Resilienzen der Kinder erreichen. Darüber hinaus werden auch begleitende Elternarbeit sowie Vernetzungsaktivitäten der Fachkräfte als Projekt-elemente berücksichtigt. Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt drei Jahre und besteht aus einer einjährigen Konzeptentwicklungsphase und einer zweijährigen Feldphase mit experimenteller Wirksamkeitsüberprüfung des modularisierten Präventionskonzepts. Ab November 2009 wird „Trampolin“ erstmals im Hamburger Verein Such(t)- und Wendepunkt e.V. und ab Februar 2010 an ungefähr 20 Beratungsstellen in Deutschland erprobt und wissenschaftlich untersucht (www.projekt-trampolin.de).
- **EU Projekt Senior Drug Dependents and Care Structures (SDDCARE)**
Das Projekt SDDCARE (www.sddcare.eu) vereint Forschung und Praxis aus vier europäischen Ländern zur Klärung von Fragen über die Lebenssituation und die Gesundheit älterer drogenabhängiger Frauen und Männern und zur Erarbeitung von Grundlagen für ihre Versorgung im Alter. Zentrale Projektziele beinhalten die Erarbeitung von Grundlagenwissen zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage älterer Drogenabhängiger sowie ihrer objektiven und subjektiven Versorgungsbedürfnisse. Darüber hinaus werden praxisrelevante Konzepte und Richtlinien zur Implementierung von ambulanten und stationären Einrichtungen für diese Zielgruppe erarbeitet. Das Projekt wird von Januar 2008 bis Ende Juni 2010 von der Europäischen Kommission und dem BMG gefördert. (Vergleiche dazu auch ausführlich Kapitel 12 in diesem REITOX-Bericht).
- **EU-Projekt DRUID**
Die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt, www.bast.de) ist Konsortialführer eines Projekts der Europäischen Kommission mit 37 Partnern zum Thema "Alcohol, Drugs, Medicines and Driving" (Laufzeit: 2006-2010). 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 (für weitere Informationen vgl. letzte REITOX-Berichte und unter www.druid-project.eu).

Aktivitäten der Bundesländer

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 Bundesländer. Alle Bundesländer 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 Bundesländer verfügen über ein gut ausgebautes Netz zur Versorgung der Klienten mit Suchtproblemen, das auf den Säulen Prävention, Behandlung und Nachsorge basiert. Die flächendeckenden Angebote beziehen sich auf die Prävention, ambulante Suchtberatung, qualifizierte Entgiftungseinrichtungen, Entwöhnungsbehandlungen und Adaptionseinrichtungen, komplementäre Angebote (niedrigschwellige Einrichtungen, Tagesstätten, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, ambulant betreutes Wohnen, Jugendwohnheime, sozialtherapeutische Übergangwohnheime, Heime für Wohnungslose), andere spezifische Angebote (Pflegerheime und Maßregelvollzug) und die Suchtselbsthilfe. Die überwiegende Mehrheit der Versorgungseinrichtungen arbeitet im Sinne eines integrativen Arbeitsansatzes (legale und illegale Substanzen, pathologisches Glücksspiel, Probleme mit der Nutzung von Computern oder dem Internet, Essstörungen, etc.), der ggf. um spezifische Ansätze für bestimmte Zielgruppen ergänzt wird. In der Präventionsarbeit mit Risikogruppen haben sich neben lokalen Ansätzen auch bundesweit verfügbare Projekte wie Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FreD) oder die Umsetzung des Interventionsprogramms „Realize it“ auch in den Bundesländern bewährt.

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 erstauffälligen Drogenkonsumierenden.

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurde das Cannabis-Präventionsprogramm „Stark statt breit“ von der GINKO-Stiftung für Prävention entwickelt (www.stark-statt-breit.de). Das Programm soll dazu beitragen, den Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu reduzieren und Konsumenten zur Aufgabe ihres Cannabiskonsums zu motivieren. Die modular aufgebauten Angebote umfassen frühe Präventionsmaßnahmen, Schule und Jugendarbeit, kulturpädagogische Aktionen, Informationsmaterialien sowie Handlungsanleitungen für Eltern und pädagogische Fachkräfte. Darüber hinaus richten sich landesweite Postkarten-Informationen zur Verkehrssicherheit an junge Führerscheininhaber sowie Bewerber und unterstützen örtliche Maßnahmen zur Verhinderung des Cannabiskonsums im Straßenverkehr. Dabei wurden die bereits auf Bundesebene erfolgreich erprobten Beratungsangebote bzw. Hilfestrategien, z.B. „FreD“, „Realize it!“ und „Quit the shit“ integriert.

Für das Bundesmodellprojekt „FreD“ (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) bietet die LWL-Koordinationsstelle Sucht seit Januar 2009 Zertifikatskurse zum „FreD-Trainer“ an. Die Qualifikation kann entweder über fünftägige Ausbildung oder für erfahrene Fachkräfte in einem eintägigen Update absolviert werden. Das Projekt „FreD“ wurde bereits in früheren Reitox-Berichten beschrieben.

In Berlin wurde das Netzwerk Frühintervention mit unterschiedlichen Bausteinen - von „FreD-Kursen“ bis zur Kurzintervention „Realize it“ - in das bestehende System der Suchthilfe implementiert. Es richtet sich mit unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten in erster Linie an Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten. Derzeit wird ein neuer Baustein „Break“ für junge Menschen mit problematischem Alkoholkonsum implementiert. Ein wesentlicher Bestandteil des Netzwerkes Frühintervention stellen die Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Drogenberatungsstellen dar.

2008 wurde in Berlin eine Capture-Recapture Studie zur Schätzung der Prävalenz Opioidabhängiger durchgeführt. Das endgültige Ergebnis liegt noch nicht vor. Die Studie wird im Rahmen eines Masterstudienganges für Epidemiologie an der Berlin School of Public Health in Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut durchgeführt.

In 2007 wurden in Berlin mittels der Daten der Suchthilfestatistik insbesondere die Daten der Patienten in Substitution und die Daten der Klientel mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose in der ambulanten und stationären Betreuung analysiert. Demnach liegt in Berlin der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose für Cannabisstörungen (15% im ambulanten und 16% im stationären Bereich) höher als im Bundesdurchschnitt.

In Sachsen hat im April 2009 das Modellprojekt „Aufsuchende Straßensozialarbeit für erwachsene Drogenabhängige“ im Rahmen des Aktionsprogramms zur Verbesserung des

Hilfesystems und der Erhöhung der Sicherheit im Leipziger Osten begonnen. Darüber hinaus ist im Frühjahr 2009 der erste Sächsische Drogen- und Suchtbericht erschienen, der im Wesentlichen eine umfassende Situationsbeschreibung darstellt. Die Formulierung künftigen Handlungsbedarfes wird Inhalt des Suchthilfeplanes sein, der derzeit durch die Technische Universität Dresden als Entwurf erarbeitet wird.

In Sachsen-Anhalt sind im Mai 2009 die Ergebnisse der Studie MODRUS IV (Moderne Drogen- und Suchtprävention) vorgestellt worden. Die Ergebnisse der Studie sind unter <http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=1076> abrufbar und werden in Auszügen auch in Kapitel 2.3 (Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen) berichtet.

Das Suchtpräventionsprojekt Mindzone aus Bayern hat im August 2009 eine neue Informationsbroschüre zum Thema "Naturdrogen" aufgelegt, die die Risiken und Wirkungsweisen verschiedener Naturdrogen beschreibt und darüber hinaus Ratschläge für den Drogenotfall beinhaltet. Die Informationen wenden sich speziell an Konsumenten von Naturdrogen und sollen ausschließlich sekundärpräventiven Zwecken dienen. Interessierte Fachkräfte können die Broschüre über <http://www.mindzone.info/kontakt/> bestellen.

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 illegalen Drogen stehen insbesondere die legalen und gesellschaftlich akzeptierten Drogen Nikotin und Alkohol im Vordergrund der Präventionsaktivitäten. Seit 2006 wurde der Präventionsbereich um das Thema „Bekämpfung des Pathologischen Glücksspiels“ erweitert. Hauptaugenmerk im Rahmen der Entwicklung von Maßnahmen und Medien ist die systematische Ansprache der relevanten Zielgruppen in ihrer jeweiligen Lebenswelt. Nachfolgend sollen zwei Maßnahmen aus dem Jahr 2008 vorgestellt werden, die einen kleinen Ausschnitt der suchtspezifischen Präventionsaktivitäten der BZgA darstellen:

- Bundesweiter Wettbewerb „Team 2011“ im Kontext der Frauen-Fußball WM 2011 in Deutschland
Die BZgA beteiligt sich als Premiumpartner an dem bundesweiten Wettbewerb „Team 2011“ im Vorfeld der WM 2011. Über diesen Wettbewerb werden 35.000 Schulen und 27.000 Vereine in ganz Deutschland aufgefordert sich an dem Wettbewerb, bestehend aus 4 Bausteinen, zu beteiligen. Im Rahmen dieses Wettbewerbs wird die BZgA flächendeckend Sportvereine und Multiplikatoren in Vereinen sowie Schulen im Primarbereich und Sekundarstufe 1 ansprechen. Die Zielgruppe soll insbesondere für das Thema *Frühe Suchtvorbeugung durch Multiplikatoren für Kinder in wichtigen Lebensphasen* sensibilisiert werden. Diese Wettbewerbsform ermöglicht eine Durchdringung, die sonst nur mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand zu erreichen wäre.
- Fachtagung Qualität in der Suchtprävention
Im Rahmen der zweitägigen Fachkonferenz Qualität in der Suchtprävention standen die Aspekte Qualitätssteigerung suchpräventiver Maßnahmen und die Förderung der Wirk-

samkeit von Suchtprävention auf kommunaler Ebene und Länderebene im Mittelpunkt des Interesses. Neben der Präsentation aktueller suchtpreventiver Standards und der Förderung des Transfers dieser Standards wurden grundlegende Informationen vermittelt und good-practice-Ansätze vorgestellt. Als Ergebnis der Konferenz wurde im Rahmen von Workshops die Grundlage für ein gemeinsames praxisorientiertes Konzept der Qualitätssicherung in der Suchtprävention geschaffen.

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 Juni 2008 fand unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (DG-Suchtpsychologie) sowie unter Mitwirkung der Suchtforschungsverbände der 1. Deutsche Suchtkongress statt, der von mehr als 500 Teilnehmenden besucht worden ist.
- Im November 2008 hat die DHS in Kooperation mit zahlreichen Vertretern des deutschen Suchthilfesystems eine Fachkonferenz zum Thema „Sucht, Abhängigkeiten, exzessives Verhalten – Zustände und Zuständigkeiten“ veranstaltet, die insbesondere auf den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis abzielte. Im Rahmen dieser Fachtagung wurde auch ein Symposium zum Thema „Ergebnisse aus den Suchtforschungsnetzen – Alles für die Katz?“ angeboten.
- Im März 2009 trafen sich auf Einladung der Drogenbeauftragten in mehreren Gesprächen Vertreterinnen von Fraueninitiativen, Vertreterinnen und Vertreter der chemischen Industrie und von Bundesbehörden sowie Sucht- und Rechtsmediziner, um sich über den Stand der Erkenntnisse zum Missbrauch von GBL und BDO auszutauschen. In diesen Gesprächen wurde ein Überblick über den Stand der Erkenntnisse zum Missbrauch von GBL und BDO als Substanz zum bewussten Eigenkonsum und als Raub- und Vergewaltigungsdroge vermittelt. Trotz des Wissens darüber, dass GBL in Deutschland (mit erheblichen regionalen Unterschieden) als Droge konsumiert wird, gibt es keine validen Daten über die Verbreitung. GBL ist in Deutschland relativ leicht verfügbar, weil es in der Industrie in sehr großen Mengen hergestellt und verwendet wird. Durch ein funktionierendes Monitoringsystem der chemischen Industrie ist der Handel mit GBL und BDO – trotz bestehender Lücken - weitgehend unter Kontrolle. Es existieren nur wenige aktenkundige Fälle zu Übergriffen mit K.O.-Tropfen, es ist allerdings von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen. Voraussichtlich 2010 wird in Deutschland ein neues Testverfahren auf den Markt kommen, das jedem rechtsmedizinischen Institut ermöglicht, auf einfachem Wege die Substanzen nachzuweisen.

- Unter dem Titel „Strukturen und Prozesse der europäischen Sucht- und Drogenpolitik – Mehrwert für die EU-Mitgliedsstaaten?“ hat das BMG am 29. Januar 2009 eine Tagung in Berlin durchgeführt, an der zahlreiche Experten des Bundes, der Länder und Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, Vertreter der EU-Kommission, der EBDD und anderen Mitgliedsstaaten teilgenommen haben. Viele Teilnehmer sprachen sich für einen integrierten Ansatz der Sucht- und Drogenpolitik auch auf EU-Ebene aus, was spezifische Maßnahmen etwa im Bereich der Angebotsreduzierung bei illegalen Substanzen nicht ausschließe.
- In 2008 wurden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer 2007 gemeinsam von der EBDD und DBDD durchgeführten Fachtagung zu dem Thema „Cannabis – Neue Ansätze in Prävention und Behandlung“, die bereits im letzten REITOX-Bericht beschrieben wurde, veröffentlicht (Pfeiffer-Gerschel & Simon 2008).

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. Deutschland ist auch ein aktiver Partner der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND). 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 2009). Neben der Drogenbeauftragten vertreten die zuständigen Fachreferate unterschiedlicher Ministerien (Innen-, Gesundheitsministerium, Auswärtiges Amt) oder Experten aus anderen Bereichen Deutschland in europäischen und internationalen Gremien. Auch im „Drogenforum der Zivilgesellschaft“ (Civil Society Forum on Drugs) der Europäischen Kommission arbeiten deutsche Vertreter aktiv mit.

Auf einem hochrangigen Treffen (High Level Segment) im Rahmen der 52. CND im März 2009 verabschiedeten hochrangige Vertreter von über 130 Mitgliedsstaaten eine neue Politische Erklärung zur Ausrichtung der künftigen UN-Drogenpolitik. Diese Erklärung formuliert die zukünftigen Ziele und Grundsätze der Drogenpolitik sowie die zukünftigen Prioritäten in den einzelnen Aktionsbereichen.

Im Berichtszeitraum fanden und finden darüber hinaus bilaterale Kooperationen zum Thema Drogen und Sucht mit Lettland, Rumänien und der Türkei (Twinningprojekte) sowie im Rahmen weiterer internationaler Projekte mit zahlreichen anderen Ländern (z.B. Projekt DRUID, oder „FreD goes Net“) statt, in denen deutsche Experten mit Kollegen aus anderen Ländern innerhalb und außerhalb der EU zusammenarbeiten.

Weitere aktuelle Informationen zur internationalen Zusammenarbeit finden sich im Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2009).

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik

Versorgungssystem

Im Dezember 2008 ist das „gemeinsame Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ der Deutschen Rentenversicherung und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Kraft getreten, das auf der zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern geschlossenen Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ aus dem Jahr 2001 aufbaut. Es beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ambulanten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Im Vergleich zu den Anlagen 1 und 3 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ wird detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Frequenz, personelle, räumliche und apparative Ausstattung, Vernetzung und die Qualitätssicherung eingegangen (siehe dazu auch: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

1.3.4 Koordinierung

Die Koordinierung 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, da auch hier ein sowohl vertikaler als auch horizontaler Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Bundes- sowie Landesministerien statt findet. Dem DSR angegliedert ist die Arbeitsgruppe „Deutsche Suchthilfestatistik“, die dem Ausbau und der Optimierung der statistischen Erhebungen in diesem Bereich dient. Mit Koordinierungsaufgaben befasst sich auch die Arbeitsgruppe „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des DSR. Die Hauptthemen dieser Arbeitsgruppe: Verbesserungsideen zu den Übergängen der Hilfen für Suchtkranke von Behandlung in Arbeit, an der Schnittstelle von Justizvollzug und Reintegration, eine verbesserte Frühintervention in der Beratung und Behandlung von Sucht- und Drogenkranken und die Kooperation auch mit angrenzenden Versorgungsbereichen wie der Jugend- oder Wohnungslosenhilfe. 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 suchtpreventiver 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 u.a. Erlaubnisse zur Teilnahme am Betäubungsmittel- und/oder Grundstoffverkehr erteilt und den Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehr bei den Erlaubnisinhabern überwacht sowie das nationale Substitutionsregister führt.

1.4 Ökonomische Analyse

1.4.1 Einleitung

Eine ausführliche Übersicht über die in Deutschland verfügbaren Datenquellen zu den Ausgaben der öffentlichen Haushalte 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.

Grundlage der Finanzierung drogenbezogener Ausgaben 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. Ein Forschungsprojekt (siehe unten) hat sich 2008 der Thematik angenommen und soll zu einer besseren Übersicht über die Ausgaben der öffentlichen Haushalte führen.

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets

Im Jahr 2008 wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit von der DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Essen eine Studie durchgeführt, mit dem Ziel, erstmals eine umfassende Schätzung der direkten (gekennzeichneten und nicht-gekennzeichneten) Ausgaben der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungsträger mit Bezug zu illegalen Drogen für das Jahr 2006 vorzunehmen (Mostardt et al., im Druck).

Bei der Datensammlung fanden verschiedene Ansätze Anwendung: Auf Ebene der Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Kommunen) wurden die öffentlich zugänglichen Haushaltsdokumente analysiert und Ministerien, nachgeordnete Behörden und weitere Schlüsselpersonen befragt. Wo Ausgaben vermutet wurden, aber nicht in den Haushalten

gekennzeichnet waren oder durch die befragten Stellen beziffert werden konnten, wurden mithilfe von Daten aus veröffentlichten Studien und Statistiken alternative Berechnungs- bzw. Schätzverfahren entwickelt. Die Erhebung der Ausgaben der Sozialversicherungsträger erfolgte über eine schriftliche Befragung. Neben der Rentenversicherung Bund wurden die 40 größten gesetzlichen Krankenkassen mittels standardisierter Fragebögen angeschrieben. Die Daten der teilnehmenden Krankenkassen wurden anschließend für die Gesamt-GKV extrapoliert.

Addiert man die identifizierten und errechneten Ausgaben auf, ergibt sich für das Referenzjahr 2006 ein Intervall zwischen 5,2 und 6,1 Mrd. EUR an öffentlichen Ausgaben für den Bereich illegaler Drogen, die sich folgendermaßen aufteilen: Der Anteil der Deutschen Rentenversicherung in Form von Ausgaben für medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Renten wegen Erwerbsminderung betrug etwa 172 Mio. EUR. Die Hochrechnung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikation, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen usw. belief sich auf 1,4 Mrd. EUR. Auf Ebene der Gebietskörperschaften konnte ein Betrag zwischen 3,6 und 4,5 Mrd. EUR ermittelt werden, der für die Prävention und Minderung der Folgen des Drogenproblems in Form von Präventions-, Interventions- und Repressionsmaßnahmen ausgegeben wurde.

Eine genauere Aufschlüsselung der Ausgaben findet sich in der Standardtabelle STPE.

Eine inhaltliche Zuordnung der Ausgaben zu staatlichen Aufgabenbereichen anhand der international gebräuchlichen „Classification of the Functions of Government (COFOG)“ (European Commission 2007) ergibt, dass ein großer Anteil der ermittelten Ausgaben (>65%) der Funktion „Öffentliche Sicherheit und Ordnung“ zuzurechnen ist. Ausgaben für die Funktionen „Gesundheit“ und „Soziale Sicherung“ sind oft nur schwer voneinander zu trennen und machen einen wesentlich geringeren Anteil an den Gesamtausgaben aus. Hier sind allerdings auch die größten Lücken in der Datensammlung zu finden.

Aufgrund fehlender Daten und methodischer Limitationen muss das Gesamtergebnis als konservative Schätzung betrachtet werden. Vor allem im Bereich der Länder beruhen die ermittelten Ausgabenbeträge auf sehr groben Schätzverfahren und aus den Kommunen liegen keinerlei repräsentative Daten vor. Auch wenn die hier vorgestellten Ausgaben somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, stellt das Ergebnis dennoch die umfangreichste und beste Näherung dar, die gegenwärtig in Deutschland verfügbar ist.

Für die Zukunft stellt sich aufgrund des großen Aufwands für die Datensammlung allerdings die Frage, ob und wie eine regelmäßige Aktualisierung der Ausgabenschätzung erfolgen kann.

1.4.3 Soziale Kosten

Studien zu den sozialen Kosten des Konsums illegaler Substanzen liegen bislang für Deutschland nicht vor.

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

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.

Bundesweite Datenquellen und internationale Studien

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. Darüber hinaus werden hier auch internationale Studien genannt, an denen sich einzelne Bundesländer oder Regionen beteiligen. Aufgrund ihrer internationalen Vergleichbarkeit werden diese Untersuchungen ebenfalls unter den „bundesweiten Daten“ aufgeführt auch wenn bislang an Studien wie z.B. ESPAD (siehe unten) oder HBSC (siehe unten) nicht alle Bundesländer teilnehmen. Die Kurzbeschreibungen enthalten auch Angaben zu den teilnehmenden Ländern.

- Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 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 im Frühjahr 2008 statt (BZgA 2008). Die Ausschöpfungsrate betrug 68,4%. Die aktuellen Ergebnisse werden in diesem REITOX-Bericht vorgestellt. Ergänzend dazu wurden von der BZgA 2007 Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Cannabiskonsum unter 3.602 Jugendlichen im Alter von 12 bis

19 Jahren veröffentlicht (BZgA 2007), deren Ergebnisse bereits im REITOX-Bericht 2007 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 et al. 2007; 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. Die Datenerhebung für die nächste Studie läuft im Sommer 2009, die Ergebnisse werden im Frühjahr 2010 erwartet.
- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) wurde bereits 1995 in 26, 1999 in 31 und 2003 in 35 europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligten sich in 2007 zum zweiten Mal nach 2003 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN¹⁰ (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. In der Erhebung 2007 lag die bereinigte Stichprobengröße in Deutschland bei 12.448 Schülern aus 586 Klassen an 567 Schulen (Kraus et al. 2008a). 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. Ergebnisse liegen seit dem Sommer 2007 vor (Nickel et al. 2008; Settertobulte & Richter 2007). Darüber hinaus wurden im REITOX-Bericht 2008

¹⁰ Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs

auch Daten einer eigenen Auswertung der HBSC für das Bundesland Nordrhein-Westfalen berichtet (Richter et al. 2008).

- 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. Die wichtigsten Ergebnisse des KiGGS wurden bereits in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 vorgestellt. In einem eigenen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde 2007 ein Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein erstellt (RKI 2007b; Schütze et al. 2007) der im REITOX-Bericht 2008 dargestellt wurde.

Daten aus den Bundesländern und regionale Monitoringsysteme

Neben diesen zum größten Teil regelmäßig durchgeführten Erhebungen werden im Auftrag einiger Bundesländer und Kommunen 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 werden und wurden bereits unter den bundesweiten Datenquellen erwähnt (z.B. regionale Auswertungen von KiGGS, HBSC oder ESPAD).

- 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 im REITOX-Bericht 2008 dargestellten Ergebnisse der Erhebung 2007/08 beruhen 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 2008 wurden N=1.463 (bereinigte Stichprobe) Schüler im Alter zwischen 15 und 18 Jahren an Allgemein- und berufsbildenden Schulen befragt (Werse et al. 2009). Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse der aktuellen Expertenbefragung, des Trendscout-Panels und der Szenebefragung 2009 des MoSyD vor.
- In Sachsen-Anhalt sind im Mai 2009 die Ergebnisse der Studie MODRUS IV (Moderne Drogen- und Suchtprävention) vorgestellt worden. In der vierten soziologisch-empirischen MODRUS-Studie wurden Schülerinnen und Schüler sowie Lehrer der Klassenstufen sechs bis zwölf zu ihren Erfahrungen und Meinungen mit legalen Suchtmitteln,

Drogen und ihrem Umgang mit Computern und dem Internet befragt (N=2.432). Die Ergebnisse der Studie sind unter <http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=1076> abrufbar (FOKUS-Institut 2009).

Nutzung der verfügbaren Datenquellen

Es wird jeweils über relevante Ergebnisse der aktuellen Studien berichtet, wobei ein Schwerpunkt auf den bundesweiten und internationalen epidemiologischen Studien zum Substanz- und Drogengebrauch liegt (v.a. Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) und Drogenaffinitätsstudie (DAS)). Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, 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 in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 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. Insbesondere 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 aktuellen DAS (2008).

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

	Quelle	Alter	Prävalenz	Absolut ¹⁾
Lebenszeit	ESA 2006	18-64	23,7%	12.396.000
	DAS 2008	12-17	10,0%	524.000
12 Monate	ESA 2006	18-64	5,0%	2.615.000
	DAS 2008	12-17	7,4%	387.000
30 Tage ²⁾	ESA 2006	18-64	2,5%	1.308.000
	DAS 2008	12-17	2,8%	147.000

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen: 18-64 Jahre: 52.305.000 (2006); 12-17 Jahre: 5.235.863 (2007) (GBE 2009)

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

Kraus et al. 2007, spezielle Berechnungen; BZgA 2009c.

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen unter Erwachsenen der Altersgruppe 18-59 Jahre (ESA) hat sich zwischen 2003 und 2006 praktisch nicht verändert (2006: 25,4%; 2003: 25,2%). Allerdings liegen die 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 (Kraus et al. 2007).

Auch die auf den Auswertungen der aktuellen DAS beruhenden Daten für die Lebenszeit- (15,7% vs. 10,0%) und die 12-Monats-Prävalenz (10,4% vs. 7,4%) liegen deutlich unterhalb der für die Erhebung 2004 berichteten Werte. Lediglich die 30-Tage-Prävalenz, die in der DAS als „gegenwärtiger Konsum“ abgefragt wird, ist im Vergleich zu 2004 von 2,5% leicht auf 2,8% gestiegen, was als stabile Bereitschaft der Altersgruppe zum experimentellen Konsum interpretiert werden kann (BZgA 2009c) (Details sind auch in der Online Standardtabelle 1 enthalten).

Sowohl in der ESA als auch in der DAS werden die Rückgänge in den Prävalenzen praktisch ausschließlich durch niedrigere Prävalenzen beim Konsum von Cannabis erklärt und deuten möglicherweise auf eine Trendwende beim Cannabiskonsum hin.

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Bundesweite Daten

Die aktuellsten Ergebnisse zur Prävalenz des Konsums einzelner Drogen unter Erwachsenen liegen mit der ESA 2006 vor und wurden bereits in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 vorgestellt. Zum Konsum illegaler Substanzen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden in 2008 neue Ergebnisse der DAS vorgelegt. Um einen Überblick über den Konsum in der Gesamtbevölkerung zu geben, wurden die wichtigsten aktuellen Angaben zur Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums einzelner Substanzen für die beiden Altersgruppen 12-17 Jahre und 18-64 Jahre in Tabelle 2.2 zusammengestellt.

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

Tabelle 2.2 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen

Untersuchung	DAS 2008 (%; 12-17 Jahre)			ESA 2006 (%; 18-64 Jahre)		
	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage ¹⁾	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Cannabis	9,6	6,6	3,7	23,0	4,7	2,2
Amphetamine	0,7	0,6	0,2	2,5	0,5	0,3
Ecstasy	1,1	0,8	0,3	2,0	0,4	0,2
LSD	0,4	0,3	0,0	1,7	0,1	0,0
Heroin	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1	0,1
Kokain	0,9	0,8	0,3	2,5	0,6	0,2
Crack	--	--	--	0,3	0,1	0,0
Pilze	--	--	--	2,4	0,4	0,1
Schnüffelstoffe	--	--	--	--	--	--
Irgendeine Droge	10,0	7,4	2,8	23,7	5,0	2,5
Drogen außer Cannabis	--	--	--	5,8	1,2	0,7

1) Entspricht „gegenwärtigem Konsum“

BZgA 2009c; Kraus et al. 2007.

Der Konsum illegaler Drogen ist ein Phänomen, das vor allem in jüngeren Altersgruppen bis etwa 40 Jahre auftritt. Neben den bereits in den Vorjahren berichteten Trends für junge Erwachsene, die auf Teilanalysen der ESA basierten, liegen im aktuellen Berichtsjahr neue Daten der DAS für Jugendliche und junge Erwachsene vor. Tabelle 2.3 beinhaltet die Ergebnisse für die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen sowie den aktuellen Konsum einzelner Substanzen bei 12-25 Jährigen, die auf der aktuellen DAS beruhen (BZgA 2009c). Demnach hat etwa ein Drittel der befragten männlichen und etwa ein Viertel der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen Erfahrungen mit irgendeiner illegalen Droge. Diese Größenordnung entspricht praktisch der Konsumprävalenz von Cannabis, das nach wie vor die mit großem Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge darstellt (Tabelle 2.3). Aktueller Konsum wird nennenswert nur von Cannabis berichtet (3,7%), bei Ecstasy, Kokain und Amphetaminen ist aufgrund des Verhältnisses zwischen Lebenszeitprävalenz und gegenwärtigem Konsum bei der überwiegenden Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach wie vor von einem passageren Konsum auszugehen.

Tabelle 2.3 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht (M/F) und Substanzen (12-25 Jahre) (DAS 2008)

Substanz	Lebenszeit			12-Monate			Gegenwärtiger Konsum		
	M	F	Gesamt	M	F	Gesamt	M	F	Gesamt
Illegale Drogen ¹⁾	33,0	24,6	28,9	13,5	7,3	10,5	5,3	2,8	4,1
Cannabis	32,3	24,0	28,3	12,3	6,7	9,6	4,8	2,6	3,7
Heroin	0,4	0,2	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	2,7	1,7	2,2	1,2	0,5	0,9	0,4	0,1	0,3
Amphetamine	3,4	1,9	2,7	1,3	0,8	1,0	0,5	0,3	0,4
Ecstasy	3,4	2,9	3,2	1,1	0,7	0,9	0,3	0,3	0,3
LSD	1,4	0,7	1,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0

1) Irgendeine illegale Droge (Cannabis, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Heroin, Pilze, Amphetamine).

BZgA 2009c.

In Ergänzung zu den auf den Daten des ESA beruhenden Trends für den Konsum illegaler Substanzen in den Altersgruppen der jungen Erwachsenen von 18-39 Jahren (REITOX-Bericht 2007) und 18-24 Jahren (REITOX-Bericht 2008) liegen aus der DAS Verlaufsdaten für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 25 Jahren vor, die unter Kapitel 2.3.2 berichtet werden.

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

In Frankfurt hat nach wie vor mehr als die Hälfte der problematischen Drogengebraucher innerhalb der „offenen Szene“ in den zurückliegenden 24 Stunden (unter anderem) Crack konsumiert; die Substanz hat aber etwas an Bedeutung eingebüßt. Innerhalb der (kleineren) Gruppe der aktuell Crack Konsumierenden ist der Anteil der exzessiven Konsument(inn)en allerdings etwas angestiegen. Der Preis der Droge hat sich – bei offenbar etwas höherer Qualität – innerhalb der letzten zwei Jahre drastisch von ca. 50 Euro auf rund 100 Euro pro Gramm erhöht. Heroin stellt mittlerweile innerhalb der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt wieder eindeutig die meistkonsumierte Droge dar: Die 24-Stunden-Prävalenz ist vergleichsweise deutlich auf nunmehr 71% angestiegen. Diese Tendenz wird auch durch Vertreter der Drogenhilfe bestätigt, die auch über eine Zunahme des inhalativen Konsums berichteten. Dieser Trend kann als mit Verzögerung einsetzende Reaktion auf die seit 2004 zu beobachtenden vergleichsweise niedrigen Preise (bei gleichbleibend relativ hoher Qualität) interpretiert werden. Außerhalb dieses Umfeldes erfährt Heroin weiterhin eine besonders starke Ablehnung. Weniger als 1% der 15-18-Jährigen haben mindestens einmal in ihrem Leben Heroin konsumiert. Eine deutliche Zunahme ist in Frankfurt für den Konsum von Benzodiazepinen innerhalb der „offenen Drogenszene“ festzustellen: Die Verbreitung hat sich seit mehreren Jahren fast kontinuierlich erhöht, und die 24-Stunden-Prävalenz ist zwischen 2006 und 2008 von 29% auf 47% gestiegen. Neben dem Konsum dieser illegal gehandelten Medi-

kamente hat offenbar auch der illegale Handel mit Substitutionsmitteln (vor allem Methadon, daneben auch Buprenorphin) – zugenommen (Werse et al. 2009).

Die wichtigsten Kennzahlen aus dem aktuellen Bericht über die Drogen- und Suchtsituation in Berlin 2008 (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2008) wurden bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt. Demnach leben in Berlin gegenwärtig ca. 165.000 aktuelle Konsumenten illegaler Drogen und ca. 8.000-10.000 Opioidabhängige. Hochrechnungen gehen von fast 900.000 Personen in Berlin aus, die Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen haben.

Angaben über den Konsum von Methamphetaminen liegen in den gängigen epidemiologischen Studien nicht getrennt vor. Angaben zu Konsumerfahrungen mit Methamphetaminen aus dem MoSyD finden sich unter Kapitel 2.3.

2.3 Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen

Nach wie vor gehören psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen mit einer Prävalenz von etwa 5-6% zu den epidemiologisch wichtigen psychiatrischen Störungen des Kindes- und Jugendalters (Sack et al. 2008). Aktuelle Studien weisen darüber hinaus darauf hin, dass z.B. Cannabis im Gehirn von Jugendlichen eine weitaus schädlichere Wirkung hat als bei Erwachsenen (Sonnenmoser 2008; Thomasius & Petersen 2008). Die große Mehrheit der Jugendlichen stellt den Substanzkonsum mit dem Übergang ins Erwachsenenalter wieder ein. 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 (z.B. Thomasius & Stolle 2008b). Insbesondere für diese Klientel ist die Schaffung besonderer Behandlungsangebote, wie sie z.B. von Küstner und Kollegen (2008) beschrieben werden, notwendig (dazu auch: Thomasius & Stolle 2008a). 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 (Perkonigg et al. 2008). Aufgrund der besonderen Bedeutung des Konsums auch legaler psychotroper Substanzen (v.a. Alkohol, Tabak) durch Jugendliche und junge Erwachsene, werden nachfolgend auch kurzrassisch Ergebnisse zum Konsum legaler Substanzen berichtet.

Der Eigenkonsum legaler und illegaler Suchtmittel von Jugendlichen in Sachsen-Anhalt ist entsprechend der Ergebnisse der Studie MODRUS IV im Vergleich zu 2003 deutlich gesunken und zwar in zweierlei Richtungen: Erstens gibt es eine deutlich größere Gruppe an abstinenten sowie gesundheitsbewussten Jugendlichen und zweitens hat sich auch die Gruppe von regelmäßig und öfter konsumierenden Jugendlichen in allen Suchtmittelsorten verringert.

2.3.1 Konsum legaler psychotroper Substanzen

Alkohol

Die Ergebnisse der aktuellen DAS (BZgA 2009a) bestätigen, dass Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol unter den 12-25-Jährigen weit verbreitet sind. Etwa drei Viertel (75,8%) der 12- bis 17-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken, unter den 18- bis 25-Jährigen berichteten nahezu alle Befragten einen mindestens einmaligen Konsum im Lebenszeitraum (97,4%). Die 12-Monatsprävalenzen liegen in beiden Altersgruppen nur knapp unterhalb dieser Werte (68,0% bzw. 94,1%). Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich hinsichtlich der Prävalenzen nicht finden. Erhebliche geschlechtsspezifische und altersabhängige Unterschiede zeigen sich jedoch mit Bezug auf den regelmäßigen Konsum (operationalisiert als: mindestens einmal/Woche), der seit 1979 insgesamt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zurückgeht (von 44% auf 29%). Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten in beiden Geschlechtern steigt nach dem 16. Lebensjahr zunächst stark an. Dieser Anstieg setzt sich jedoch nach dem 18. Lebensjahr nicht weiter fort. Grundsätzlich trinken mehr männliche Jugendliche und junge Erwachsene regelmäßig Alkohol. Ein Indikator zur Messung riskanten Konsumverhaltens bei Jugendlichen ist das so genannte Binge-Trinken, bei dem bei einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol konsumiert werden. Aktuell gibt jeder fünfte Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren an, innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal Binge-Trinken praktiziert zu haben, ein Drittel dieser Gruppe gibt an, dieses Verhalten mindestens einmal wöchentlich zu zeigen. Daraus ergibt sich eine erhebliche Zahl Jugendlicher, die riskante Konsummuster für Alkohol zeigen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit späterer alkoholbezogener Probleme und Störungen erhöht.

Auch die Studie MODRUS IV liefert Informationen zum Alkoholkonsum Jugendlicher. Demnach hat etwa nur die Hälfte der Befragten innerhalb des letzten Jahres Bier/Wein oder Mixgetränke/Cocktails getrunken. Zum Extremkonsum (definiert als > 10 Einheiten/Woche) bekannte sich nur eine kleine Minderheit (ca. 1- bis 2%) der befragten Jugendlichen.

Daten zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Lampert & Thamm 2007) sowie der HBSC-Studie (Settortobulte & Richter 2007) wurden bereits in den REITOX-Berichten 2007 und 2008 berichtet.

Tabak

Aus der DAS liegen ebenfalls Daten zum Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor (BZgA 2009b). Die Lebenszeitprävalenz des Rauchens unter 12- bis 25-Jährigen liegt 2008 bei 60,9%. Etwa jeder fünfte Jugendliche und junge Erwachsene raucht täglich, knapp 14% sogar mehr als 10 Zigaretten pro Tag. Das Einstiegsalter für den Zigarettenkonsum beträgt 13,7 Jahre und hat sich seit 1986 nicht deutlich verändert. Bei den 12- bis 17-Jährigen ging die Raucherquote zwischen 1979 und 1993 kontinuierlich zurück, um dann bis 1997 erneut zu steigen und bei beiden Geschlechtern auf hohem Niveau bis 2001 zu stagnieren. Seit 2001 ist der Anteil erneut deutlich gesunken und liegt aktuell bei 16% (männliche Jugendliche) bzw. 16% (weibliche Jugendliche).

In der MODRUS IV-Studie bezeichneten sich 32% der Schüler als Raucher, wobei Mädchen häufiger rauchten als Jungen. Etwa jeder fünfte Schüler gab an, mehr als 7 Zigaretten pro Tag zu rauchen. Ein Vergleich der Geschlechter ergab hier keinen signifikanten Mittelwert-Unterschied.

Ergebnisse zum Tabakkonsum Jugendlicher aus der letzten HBSC-Studie (siehe dazu auch: Nickel et al. 2008) und dem KiGGS wurden bereits im REITOX-Bericht 2007 berichtet.

2.3.2 Konsum illegaler Drogen

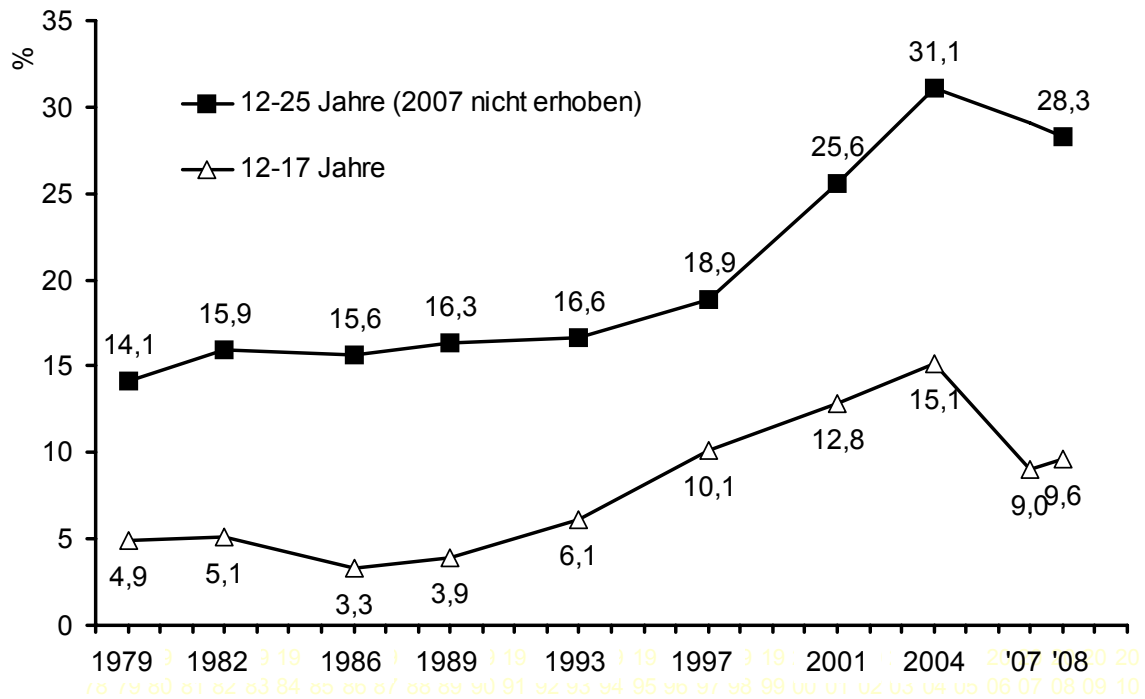
Bundesweite Daten

Die aktuellen Ergebnisse der letzten Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurden bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt¹¹. 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. 2008b). 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. Auch in der deutschen ESPAD-Erhebung hat der Anteil der Cannabiskonsumenten 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%.

Die Übersichtsdaten der DAS zum Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche und junge Erwachsene wurden – soweit sie bislang verfügbar sind – bereits unter 2.2.1 und 2.2.2 berichtet. Erste Trendanalysen unter den illegalen Substanzen liegen bislang nur für den Cannabiskonsum vor.

Daten zum Konsum von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsene liegen in der DAS seit 1979 vor (BZgA 2008). Zwischen 1979 und 2004 stieg der Anteil der jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, in beiden Geschlechtern deutlich an. Zwischen 2004 und 2008 ist in der Gesamtgruppe der 12- bis 25-Jährigen – trotz eines erneuten leichten Anstiegs zwischen 2007 und 2008 in der Altersgruppe der 12-17-Jährigen – die Lebenszeitprävalenz aber deutlich zurückgegangen (Abbildung 2.1).

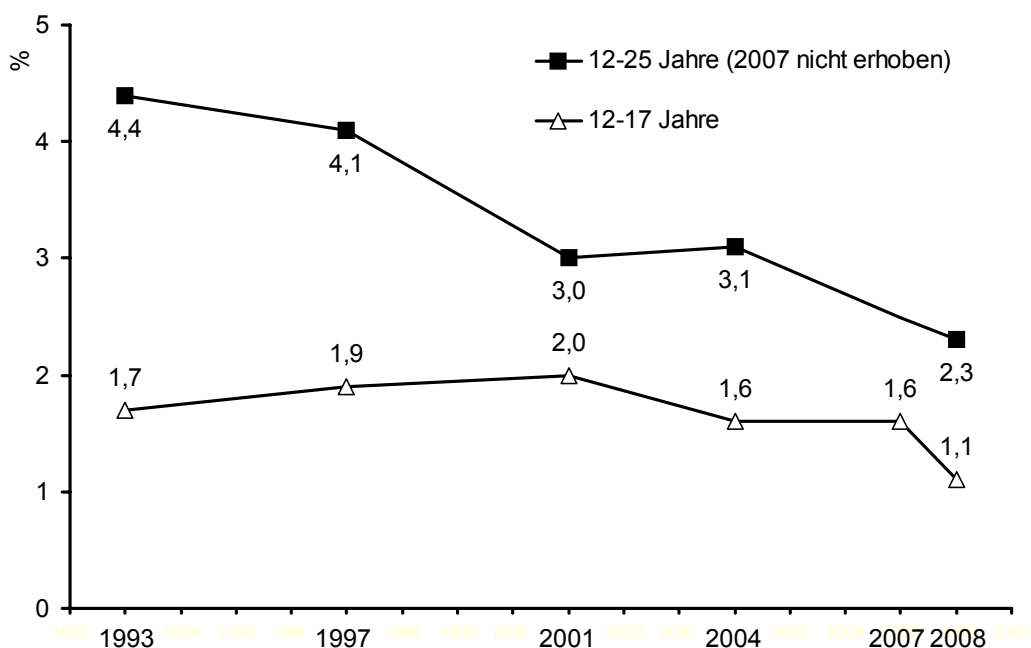
¹¹ Auch wenn die ESPAD-Studie in Deutschland nicht bundesweit durchgeführt wird, werden ihre Ergebnisse aufgrund ihrer Einbettung in den internationalen Kontext unter den bundesweiten Daten berichtet.



BZgA 2008.

Abbildung 2.1 Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen 1979-2008 (DAS)

Der regelmäßige (im letzten Jahr mindestens 10malige) Konsum von Cannabis ist in der Altersgruppe der 12-25-Jährigen seit 1993 rückläufig (Abbildung 2.2). Diese Entwicklung lässt sich sowohl bei männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachten (BZgA 2008).



BZgA 2008.

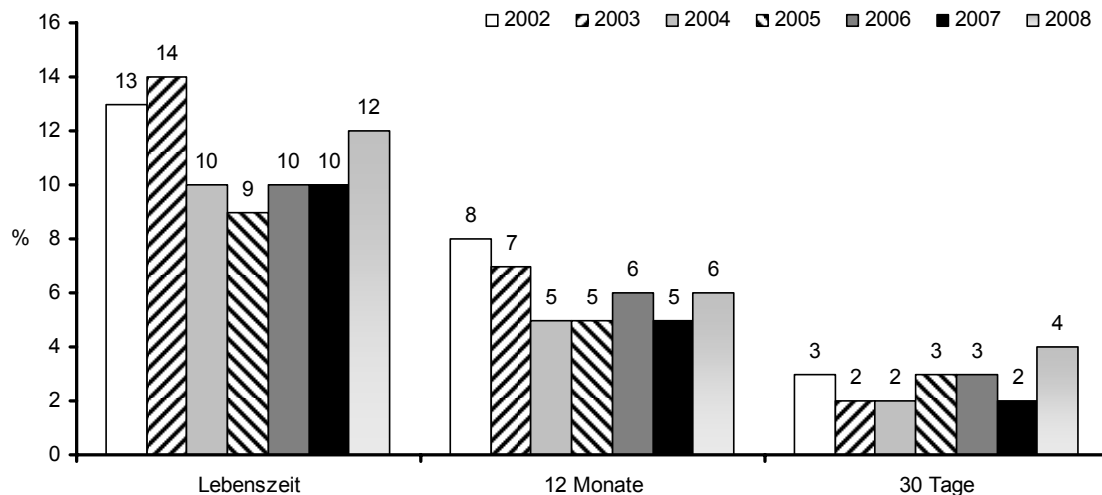
Abbildung 2.2 Regelmäßiger Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen 1993-2008 (DAS)

Daten aus den Bundesländern und regionale Monitoringsysteme

Nur eine Minderheit der im Rahmen der Studie MODRUS IV in Sachsen-Anhalt befragten Jugendlichen hatte überhaupt Erfahrungen mit illegalen Substanzen. Bei den Konsumenten illegaler Drogen in Sachsen-Anhalt zeichneten sich im Vergleich zum Jahr 2003 vor allem zwei Entwicklungstrends ab: Bei allen Konsumentengruppen war der Konsum legaler Suchtmittel gestiegen (fast alle Konsumenten von Marihuana/Haschisch, Ecstasy/Speed und Kokain/Heroin rauchten auch Zigaretten und tranken Alkohol). Eine besondere Rolle scheint das Rauchen der Wasserpfeife („Shisha“) einzunehmen, obwohl diese Konsumart erst in den vergangenen Jahren unter den Jugendlichen populär wurde. Jeder vierte von ihnen konsumierte auch illegale Suchtmittel.

12% der 15-18-jährigen Frankfurter Schüler berichten 2008 über Erfahrungen mit mindestens einer illegalen Droge außer Cannabis (Abbildung 2.3). 3% der Schüler haben mindestens einmal im Leben Ecstasy genommen, 1% auch im letzten Monat. Diese Werte sind nach einem Rückgang im Jahr 2004 weitgehend konstant geblieben und auch das angesichts der Daten zu Musikvorlieben zu beobachtende „Revival“ von Techno unter Jugendlichen geht in Frankfurt nicht mit einem Konsumanstieg der mit dem Stil in besonderem Maße assoziierten Droge einher. Die Lebenszeitprävalenz von Amphetaminen beträgt im Jahr 2008 unverändert 5%. Weitere (wenn auch leichte) Anstiege sind aber bei 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz von Amphetaminen zu beobachten (4% bzw. 2%). Der Anteil der 15-18-jährigen Frankfurter Schüler, die über Konsumerfahrungen mit Kokain verfügen, ist leicht

angestiegen (6%). Die Lebenszeitprävalenz ist nach einem Rückgang im Jahr 2004 und darauf folgender Stagnation wieder leicht angestiegen. Auch die 30-Tages-Prävalenz hat leicht zugenommen und erreicht den höchsten Wert seit 2002. Die Lebenszeitprävalenz von Methamphetaminen, die bei den 15-18-Jährigen zu den am stärksten abgelehnten Drogen gehört, beläuft sich auf 1%. Praktisch keine Veränderungen sind hinsichtlich der Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Pilzen und LSD zu beobachten und nach wie vor hat nur eine Minderheit (<1%) der 15-18-Jährigen Erfahrungen mit Heroin (Werse et al. 2009).

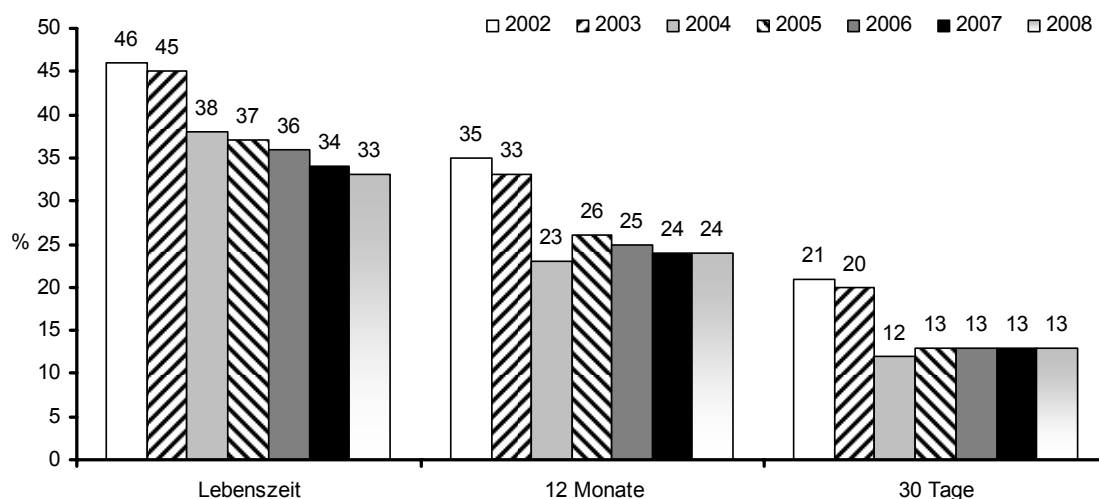


Werse et al. 2009.

Abbildung 2.3 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2008 (MoSyD)

Hinsichtlich des Konsums von Cannabis zeigen die Ergebnisse der aktuellen im Rahmen des Frankfurter MoSyD durchgeführten Schülerbefragung auch für 2008 keinerlei auffällige Veränderungen; die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern geht seit 2002 kontinuierlich zurück (Werse et al. 2009). Die 30-Tages- und die 12-Monats-Prävalenz sind seit einigen Jahren praktisch stabil (Abbildung 2.4).

Werse und Kollegen (2009) vermuten, dass unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Image von Cannabis in den letzten zwei Jahren noch etwas negativer geworden sei; darauf deuteten die Angaben zur „Lieblingsdroge“ wie auch Beobachtungen aus Partyszenen hin, letzteres u.a. im Zusammenhang mit einer schlechteren Qualität der Droge (Werse et al. 2009).



Werse et al. 2009.

Abbildung 2.4 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2008 (MoSyD)

Erstmalig wurden 2008 im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD Frankfurt auch Daten zum Konsum von Kräutermischungen erhoben, die 2008 unter dem Namen „Spice“ in das Blickfeld geraten sind (vgl. dazu auch Kapitel 1.2.2). Demnach hatten 2008 rund 6% der 15-18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben „Spice“ konsumiert, 3% auch in den letzten 30 Tagen (Werse et al. 2009) (Tabelle 2.4). Dabei handelt es sich weit überwiegend um Jugendliche, die ohnehin eine hohe Affinität zu legalen und illegalen Drogen aufweisen. Trotz einer insbesondere gegen Ende 2008 insgesamt vergleichsweise hohen Nachfrage für diese Substanz spielt „Spice“ ebenso wie andere (zum Teil nach wie vor legal erhältliche) Räuchermischungen innerhalb der Frankfurter Partyszenen aber keine nennenswerte Rolle. Werse und Kollegen äußern die Vermutung, dass es sich bei den regelmäßig Konsumierenden überwiegend um nicht mehr ganz junge Cannabiskonsumenten gehandelt hat, die die Substanz als Substitut konsumiert haben, ohne rechtliche Konsequenzen befürchten zu müssen.

Die vorläufigen Ergebnisse des Hamburger Schulbus 2007/2008 wurden bereits im letzten REITOX-Bericht vorgestellt, ein endgültiger Abschlussbericht liegt noch nicht vor (Stand: August 2009). Auch der Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein (RKI 2007b; Schütze et al. 2007), der auf einer Teilauswertung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) beruht und eine Auswertung der HBSC-Studie für das Bundesland Nordrhein-Westfalen (Richter et al. 2008) wurden bereits im letzten REITOX-Bericht dargestellt.

Tabelle 2.4 „Spice“ – Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz sowie mehr als 5maliger Konsum (%) in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährige nach Altersjahren (MoSyD)

	15-Jährige	16-Jährige	17-Jährige	18-Jährige	Gesamt
Lebenszeit	4	8	4	9	6
30 Tage	1	3	1	5	3
>5 Mal	0	1	2	1	1

Werse et al. 2009.

Gesamtbetrachtung und Trends

Nach dem erheblichen Anstieg der Konsumprävalenzen für Cannabis ab etwa Mitte der 90er Jahre ist aufgrund der in jüngster Zeit vorgelegten Studienergebnisse der Eindruck einer gewissen Entspannung hinsichtlich des Konsums und der Verbreitung von Cannabis vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen entstanden. Insbesondere während der letzten drei bis vier Jahre sind zahlreiche Initiativen und Projekte entstanden, die sich insbesondere an (jugendliche) Cannabiskonsumenten gewandt haben. Diese Angebote reichen von niedrigschwelligen Angeboten bis zu hoch strukturierten psychotherapeutischen Interventionsansätzen. Darüber hinaus sind mögliche Risiken und langfristige Folgen intensiven oder abhängigen Cannabiskonsums auch deutlich mehr sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen und unter Experten diskutiert worden.

Nachhaltige Veränderungen im Konsum anderer Substanzen sind in letzter Zeit nicht berichtet worden. Regional existieren aber nach wie vor Unterschiede im Konsumverhalten. So werden nennenswerte Zahlen von Crackkonsumenten seit Jahren nur aus Hamburg und Frankfurt berichtet. Auch Charakteristika der Märkte wie Preise und/oder Reinheitsgehalte für verschiedene Substanzen können sich regional erheblich unterscheiden (so haben sich z.B. die Preise für Crack in Frankfurt innerhalb kürzester Zeit nahezu verdoppelt (Werse et al. 2009)) und damit Einfluss auf Unterschiede im Konsumverhalten sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in bestimmten Zielgruppen wie z.B. Jugendkulturen haben. Darüber hinaus rücken in jüngster Zeit immer wieder einzelne Substanzen oder Substanzgruppen (z.B. GHB/GBL, Methamphetamine, biogene Drogen, Tilidin) häufig in Verbindung mit einer intensiven Berichterstattung in den Medien in den Fokus der Aufmerksamkeit. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass nicht für alle diese Substanzen regelhafte Monitoringssysteme zur Verfügung stehen. Darüber hinaus handelt es sich z.T. auch um passagere Phänomene, die nicht zwangsläufig auf nachhaltige Veränderungen der Konsummuster hindeuten.

Im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen durch Jugendliche und junge Erwachsene muss unbedingt darauf hingewiesen werden, dass es eine enge Verzahnung zum Konsum legaler Substanzen (v.a. Alkohol, Tabak – aber auch: Medikamente) gibt, so dass eine isolierte Betrachtung des Konsums illegaler Substanzen möglicherweise wichtige Entwicklungen vernachlässigt.

Interessant bleibt abzuwarten, inwieweit das Auftauchen synthetischer Cannabinoide, das erstmalig im Zusammenhang mit dem Konsum von so genannten Räuchermischungen wie „Spice“ berichtet worden ist, zu einer Veränderung des Marktes beiträgt. Mit dem Verbot der im Dezember 2008 identifizierten Substanzen ist die überwiegende Mehrheit der bis dahin auf dem Markt frei verkäuflichen Räuchermischungen in Deutschland nicht mehr verfügbar.

Aus der Frankfurter Drogen- und Jugendhilfe wird über eine gleichbleibend hohe Nachfrage nach Therapieangeboten im Zusammenhang mit Cannabiskonsum berichtet; dies betrifft sehr häufig Personen, die neben intensiven Konsummustern weitere komplexe psychische bzw. psychosoziale Problematiken aufweisen. Bezogen auf die Gesamtheit der Jugendlichen sind Cannabis bezogene Probleme aber offenbar eher etwas weniger geworden. Diese Informationen stehen auch in Übereinstimmung mit den Interpretationen der während der letzten beiden Jahre berichteten Daten aus anderen Studien (z.B. ESPAD, HBSC, ESA).

Nach wie vor existieren keine nationalen Monitoringsysteme, die Aussagen zum bundesweiten Konsum von Methamphetaminen erlauben. Aus Frankfurt wird aktuell berichtet, dass Methamphetamine nach wie vor nur in einigen Teilbereichen der Partyszene verbreitet sind (die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetaminen unter Schülern wird im MoSyD seit 2007 erhoben und liegt aktuell bei 1%). Insgesamt wird davon ausgegangen, dass Methamphetamine im Vergleich zu den anderen Substanzen in Deutschland nach wie vor nicht sehr verbreitet sind.

Etwas häufiger – wenngleich auf sehr niedrigem Niveau – wurde im Umfeld Frankfurter Partyszenen der Konsum von Ketamin („Special K“), vor allem auf „Afterhour-Partys“, beobachtet. Eine punktuelle Verbreitung innerhalb von Frankfurter Ausgeh Szenen finden auch die synthetischen Drogen 2C-B, m-CPP und BZP. Der im Vorjahr vermutete leichte Anstieg der Verbreitung von GHB bzw. GBL („Liquid Ecstasy“) in den Frankfurter Partyszenen hat sich im Jahr 2008 nicht bestätigt. Aus den Frankfurter Partyszenen wird bereits seit mehreren Jahren über eine herausragende Stellung von Speed unter den „harten Drogen“ berichtet; möglicherweise hat sich die Verbreitung aktuell noch etwas erhöht. Innerhalb dieser Umfeldler hat die Droge oft ein neutrales bis positives Image („entspricht dem Zeitgeist“) und wird zum Teil in beiläufiger Weise konsumiert.

Tabelle 2.5 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

Studie ¹⁾	Jahr	Altersgruppe	Region	Prävalenz		
				30 Tage	12 Monate	Lebenszeit
BZgA	2008	12-15	National	1,6% ²⁾	3,7%	4,2%
BZgA	2008	16-17	National	5,0%	13,6%	19,9%
BZgA	2008	18-19	National	7,0%	16,2%	35,8%
BZgA	2004	12-15	National	1,3%	5,6%	7,7%
BZgA	2004	16-17	National	5,1%	20,7%	32,1%
BZgA	2004	18-19	National	6,7%	18,8%	40,6%
ESPAD	2007	15-16	7 Länder			10,1%
ESPAD	2003	15-16	6 Länder	3,8%	8,3%	12,3%
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	4%	6%	12%
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	2%	5%	10%
Schulbus	2007/08	14-18	Hamburg	2%		7%
Schulbus	2005	14-18	Hamburg	5% ²⁾		12%

1) BZgA: Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy und LSD. Daten zum Konsum „illegaler Drogen außer Cannabis“ liegen nicht vor. Die vorliegenden Daten von 2004 sind das Ergebnis einer Reanalyse der BZgA. Die Zahlen können daher von denen der Vorjahre abweichen. ESPAD: Amphetamine, LSD, Ecstasy, Kokain, Crack und Heroin. 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. MoSyD: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB/GBL. Schulbus: Ecstasy, Pilze, LSD, Speed/Amphetamine, Kokain, Crack und Heroin.

2) Entspricht „gegenwärtigem Konsum“ (BZgA) bzw. „aktuellem Konsum“ (Schulbus).

Tabelle 2.5 und Tabelle 2.6 fassen für illegale Drogen insgesamt bzw. für Cannabis die Ergebnisse der aktuellen 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 zurückzuführen sein.

Tabelle 2.6 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage ¹⁾	12 Monate	Lebenszeit
HBSC ²⁾	2006	15	5 Länder	7,1/4,3		18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		18,0	24,0
KiGGS ²⁾	2003-2006	11-17	National		9,2/6,2	
BZgA	2008	12-19	National	3,7 (2,0) ³⁾	9,1	16,7
BZgA	2007	12-19	National	3,4 (2,3) ³⁾	8,0	15,1
BZgA	2004	12-19	National	3,4 (2,3) ³⁾	12,1	21,3
ESPAD ⁴⁾	2007	15-16	7 Länder	8,1	17,2	25,2
ESPAD	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	13	24	33
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	13	24	34
Schulbus	2007/08	14-18	Hamburg	10 ⁵⁾		28 ⁵⁾
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. Nach wie vor stellt der Zugang zu Migranten, die entsprechende Versorgungseinrichtungen häufig nur vermittelnd in Anspruch nehmen, eine besondere Herausforderung dar. Muttersprachliche Mediatoren in der präventiven, aber auch in der kurativen Versorgung können helfen, Barrieren zu überwinden und den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern (Walter et al. 2007).

Studien, 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.

(Techno-) Partyszenen und andere Jugendkulturen

Aus dem MoSyD Frankfurt wird berichtet, dass sich der Trend einer wachsenden Beliebtheit von Techno unter Jugendlichen auch im Jahr 2008 nochmals fortgesetzt hat. Der im Vorjahr beobachtete Anstieg der Prävalenz „harter Drogen“ unter Techno-Anhängern hat sich hingegen nicht fortgesetzt; dennoch liegen die entsprechenden Werte in dieser relativ großen Gruppe (29% der befragten Schülerinnen und Schüler) immer noch deutlich über dem Durchschnitt, und auch sämtliche Prävalenzraten für legale Drogen und Cannabis sind bei den Techno-Fans vergleichsweise hoch. Daher könnte das „Techno-Revival“ unter Jugendlichen möglicherweise zukünftig zu einem Anstieg des Substanzkonsums beitragen. Beobachtungen *innerhalb* der an elektronischer Musik orientierten Ausgehscenen zeigen, dass sich eher ein Rückgang des Substanzkonsums im Clubgeschehen abzeichnet (Werse et al. 2009).

3 Prävention

3.1 Überblick

3.1.1 Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen

Vorrangiges Ziel der Suchtprävention ist es, die Gesundheit jedes Einzelnen zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern und zu reduzieren. Vorbeugung von Sucht ist neben Suchtbehandlung und repressiven Maßnahmen zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Sucht- und Drogenpolitik. Durch Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit entstehen neben schwerwiegenden psychischen und körperlichen Schäden bei den Betroffenen, auch enorme volkswirtschaftliche Kosten. Nicht zuletzt daraus resultierend nimmt Suchtprävention in Deutschland einen herausragenden Stellenwert ein. Prävention ist eine der vier Säulen der deutschen Sucht- und Drogenpolitik (vgl. Kapitel 1.1.2).

Der Suchtprävention wird unter anderem auch dadurch Nachdruck verliehen, dass im Aktionsplan Drogen und Sucht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003) eine übergreifende Präventionsstrategie entwickelt wurde, die konkrete Maßnahmen- und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention bündelt.

Für die Umsetzung des *Aktionsplans Drogen und Sucht* und die daran anknüpfenden suchtpreventiven Maßnahmen sind neben den jeweils zuständigen ministeriellen Ressorts insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesländer, die Landes- und Fachstellen für Suchtprävention, die kommunale (Verwaltungs-)Ebene und die Selbstverwaltungen der Versicherungsträger zuständig. Diese Vielzahl an Akteuren trägt dem Subsidiaritätsprinzip Rechnung und stellt gleichzeitig eine möglichst breit angelegte Streuung präventiver Maßnahmen auf allen föderalen Ebenen in der Bundesrepublik sicher.

Konkretisiert wurden die im Aktionsplan Drogen und Sucht enthaltenen Ziele im Weiteren von der durch den Drogen- und Suchtrat (DSR) eingesetzten *Facharbeitsgruppe Suchtprävention*, die Vorschläge für Strategien, Maßnahmen und Zielgrößen beispielsweise in *Nationalen Aktionsprogrammen zur Tabak- und Alkoholprävention* (Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“ des Drogen- und Suchtrates 2009b; 2009a) entwickelt hat. Diese Vorschläge für nationale Aktionsprogramme dienen als Orientierungsrahmen, die in enger Abstimmung von allen Beteiligten umgesetzt werden sollen. Sie sind aber bislang nicht vom Kabinett verabschiedet worden.

3.1.2 Aktuelle Entwicklungen und Trends

Die epidemiologischen Daten im Bereich der Reduzierung des Cannabiskonsums deuten auf Erfolge der eingeschlagenen Strategien hin. Die Quote derjenigen, die zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben ist im Jahr 2008 auf 28,3% zurückgegangen, die 12-Monats Prävalenz liegt bei 9,6% (BZgA 2008). Da auch die Zahl der regelmäßigen Cannabiskonsumern rückläufig ist, finden sich auch an dieser Stelle Belege für die Wirksamkeit der umfassenden präventiven Maßnahmen, die nicht zuletzt das Bewusstsein für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil im Allgemeinen thematisieren und fördern.¹²

Berücksichtigt man auch die Prävalenzen der legalen Substanzen Alkohol und Tabak, zeigt sich ein ambivalentes Bild des Substanzkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einerseits ist Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol gesunken, andererseits ist der missbräuchliche Alkoholkonsum bei Jugendlichen gestiegen. Dies macht deutlich, dass die Prävention auf veränderte Konsumgewohnheiten und Sucht fördernde Verhaltensweisen mit einer Bündelung bestehender Aktivitäten einerseits und der Entwicklung neuer Maßnahmen andererseits reagieren sollte. Dabei gilt es aus heutiger Sicht neben Kindern und Jugendlichen den Fokus auch auf den Alkoholkonsum von Erwachsenen zu richten. Erwachsene bedürfen einer Sensibilisierung hinsichtlich der gesundheitlichen Gefahren eines übermäßigen Alkoholkonsums und sollten stärker als bislang ihre Vorbildfunktion für den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen wahrnehmen.

Eine Intensivierung von Maßnahmen im Bereich Alkoholprävention steht aktuell im Blickpunkt der bundesdeutschen Suchtpolitik. Zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol wurde das bereits erwähnte Nationale Aktionsprogramm zur Alkoholprävention des Drogen- und Suchtrates 2009-2012 vorgelegt, das Ziele für ausgewählte Bereiche der Prävention vorschlägt (Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“ des Drogen- und Suchtrates 2009a)

3.1.3 Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention

Suchtpräventive Maßnahmen werden in Deutschland von unterschiedlichen Akteuren umgesetzt. Dies erlaubt eine möglichst breit angelegte Herangehensweise ebenso wie den Transfer erfolgsversprechender und erfolgreicher Maßnahmen.

Als zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention sind aus heutiger Sicht Evaluation, Vernetzung und Transfer zu nennen. Um einen strukturierten und systematischen Austausch und Transfer langfristig zu gewährleisten, sind in den vergangenen Jahren erfolgreich Strukturen entwickelt und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen mit nahezu allen relevanten Akteuren geschlossen worden. Dazu zählen bspw. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards und die Weiterentwicklung bestehender Quali-

¹² Da insbesondere die junge Bevölkerung deutlich weniger Cannabis konsumiert, sind Effekte der erfolgreichen Präventionsmaßnahmen im Bereich des Tabakkonsums auf den zurückgehenden Konsum von Cannabis denkbar.

tätssicherungsmaßnahmen in der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind der so genannte BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention (ein Zusammenschluss zwischen den für Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA) ebenso richtungweisend wie Veranstaltungen und Fachtagungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), der BZgA, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie vielen anderen Akteuren und nicht zuletzt das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer.

Fachtagung Qualität in der Suchtprävention

Die 2-tägige Fachkonferenz Qualität in der Suchtprävention im Mai 2009 wurde von Mitgliedern des BZgA-Länder-Kooperationskreises initiiert und trug insbesondere den Aspekten Qualitätssteigerung suchpräventiver Maßnahmen und der Förderung der Wirksamkeit von Suchtprävention auf kommunaler Ebene und Länderebene Rechnung. Konkrete Ziele der Fachtagung waren die Präsentation aktueller suchpräventiver Standards und die Förderung des Transfers dieser Standards. Neben der Vermittlung grundlegender Informationen und der Vorstellung von good-practice-Ansätzen wurden im Rahmen von Workshops die Grundlagen für ein gemeinsames praxisorientiertes Konzept der Qualitätssicherung in der Suchtprävention geschaffen.

Dot.sys

Das Gemeinschaftsprojekt *Dot.sys* der BZgA und der Länder liefert umfangreiche Informationen über die im Rahmen eines Kalenderjahres in der Suchtprävention in Deutschland umgesetzten Maßnahmen. Damit leistet *Dot.sys* einen wesentlichen Beitrag zur Präventionsberichterstattung und verbessert so nicht zuletzt die Qualität und Transparenz in der Suchtpräventionspraxis. An *Dot.sys* beteiligte Fach- und Beratungsstellen, Ämter, Vereine, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer dokumentieren ihre Aktivitäten permanent in dem elektronischen Erfassungssystem. Die Dokumentation erfolgt auf freiwilliger Basis, daher kann kein Anspruch auf vollständig dokumentierte Suchtpräventionsmaßnahmen erhoben werden.

Im Berichtsjahr 2008 haben bundesweit ca. 320 Einrichtungen suchpräventive Maßnahmen in *Dot.sys* dokumentiert (ca. 260 Einrichtungen im Jahr 2007). Die Berichterstattung mit *Dot.sys* für das Jahr 2008 basiert auf insgesamt ca. 33.000 dokumentierten suchpräventiven Maßnahmen, Projekten und Programmen, die im Jahr 2008 in Deutschland umgesetzt wurden. Ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- Ca. 50% der dokumentierten Maßnahmen sind Aktivitäten, die sich an Multiplikatoren richten, 44% der Maßnahmen zielen auf Endadressaten und 6% sind Maßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit zu finden.
- Der überwiegende Teil aller dokumentierten Präventionsaktivitäten (42%) wird an Schulen umgesetzt. Dies sind beispielsweise Maßnahmen für Lehrerinnen und Lehrer (33% der Maßnahmen für Multiplikatoren) ebenso wie für Schülerinnen und Schüler (57% der

Maßnahmen für Endadressaten). Das Arbeitsfeld Schule ist für die suchpräventive Praxis besonders gut geeignet. Zum einen besteht unmittelbarer Zugang zur Zielgruppe und zum anderen wird durch universelle Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen der Grundstein für ein verantwortungsbewusstes Konsumverhalten in der Zukunft gelegt.

- Die substanzspezifisch durchgeführten Aktivitäten in der Suchtprävention im Jahr 2008 konzentrierten sich auf die Substanzen Alkohol (73%), Cannabis (44%) und Tabak (41%). Damit steht insbesondere mit Alkohol die Substanz, die in der Bevölkerung teilweise besorgniserregende Konsumprävalenzen aufzeigt, im Mittelpunkt der substanzspezifischen Suchtpräventionstätigkeiten.
- Der Anteil der Maßnahmen, die einer Evaluation unterzogen wurden bzw. werden liegt im Berichtsjahr 2008 insgesamt bei etwas weniger als einem Drittel aller Maßnahmen. 74% der durchgeführten Evaluationen werden intern hauptsächlich als Ergebnisevaluationen umgesetzt.

3.2 Universelle Prävention

Universelle Präventionsaktivitäten bilden den Grundstein der aktuell durchgeführten suchpräventiven Tätigkeiten. Unter universeller Prävention subsumieren sich Programme, Projekte und Aktivitäten, die sich an die allgemeine Bevölkerung oder einen Teil der allgemeinen Bevölkerung richten, die ein niedriges oder durchschnittliches Risiko trägt, eine Sucht bzw. Abhängigkeit zu entwickeln. Typisches Arbeitsfeld universeller Präventionsmaßnahmen ist die Schule. Der Arbeitsplatz, kommunale Einrichtungen oder Sportvereine sind weitere erfolgsversprechende Ansatzpunkte für universelle Präventionsmaßnahmen (Spring & Philips 2007).

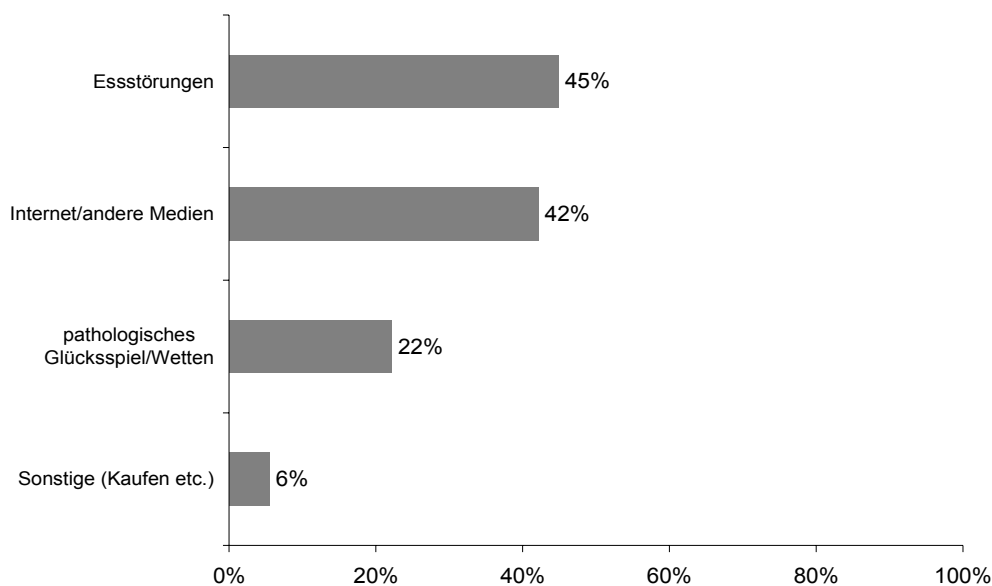
Maßnahmen der universellen Prävention werden in der Regel in Projekte mit spezifischem Substanzbezug, stoffungebundene bzw.- Verhaltenssuchte sowie suchstoffübergreifende Projekte unterschieden. Suchtstoffübergreifenden Präventionsmaßnahmen werden vor allem solche Maßnahmen zugerechnet, die der Vermittlung von Lebenskompetenzen oder der Bildung kritischer Einstellungen dienen.

Im Jahr 2008 stellen, auf Grundlage der Dot.sys-Dokumentation, diese Maßnahmen mit 48% den Schwerpunkt suchtpräventiver Maßnahmen in Deutschland dar. Zielgruppen dieser Maßnahmen sind Kinder und Jugendliche vor allem in der Schule, häufig auch bereits in Kindergärten und –tagesstätten.

Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug konzentrierten sich im Berichtsjahr 2008 auf die Substanzen Alkohol, Cannabis und Tabak. Alle anderen - vor allem illegale Substanzen - sind Gegenstand nur ca. jeder sechsten durchgeführten Präventionsmaßnahme. Eine neue inhaltliche Fokussierung bildet sich, wie Abbildung 3.1 zeigt, auch im Bereich der stoffungebundenen bzw. Verhaltenssuchte heraus.

Vor allem Essstörungen und die Nutzung von Medien (z.B. Online- und Computerspielsucht) stehen im Vordergrund der Aktivitäten im Bereich Verhaltenssuchte bzw. nichtstoffgebunde-

ne Süchte. Besonders die Präventionsaktivitäten im Bereich Glücksspiel, sind nicht zuletzt eine Reaktion auf die zunehmende Zahl von Personen, die z.B. durch Sportwetten, Geldspielgeräte oder Glücksspiel im Internet gefährdet sind. Durch den Glücksspielstaatsvertrag von 01.01.2008 kam es zu einer Intensivierung von Maßnahmen und der Entwicklung geeigneter Hilfeangebote auf Bundes- und Länderebene. In diesem Zusammenhang hat die BZgA eine nationale Dachkampagne zur Prävention von Glücksspielsucht bzw. problematischem Spielverhalten entwickelt und realisiert.



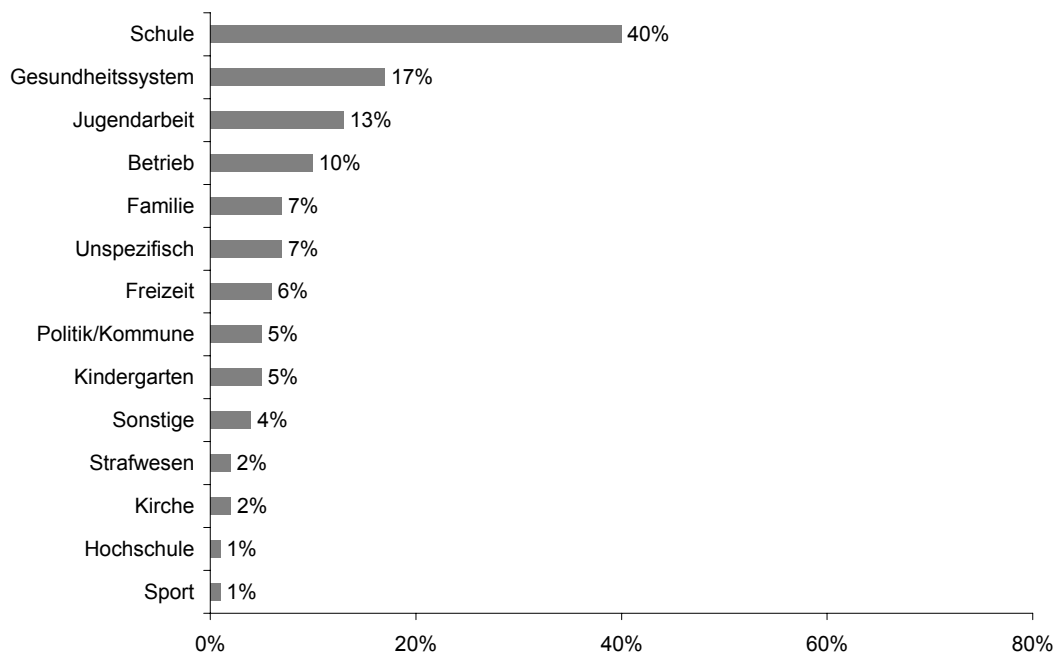
Dot.sys 2008, N=2.620 Maßnahmen.

Abbildung 3.1 Thematisierte Verhaltenssuchte

3.2.1 Schule

Das Arbeitsfeld Schule ist für universelle Präventionsmaßnahmen besonders gut geeignet. Zum einen bietet Schule den umfassendsten Zugang zur Hauptzielgruppe der universellen Präventionsmaßnahmen und zum anderen lassen sich präventive Maßnahmen sehr gut in die Unterrichtscurricula integrieren. Schule ist aus heutiger Sicht als Setting für stoffungebundene, substanzbezogene und substanzübergreifende Aktivitäten gleichermaßen gut geeignet.

Im Setting Schule kommen Programme zum Einsatz, die bundesweit umgesetzt werden, wie zum Beispiel *Be smart – Don't Start* und *rauchfreie Schule*, aber auch zahlreiche regionale Programme wie zum Beispiel *...ganz schön stark*, *Lieber schlau als blau* oder *KlarSicht Schleswig-Holstein*. Die genannten Programme setzen sich in der Regel aus unterschiedlichen Maßnahmenbausteinen zusammen, die von der Förderung sozialer Kompetenzen über die Vermittlung von Informationen und der Motivierung, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen, reichen.



Dot.sys 2008, N=32.817 Maßnahmen.

Abbildung 3.2 Settings von Präventionsmaßnahmen

40% aller im Jahr 2008 dokumentierten Suchtpräventionsmaßnahmen sind im Arbeitsfeld Schule angesiedelt. Dazu gehören Maßnahmen, die sich an Endadressatinnen und Endadressaten, also Schülerinnen und Schüler richten ebenso wie Fortbildungen und Trainings für Lehrkräfte. Die im schulischen Umfeld umgesetzten Maßnahmen basieren sowohl auf substanzunspezifischen (48,1% der im Jahr 2008 dokumentierten Maßnahmen) als auch auf substanzbezogenen (43,5% der im Jahr 2008 dokumentierten Maßnahmen) Präventionsansätzen. Dabei stehen neben der Vermittlung von Informationen und der Bildung kritischer Einstellungen die Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen im Mittelpunkt der Aktivitäten.

Zunehmend gewinnt der so genannte Peer-Education-Ansatz auch in der schulischen Suchtprävention an Bedeutung. Peer-Education-Ansätze basieren auf der Annahme, dass Gleichaltrige (Peers) günstigere Voraussetzungen zur Initiierung von Lernprozessen schaffen können, als dies beispielsweise Lehrkräften oder Beratungsfachkräften zugeschrieben wird. Dies liegt unter anderem in der größeren sozialen Nähe Gleichaltriger, den gemeinsamen Sprachcodes und somit der größeren Authentizität begründet (Backes & Schönbach 2002) Jugendliche, die als Peers zum Einsatz kommen, werden geschult und befähigt, als Experten in Problemlagen zu unterstützen und die Problemlösungsfähigkeit bei der Zielgruppe (Schülerinnen und Schüler) zu fördern. Peers dienen somit als Präventionshelferinnen und -helfer vor Ort, d.h. auch an jenen Orten, an denen legale und/oder illegale Drogen konsumiert werden. Ein Beispiel hierfür ist das *Buddy-Projekt*, das sich in Berlin auch dem Thema Suchtprävention widmet. Peergroup-Education, Selbstwirksamkeit, Lebensweltorientierung und Partizipation sind die zentralen Säulen dieses pädagogischen Konzepts.

Verhaltenspräventive Aktivitäten gehen häufig mit verhältnispräventiven Maßnahmen einher.

Dazu zählen beispielsweise die Einbeziehung von Lehrkräften in eine Präventionsmaßnahme sowie die Umsetzung eines bundesweiten Rauchverbots an Schulen. Im Präventionsfeld Alkoholkonsum sind verhältnispräventive Maßnahmen bislang größtenteils auf regionale Einzelmaßnahmen beschränkt. So planen einzelne Kommunen eine Einschränkung der Verkaufszeiten von alkoholischen Getränken beispielsweise an Tankstellen oder führen intensive Schulungen des Verkaufspersonals bezüglich der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen durch. Die Notwendigkeit solcher zusätzlichen Schulungen wurde durch vereinzelt durchgeführte so genannte Testkäufe durch minderjährige Jugendliche untermauert.¹³

3.2.2 Familie

Die Familie ist als wichtigste und beständigste Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen als Arbeitsfeld präventiver Maßnahmen von großer Bedeutung. Bis zum Einsetzen der Pubertät hat das familiäre Umfeld den größten Einfluss auf Normen und Werte von Kindern und somit auch auf die Ausbildung unterschiedlicher Verhaltensweisen, im positiven wie im negativen Sinne. Eltern und Geschwister aber auch nahe stehende Verwandte und Bekannte dienen Kindern und Jugendlichen häufig als Vorbilder, deren Lebensweise bewusst oder unbewusst adaptiert und imitiert werden. Die Familie hat damit auch einen großen Einfluss auf die Gesundheitserziehung und somit die Gesundheit des Kindes, auf die suchtpreventive Aktivitäten versuchen Einfluss zu nehmen.

7,8% der im Jahr 2008 dokumentierten Maßnahmen werden im Setting Familie umgesetzt. Im familiären Präventionsumfeld kommen nahezu ebenso viele substanzspezifische Maßnahmen wie substanzbezogene Aktivitäten zum Einsatz. Bei näherer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass es sich vor allem bei Maßnahmen, die Endadressaten ansprechen, um substanzbezogene Projekte handelt, während sich multiplikatorenbezogene Maßnahmen vor allem auf substanzspezifische Inhalte konzentrieren.

Die eigentlichen Interventionen erfolgen häufig nicht mit der Familie in einer Beratungsstelle, sondern beispielsweise im Kindergarten bzw. der Kindertagesstätte wie das Programm *Papilio*. *Papilio* ist ein Programm, das sich präventiv gegen die Entwicklung von Sucht im späteren Kindes- und Jugendalter richtet, indem es sozial-emotionale Kompetenzen fördert und Verhaltensauffälligkeiten reduziert (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2009). *Papilio* wird aktuell in zehn Bundesländern umgesetzt.¹⁴ Neben Maßnahmen für Kinder nehmen Erzieherinnen und Erzieher in dem Programm eine zentrale Rolle ein, indem sie die Kinder mit Hilfe eines entwicklungsfördernden Erziehungsverhaltens unterstützen sollen. Eltern werden im Rahmen von Elternabenden einbezogen, in denen Informationen vermittelt werden, die sie dazu befähigen sollen, einzelne Programmbestandteile zu Hause umzusetzen. Bundesweit wurden im Rahmen von *Papilio* 2.480 Erzieherinnen und Erzieher aus 638 Einrichtungen ausgebildet und 44.640 Kinder erreicht.

¹³ Im Rahmen dieser Testkäufe wurde beispielsweise festgestellt, dass nicht selten hochprozentige Alkoholika auch an Jugendliche (unter 18 Jahren) trotz Vorlage eines Ausweises abgeben werden.

¹⁴ Stand April 2009.

3.2.3 Kommunale Prävention

Eine ganzheitliche und nachhaltig wirksame Suchtprävention macht es erforderlich, neben der Einbeziehung der Familie und Schule auch die sozialräumliche Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen zu integrieren. Damit ist gemeint, dass sich auch Gemeinden, Städte, Regionen und Landkreise verstärkt an der Entwicklung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten beteiligen müssen. Kommunen sollen also nicht nur Ort präventiver Maßnahmen, sondern auch zentrale Akteure in der Suchtprävention sein. In der Regel hängt die Rolle einer Kommune als aktiver Akteur der Suchtprävention stark von der Größe d.h. der Zahl der Einwohner ab: kleine Kommunen verfügen häufig nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen, Suchtprävention auf ihrer kommunalpolitischen Agenda umzusetzen.

Kommunale Suchtprävention findet häufig im Rahmen von interkommunalen und überörtlichen Kooperationen mit verschiedenen lokalen Partnern wie zum Beispiel professionellen Suchtpräventionseinrichtungen, Kirchen, Selbsthilfeorganisationen, örtlichen Vereinen und Einrichtungen, Parteien und Verbänden etc. statt. Arbeitsfelder kommunaler Suchtprävention sind neben Kindergärten und Schulen vor allem der organisierte und nicht-organisierte Freizeitbereich sowie das Gesundheitswesen.

Um Aktivitäten der kommunalen Suchtprävention in der Bundesrepublik zu stärken, findet seit dem Jahr 2001 jeweils im Abstand von zwei Jahren mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten der durch die BzGA geförderte Bundeswettbewerb *Kommunale Suchtprävention* statt¹⁵. Das übergeordnete Ziel der Wettbewerbe besteht darin, „hervorragende kommunale Aktivitäten und Maßnahmen zur Suchtprävention für Kinder und Jugendliche zu identifizieren, zu prämiieren sowie in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, um damit zur Nachahmung guter Praxis und zum interkommunalen Erfahrungsaustausch anzuregen“ (Böhme 2009). Am Wettbewerb des Jahres 2008/2009 mit dem Titel *Suchtprävention für Kinder und Jugendliche vor Ort* beteiligten sich insgesamt 123 Kommunen. Die mit Abstand meisten eingereichten Projekte vereinen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Aspekte und richten ihre Aktivitäten auf Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren sowie Eltern und Multiplikatoren.

¹⁵ Nähere Informationen zum Bundeswettbewerb „Kommunale Suchtprävention“ unter www.kommunale-suchtpraevention.de

3.2.4 Freizeit und Sportvereine

Neben den bereits beschriebenen Arbeitsfeldern Schule, Familie und Kommune stellt das Setting Freizeit und Sport für universell angelegte frühe Präventionsaktivitäten ein nicht unwichtiges Betätigungsfeld dar. Mehr als 70% aller Kinder und Jugendlichen sind zumindest für einen kurzen Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Darüber hinaus schafft die flächendeckende Existenz von Sportvereinen in unterschiedlichen sozialen Milieus eine hohe Erreichbarkeit auch von sozial Benachteiligten.

Die bundesweite Kampagne *Kinder stark machen* (KSM) der BZgA greift diese Möglichkeit auf und richtet sich mit den Zielen Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl von Heranwachsenden zu stärken und ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern an Erwachsene, die in Sportvereinen Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Aus einer starken, selbstsicheren Position heraus sollen Kinder und Jugendliche ‚Nein‘ zu Suchtmitteln aller Art sagen können.¹⁶

Um Reichweite und Nachhaltigkeit der Kampagne zu sichern, ist die BZgA eine strategische Partnerschaft mit den mitgliederstarken Sportverbänden (Deutscher Fußball-Bund, Deutscher Turnerbund/Turnerjugend, Deutsch Olympischer Sportbund, Deutscher Handballbund, Deutscher Leichtathletikverband, DJK-Sportjugend) eingegangen. Schwerpunkt bildet in diesem Zusammenhang die Implementierung von entwickelten Kurzschulungskonzepten zum Thema Suchtprävention für das Regelangebot zur Qualifizierung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Breitensport. Im Rahmen der so genannten *KSM-Tour* beteiligt sich die BZgA an zahlreichen sport- und familienorientierten Großveranstaltungen. Im laufenden Jahr 2009 wurden auf elf Großveranstaltungen bislang ca. 500.000 Personen erreicht.

Zur Stärkung der Qualifizierungsaufgaben der Breitensportverbände wurden im Jahr 2009 bislang (Stand Juni 2009) 120 Lehr- und Bildungsreferenten (des DFB, DHB, DLV, DTB/DTJ und DSJ) in Kurzschulungen weitergebildet. Im Rahmen der bundesweiten *Aktionswoche Alkohol* des Jahres 2009, sind insgesamt über 900 Sportvereine der Aufforderung *Alkoholfrei Sport genießen* gefolgt und somit konnten zusätzlich ca. 2.700 Multiplikatoren und ca. 250.000 Vereinsmitglieder angesprochen werden.

3.3 Selektive Prävention

Selektive Prävention richtet sich an Personengruppen, die ein signifikant höheres Risiko aufweisen eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln, als die durchschnittliche Bevölkerung. Dieses Risiko kann immanent sein oder eine Gruppe von Personen trägt aufgrund verschiedener Merkmale über das gesamte Leben hinweg ein höheres Risiko, eine Sucht zu entwickeln (Spring & Philips 2007). Als Risikofaktoren sind sowohl biologische, psychologische, soziale als auch Umfeldeinflüsse zu berücksichtigen. Selektive Präventionsmaßnahmen werden beispielsweise für

¹⁶ Nähere Informationen zu „Kinder stark machen“ finden Sie unter www.kinderstarkmachen.de

- Schulabbrecher,
- sozial Benachteiligte,
- obdachlose Jugendliche,
- Personen mit Migrationshintergrund,
- Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien,
- konsumerfahrene Jugendliche und
- Clubgänger

entwickelt, um nur einige zu nennen.

Die Zielgruppen selektiver Präventionsmaßnahmen werden sehr häufig im Freizeitbereich angesprochen. Interventionen für sozial benachteiligte Jugendliche oder Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien erfolgen häufig bereits im vorschulischen und schulischen Bereich. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich den Vorteil, vorhandene Ressourcen gezielt frühzeitig einsetzen zu können. Allerdings ist die Gefahr einer Stigmatisierung der Zielgruppen selektiver Präventionsaktivitäten nicht von der Hand zu weisen, so dass die Vor- und Nachteile gründlich abgewogen werden müssen.

3.3.1 Risikogruppen

Sozial Benachteiligte

Menschen in schwierigen sozialen Lagen sind sehr häufig besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Statistisch betrachtet haben Personen der unteren sozialen Milieus ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder früher zu sterben als Angehörige der obersten sozialen Milieus. Soziale Benachteiligung erzeugt somit Ungleichheit in Gesundheitschancen (BMG 2008). Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status sind im Weiteren Risikofaktoren, die die Entstehung oder Intensivierung von Suchtproblemen begünstigen. Daher ist es besonders wichtig, diesen Personenkreis möglichst frühzeitig in seiner Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und zu stärken. Häufig sind die ‚üblichen‘ Präventionsmaßnahmen jedoch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit besonderem Förderbedarf kaum einsetzbar, da diese Kinder und Jugendlichen nicht über die entsprechenden personalen, sozialen und/oder kognitiven Kompetenzen verfügen, um die Präventionsinhalte hinreichend umsetzen zu können.

Vor diesem Hintergrund wurde beispielsweise *PeP – Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention* speziell für Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf entwickelt. Aktuell wird *PeP* in zahlreichen Bundesländern vor allem in Förderschulen, Integrationsklassen und Hauptschulen mit Erfolg eingesetzt. *PeP* ist so konzipiert, dass es von den Klassenstufen 3 bis 9 eingesetzt werden kann, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen entsprechend des Alters und der Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen.

Suchtprävention für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund

Suchtpräventionsmaßnahmen für Personen mit Migrationshintergrund beinhalten häufig eine Vielzahl von Aktivitäten, die von der Heranführung an öffentliche Einrichtungen, über die Aktivierung und Stärkung von Selbsthilfekräften bis zur Stärkung der Persönlichkeit und der Reduzierung des Risikos einer Suchtentwicklung reichen. Diese Aktivitäten sind in der Regel in übergreifende Maßnahmen zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern eingebettet, die beispielsweise vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) oder vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gefördert werden.

Im Berichtsjahr 2008 wurden vom BMFSFJ und BAMF insgesamt 221 Projekte zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von Zuwanderern gefördert bzw. umgesetzt. Darunter wurden insgesamt sieben Projekte durchgeführt, die insbesondere Maßnahmen zur Sucht- und Drogenprävention umsetzen, die vor allem den Zugang zur Suchthilfe verbessern sollen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Seit April 2009 fördert das Bundesministerium für Gesundheit in einem auf drei Jahre angelegten Modellschwerpunkt mehrere Projekte, die für unterschiedliche Zielgruppen im Migrationsbereich je exemplarisch einen verbesserten Zugang zum Suchthilfesystem erproben (www.transver-sucht.de).

Im Weiteren werden zahlreiche spezifische Maßnahmen für Personen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Bundesländern umgesetzt. Beispielhaft seien an dieser Stelle Aktivitäten der Fachstelle für Suchtprävention des Landes Berlin genannt. Unter dem Aspekt *Kultursensible Suchtprävention* stellt das Land Berlin einen speziellen Gesundheitswegweiser für Zuwanderer in deutscher und in türkischer Sprache sowie einen Leitfaden zur *Kultursensiblen Suchtprävention in Betrieben* zur Verfügung. Beide Publikationen berücksichtigen insbesondere die kulturell unterschiedlichen Ausgangslagen der Zielgruppe und versuchen auf diese Weise Hemmnisse aber auch Unklarheiten beispielsweise bzgl. der Zuständigkeiten der medizinischen Versorgung oder Hilfsdiensten abzubauen. Um den Zugang zu Familien mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern, kooperiert die Fachstelle für Suchtprävention beispielsweise mit der türkischen Gemeinde in Berlin und schafft so verbesserte Möglichkeiten zur Streuung der Informationsmaterialien.

3.3.2 Risikofamilien

Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

Aktuell leben in Deutschland etwa 2,7 Mio. Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien, schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene sind als Kinder in suchtblasteten Familien aufgewachsen.¹⁷ Da inzwischen gesicherte Erkenntnisse vorliegen, dass sich Alkohol- und Drogensucht in Familien häufig wiederholen, ist diese Gruppe eine der größten bekannten Zielgruppen selektiver Suchtpräventionsmaßnahmen. Als Ursachen für das erhöhte Suchtrisiko sind unter anderem das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und Scheidungen, körperliche und emotionale Misshandlung oder auch sexueller Missbrauch zu nennen, die in suchtblasteten Haushalten überdurchschnittlich ausgeprägt sind (Thomasius et al. 2008).

Um Kinder und Jugendliche aus belasteten Familien frühzeitig schützen zu können, wurde im Jahr 2006 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ initiiert und das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“ bei der BZgA und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) eingerichtet. Aufgabe des NZFH ist es unter anderem, die Praxis (Jugendämter, Gesundheitsämter, Jugendhilfe, Ärzte, etc.) darin zu unterstützen, familiäre Belastungen früher und effektiver zu erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen. In diesem Zusammenhang unterstützt das NZFH zahlreiche Akteure bei der Umsetzung von Modellvorhaben und Projekten. Ein Beispiel hierfür ist das Modellprojekt *Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtblasteter Eltern* in Mecklenburg-Vorpommern. Das Modellprojekt zielt darauf ab, ein möglichst niedrigschwelliges Angebot für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zu etablieren. Schwerpunkt dabei ist die frühe Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen sowie die Prävention von darauf resultierenden Vernachlässigungen und Gefährdungen der Kinder (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2008).

Darüber hinaus bündeln verschiedene Akteure ihre Aktivitäten und bieten u.a. Informationsmaterialien und Arbeitshilfen für Multiplikatoren zu diesem Thema an. In Hamburg wurde beispielsweise der Kooperationsverbund *Lina – Schwangerschaft – Kind – Sucht* mit dem Ziel gegründet, bereits vorhandene Maßnahmen zusammenzufassen und miteinander zu verknüpfen. Zu diesem Zweck wird derzeit eine Datenbank erstellt, die alle verfügbaren Informationen von Einrichtungen in Hamburg enthält und Präventionsfachkräften somit wichtige Informationen gebündelt vorhält.¹⁸

3.3.3 Selektive Prävention im Freizeitbereich

Präventionsmaßnahmen im Freizeitbereich bieten die Möglichkeit, eine sehr heterogene Gruppe von Kindern und Jugendlichen anzusprechen. Dies können Jugendliche in einem Jugendtreff ebenso sein wie Schulabbrecher in einer Jugendhilfeeinrichtung oder Clubgän-

¹⁷ www.nacoa.de

¹⁸ Weitere Informationen finden Sie unter: www.suchthh.de/schwangerennetz.htm

ger. Darunter sind häufig auch substanzkonsumerfahrene Jugendliche, sozial Benachteiligte oder delinquente Jugendliche, für die jeweils andere Präventionsschwerpunkte gesetzt werden müssen als für Konsumunerfahrene.

Grundsätzlich lässt sich der Freizeitbereich in einen organisierten und nicht-organisierten Bereich unterscheiden. Im organisierten Freizeitbereich (Einrichtungen der Jugendhilfe, der Kirche, kommunale oder städtische Jugendzentren) werden häufig suchtpreventive Maßnahmen umgesetzt, die sich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) ableiten. Dabei geht es vor allem darum, die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu fördern und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu erziehen. Aufgrund der bereits beschriebenen Heterogenität, ist es unabdingbar, die Lebenswelten der Jugendlichen ernst zu nehmen und die Aktivitäten nicht nur auf Konsumverzicht oder Konsumreduktion auszurichten, sondern Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement zu vermitteln.

Im nicht-organisierten Freizeitbereich gestaltet sich Suchtprävention offener. Damit ist gemeint, dass die Aktivitäten bzw. Angebote niedrigschwellig und in der Regel freiwillig sind. Sie zielen hauptsächlich auf eine Minimierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und die Förderung eines verantwortungsvollen Substanzkonsums. Grundlagen der Arbeit im nicht-organisierten Freizeitbereich sind mitunter Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit und ressourcenorientierte Prävention. Diese Ansätze lassen sich in zahlreichen so genannten Szene- oder Partyprojekten finden, die in vielen, zumeist größeren Städten angeboten werden. Aktivitäten solcher Partyprojekte werden häufig von Fachstellen bzw. Suchtpräventionseinrichtungen entwickelt und unter Mithilfe lokaler Clubs, Diskotheken oder Musik- und Partyveranstalter umgesetzt.

Stellvertretend für eine Vielzahl von Aktivitäten für Clubgänger, sei an dieser Stelle *mindzone* genannt, das überregional in Bayern aktiv ist. *Mindzone* ist eine Initiative von jungen Clubgängern, die 1996 in München entstanden ist und vom bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit finanziert und unterstützt wird. Ziel ist es, primär Drogenmissbrauch und Substanzabhängigkeit vorzubeugen. In diesem Zusammenhang werden junge und (noch) nicht konsumierende Clubgänger in ihrem drogenfreien Standpunkt bestärkt. Für konsumierende Clubgänger werden u.a. Informationen über Wirkungsweisen und Risiken von psychoaktiven Substanzen zur Verfügung gestellt, um zum einen akuten gesundheitlichen Gefährdungen durch Drogenunfälle vorzubeugen und zum anderen die gesundheitliche Belastung zu verringern. Jugendlichen mit bereits problematischem Substanzkonsum will *mindzone* als Ansprechpartner dienen. Ziele diesbezüglich sind die Minimierung von Risiken, die durch den Konsum von psychotropen Substanzen entstehen und die Unterstützung von Konsumenten bei Abstinenzversuchen.¹⁹

¹⁹ www.mindzone.de

3.4 Indizierte Prävention

Zielgruppe indizierter Präventionsmaßnahmen sind Personen, die ein hohes Risiko haben eine Abhängigkeit zu entwickeln. Dabei leitet sich die Notwendigkeit indizierter Präventionsmaßnahmen durch die Existenz wichtiger individueller Indikatoren ab, die eine spätere Abhängigkeitsentwicklung begünstigen. Im Unterschied zur selektiven Prävention, erfolgt indizierte Prävention in der Regel auf individueller Ebene, d.h. es geht nicht um die Identifikation von Personengruppen, auf die die genannten Merkmale zutreffen (EMCDDA 2009).

3.4.1 Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern sind ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtstörungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Bei einem Anteil von insgesamt ungefähr einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen, liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Ca. 10% weisen psychische Auffälligkeiten, d.h. spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen (RKI 2007a). Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigerem sozioökonomischen Status signifikant häufiger auf, als bei Kindern und Jugendlichen mit höherem sozioökonomischen Status. Diese Kinder und Jugendlichen verfügen in der Regel über geringere soziale und personale Ressourcen und sind somit zusätzlich belastet (Vgl. dazu auch Berichtsteil zu sozial Benachteiligten).

Inzwischen werden neben Risikofaktoren immer häufiger auch Schutzfaktoren in Erklärungsmodelle psychischer Auffälligkeiten aufgenommen. Familiärer Zusammenhalt hinsichtlich psychischer Auffälligkeit wirkt schützend, d.h. verringert die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Auffälligkeit deutlich. Familiärer Zusammenhalt ist ebenfalls ein zentraler Schutzfaktor in Bezug auf die Entstehung von Suchtverhalten. Diese Risiko- und Schutzfaktoren sollten unbedingt sowohl bei der Suchtprävention als auch bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden.

3.4.2 Kinder mit ADHS

Aktuell wird davon ausgegangen, dass bei ca. 3-5% 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 (Krause & Krause 2003). Untersuchungsergebnisse wurden bereits in den letztjährigen Berichten 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 Gruppen geschaffen werden. 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“.

3.4.3 Frühintervention

An der Schnittstelle von indizierter Prävention zur Behandlung wurden mittlerweile Maßnahmen etabliert, die dem Begriff Frühintervention zuzuordnen sind. Als wesentliches Merkmal weist die Zielgruppe von Maßnahmen im Bereich Frühintervention bereits Probleme durch erhöhten Substanzkonsum auf und/oder sie hat Probleme, die mit erhöhtem Substanzkonsum in engem Zusammenhang stehen. Diese Personengruppe hat ein sehr hohes Risiko eine Abhängigkeit zu entwickeln, zum Zeitpunkt der Intervention werden DSM-IV oder ICD-10 Kriterien jedoch (noch) nicht erfüllt (EMCDDA 2009). Zur Initiierung einer Behandlung, bedarf es (in der Regel) den Nachweis einer Abhängigkeit nach DSM-IV oder ICD-10.

Frühinterventionsprogramme sind in der Bundesrepublik inzwischen weit verbreitet. Dies trifft sowohl für den Bereich exzessiven Alkoholkonsums zu, als auch für den Konsum illegaler Substanzen. Dies bestätigen auch die Informationen, die das Monitoringsystems Dot.sys liefert. Im Jahr 2008 können nahezu 30% aller in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen dem Präventionsbereich Früherkennung/Intervention zugerechnet werden. Bei näherer Betrachtung der Zielgruppen wird deutlich, dass anteilig mehr Frühinterventionsmaßnahmen mit Endadressaten durchgeführt bzw. dokumentiert werden, jedoch der Anteil von Maßnahmen für Multiplikatoren in diesem Interventionsfeld nicht wesentlich abfällt (26,9% Maßnahmen der Kurzintervention bei Multiplikatoren vs. 32,9% bei Endadressaten).

Aktuell wird von Präventionsfachkräften eine große Anzahl unterschiedlicher Frühinterventionsmaßnahmen umgesetzt. Dies sind zum einen Interventionen, die bundesweit zum Einsatz kommen, zum anderen auf regionale Problemlagen angepasste Frühinterventionen. Unterscheidbar sind die Programme in Bezug auf die thematisierten Substanzen sowie in Bezug auf die Zugangswege zur Zielgruppe. Zum einen werden Jugendliche angesprochen, die im Justizsystem beispielweise wegen Cannabiskonsums auffällig oder aufgrund einer Alkoholintoxikation in eine Klinik eingewiesen wurden, zum anderen bedarf es auch der Eigeninitiative zur Teilnahme an einer Frühinterventionsmaßnahmen, wie beispielsweise bei dem Internetausstiegsprogramm der BZgA *Quit the Shit*. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang auch die Projekte *FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten*, *Hart am Limit (HaLT)* und *Selbstkontrolltraining (SKOLL)*, die jeweils bundesweit eingesetzt werden. Exemplarisch soll im Folgenden *HaLT* vorgestellt werden.

Das HaLT-Konzept wurde vom Zentrum für Suchtprävention Villa Schöpflin entwickelt und nach einer 18-monatigen Pilotphase als Bundesmodellprojekt inzwischen bundesweit implementiert. *HaLT* besteht aus einem reaktiven und einem proaktiven Projektbaustein, die sich gegenseitig ergänzen und verstärken. Im reaktiven Projektbaustein werden Jugendliche nach einer Krankenhauseinweisung aufgrund einer Alkoholintoxikation in der Regel noch im Krankenhaus angesprochen und beraten. Zusätzlich zu dieser Einzelberatung erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem exzessiven Konsumverhalten im Rahmen eines acht- bis zwölf-stündigen Gruppenangebotes. Neben der Zusammenarbeit mit den Kliniken werden weitere Beratungseinrichtungen einbezogen, um Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum frühzeitig zu erreichen. Ergänzend zum reaktiven Baustein wird eine kommunal verankerte

Präventionsstrategie implementiert, die Alkoholexzesse und gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum im Vorfeld verhindern soll. In diesem Zusammenhang spielen auch das Vorbildverhalten von Erwachsenen im Umgang mit Alkohol, die konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes an Festen, in der Gastronomie und im Einzelhandel sowie eine breite Sensibilisierung der Bevölkerung eine zentrale Rolle.²⁰

HaLT verknüpft somit den individuellen Ansatz indizierter Suchtprävention mit regionalen Präventionsstrategien und bindet darüber hinaus neben Jugendlichen und Erwachsenen zahlreiche Akteure wie z.B. Ärzte, Kommunen oder Jugendhilfeeinrichtungen in regionale Netzwerke ein. Im Rahmen des bundesweiten Transfers von *HaLT* wurden inzwischen über 60 Standorte eingerichtet und ca. 300 Fachkräfte aus der Suchtprävention geschult.

3.5 Nationale und regionale (Medien) Kampagnen

Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen sind Instrumente universeller Präventionsaktivitäten. (Mediale) Präventionskampagnen beruhen auf der Annahme, dass mit Hilfe der Verbreitung von Botschaften, die auf Überzeugung und Wissensvermittlung abzielen, Auswirkungen auf das Konsumverhalten zu erreichen sind (Bühler & Kröger 2006). Dazu wird zunächst häufig versucht, die Bekanntheit einer Kampagne bei der Allgemeinheit durch die Nutzung von Massenmedien zu erhöhen. So werden beispielsweise durch Anzeigen Botschaften vermittelt, die die Betrachter zum Nachdenken anregen und über Reflexionsprozesse im Idealfall das eigene Konsumverhalten verändern sollen.

Im Berichtszeitraum sind insbesondere Kampagnen bzgl. der Folgen zu hohen bzw. extensiven Alkoholkonsums initiiert worden. So richtet sich ein Teil der BZgA-Kampagne "*Alkohol? Kenn dein Limit*" speziell an Erwachsene und informiert die Bevölkerung über die negativen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums. Ziele der Kampagne sind unter anderem, der Bagatellisierung der Folgen des riskanten, schädlichen und abhängigen Alkoholkonsums entgegenzuwirken, über Trinkmengengrenzen zu informieren und die kritische Reflexion des eigenen Alkoholkonsums zu fördern. Im Rahmen der Kampagne stehen neben Informationsbroschüren für die Allgemeinbevölkerung auch eine Internetseite²¹ zur Verfügung, die als niedrigschwelliges Medium wichtige Informationen zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol bündelt. Des Weiteren wird ein interaktiver Alkohol-Selbsttest zur Verfügung gestellt, mit dem Interessierte ihren eigenen Alkoholkonsum bewerten und ihr Wissen zum Thema Alkohol testen können.

Unter Schirmherrschaft der Bundesdrogenbeauftragten warnt die polizeiliche Kriminalprävention mit der Kampagne *Don't drink too much – Stay Gold* vor Alkoholmissbrauch und Gewalt. Zur Umsetzung der Kampagne werden teilweise drastische Text-Bild-Kombinationen be-

²⁰ Weitere Informationen unter www.halt-projekt.de

²¹ www.kenn-dein-limit.de

nutzt, die Jugendliche aufrütteln sollen. Ziel der Kampagne ist es, dass sich Jugendliche damit auseinandersetzen, dass übermäßiges Trinken negative Folgen hat.²²

Im Juni 2009 fand mit der *Aktionswoche Alkohol* eine breit angelegte Kampagne unter dem Motto *Alkohol? Kenn dein Limit* statt. Im Vordergrund der Kampagne stand das Ziel, die Menschen in Deutschland auf ihren eigenen Alkoholkonsum aufmerksam zu machen und ein Bewusstsein für riskante oder missbräuchliche Trinkmuster zu entwickeln. Unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde die Aktionswoche Alkohol von der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. und der BZgA veranstaltet. Die Aktionswoche Alkohol 2009 basiert auf der Idee, dass viele Menschen mit unterschiedlichen Veranstaltungen an vielen Orten aktiv werden, so dass zahlreiche Veranstaltungen auf öffentlichen Plätzen - in Einkaufszentren, in Einrichtungen der Suchthilfe, in Kirchen und Sportvereinen stattfanden.²³

Im Land Berlin haben zahlreiche Akteure der Suchtprävention die Kampagne „*Na klar...!*“ ins Leben gerufen, die riskanten Konsummustern wie zum Beispiel Alkoholmissbrauch entgegenwirken soll. Im Jahr 2009 finden in allen Berliner Bezirken unterschiedliche Veranstaltungen und Aktionen zum Thema Alkohol statt, Alkoholprävention soll so nachhaltig sichtbar und wirksam werden. Im Berichtszeitraum (Stand Juni 2009) wurden bislang tausende Jugendkalender, Kampagnenflyer und Kampagnenplakate verteilt, ein Ideenwettbewerb initiiert und zahlreiche Partner und Unterstützer der Kampagne gewonnen.²⁴

²² Nähere Informationen finden Sie auch unter www.staygold.eu

²³ Genaue Angaben bspw. zur Anzahl der Veranstaltungen und erreichte Personen standen zu Redaktionsschluss noch nicht zur Verfügung.

²⁴ Nähere Informationen finden Sie auch unter www.praevention-na-klar.de

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Überblick

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.2) 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 (DHS 2008) 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 des „riskanten Konsums“ aus dem Deutschen Kern Datensatz schließt jeden Konsum einer Substanz (innerhalb der letzten 30 Tage) 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 von Drogen wie z.B. Heroin oder Kokain in Befragungen dazu neigen, lediglich den Konsum von vermeintlich „weichen“ Drogen, wie z. B. Cannabis, richtig anzugeben, dagegen aber die Verwendung z.B. von Heroin zu verneinen oder die Konsumhäufigkeit und Dosierung nach unten zu 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 Opioiden, Kokain oder Amphetaminen“ (Kraus et al. 2003).

Da bei den deutschen Zahlen aus dem Polizeibereich Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden sind und valide Schätzungen der Mortalität nur für Heroin Klienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroin Konsumenten beschränkt.

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 primär mit Heroin verknüpft, wobei seit einigen Jahren ein sinkender Anteil intravenösen Konsums unter den Klienten in Suchthilfeeinrichtungen zu beobachten ist. 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 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum

4.2.1 EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen)

Für das Jahr 2008 wurden zwei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch die Vorjahresergebnisse vorlagen:

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

Darüber hinaus wurde auch die Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten für die Daten des Jahres 2007 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern) regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegt, ist es nicht möglich, zum Zeitpunkt der Erstellung des REITOX-Berichtes für diesen Multiplikator einen auf Daten des Jahres 2008 basierenden Schätzwert zu berechnen.

- Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung
Die Gesamtzahl behandelter Fälle wird auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen in ambulanter 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 Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen. Insbesondere sind die eingesetzten Multiplikatoren, die auf kleinen Fallzahlen und selektiven Stichproben beruhen, nur begrenzt gültig. Die Verfahren wurden an anderer Stelle beschrieben. Die übrigen Verfahren wurden nicht angewendet, da notwendige Parameter nicht in einer zeitnahen, empirisch gesicherten Form vorlagen.

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 82.000 und 156.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2007 zugrunde legt).

Dies entspricht einer Rate von 1,5 bis 2,8 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1) und ist damit im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert. Erneut geringfügig gesunken ist die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“, wobei diese Veränderung aufgrund der Änderung des Erhebungsinstrumentes (neuer Kerndatensatz ab 2007) nur mit Vorsicht interpretiert werden sollte. Allerdings passt dieses Ergebnis in das Gesamtbild eines kontinuierlich sinkenden Anteils injizierender Heroinkonsumenten in den Behandlungseinrichtungen. Auch die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren (2000) rückläufig (bei einem seit 2005 konstanten Anteil Drogentoter, die zuvor als erstauffällige Konsumenten registriert worden sind). Die Zahl der Drogentodesfälle ist 2008 erneut leicht gestiegen, so dass das Intervall der Schätzung geringfügig größer ausfällt als im Vorjahr.

Der Wertebereich liegt weiterhin in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen 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 Opioidkonsums von 2004 bis 2007 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr					Prävalenz pro 1.000
	2004	2005	2006	2007	2008	
Behandlung	102-150	155-184	136-162	131-156	¹⁾	2,4-2,8
Polizeikontakte	136-172	128-166	117-159	108-149	99-137	1,8-2,5
Drogentodesfälle	87-115	78-111	76-108	82-116	82-121	1,5-2,2

1) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2008.

DBDD 2009, spezielle Berechnung.

Wählt man eine breitere Definition der Zielgruppe, die andere Opioide, 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 2007, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 167.000-198.000 (2006: 169.000-200.000). Dies entspricht einer Prävalenz von 3,0-3,6 (pro

1.000 Einwohner) (2006: 3,1-3,6) und ist damit gegenüber dem Vorjahr unverändert (einem sinkenden Anteil von Heroinkonsumenten steht eine wachsende Zahl von Kokainklienten gegenüber). Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der oben genannten Probleme nicht vorgenommen.

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

4.2.2 Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum

Die Inzidenz des problematischen Opioidkonsums (die Zahl der neuen Fälle in einem bestimmten Jahr) ermöglicht eine genauere Messung der Veränderungen im Zeitverlauf und kann einen frühzeitigen Ausblick auf künftige Entwicklungen bei Prävalenz und Behandlungsnachfrage geben. Allerdings liegen den herangezogenen Schätzmodellen mehrere Annahmen zugrunde und sie erlauben nur eine teilweise Schätzung der Inzidenz, da sie ausschließlich auf den Fällen basieren, die mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt kommen. In Zusammenarbeit mit einer Gruppe europäischer Sachverständiger hat die EBDD vor kurzem neue Leitlinien für Inzidenzschätzungen erarbeitet, um weitere Arbeiten in diesem Bereich anzuregen (Scalia Tomba et al. 2008). Neue Studien aus Deutschland liegen gegenwärtig nicht vor.

4.3 Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen

Schätzungen aus Gefängnissen

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 Justivollzugsanstalten sehr schwer zu erheben und oft wenig valide. Einen groben Überblick über die Situation geben Simon & Tischer (2006) auf der Basis von Angaben aus den Justizministerien der Bundesländer. Soweit dabei Angaben und Schätzungen zur Prävalenz von Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen gemacht werden, liegen diese zwischen 40% und 50%. Der Anteil der Gefangenen, bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vermutet wird, liegt bei etwa 33%. Für inhaftierte Frauen liegen die Prävalenzen tendenziell etwas höher als für Männer.

Aktuelle Schätzungen zum problematischen Drogenkonsum, die z.B. auf Daten niedrigschwelliger Einrichtungen, Polizeidaten oder Notaufnahmen beruhen, liegen nicht vor.

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.

4.4 Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch von Drogen

4.4.1 Gebrauchsformen außerhalb der PDU²⁵-Definition der EMCDDA

Problematischer/intensiver Konsum von Cannabis

In jüngster Zeit ist in verschiedenen Erhebungen das Konstrukt des „problematischen“ oder „riskanten“ Konsums von Cannabis untersucht worden. Allerdings unterscheiden sich die Terminologie und die Operationalisierung des jeweiligen Konstruktes von Studie zu Studie, so dass die Vergleichbarkeit der Informationen nur sehr eingeschränkt gegeben ist. Dennoch erscheint es aufgrund der heute vorliegenden Informationen zu den möglichen langfristigen Folgen intensiven Cannabiskonsums erforderlich, dieses Konsumverhalten bei der Betrachtung problematischer oder riskanter Konsummuster auch zu berücksichtigen.

Bereits im REITOX-Bericht 2008 wurden die Ergebnisse der letzten Untersuchung an einer jungen Altersgruppe von Konsumenten (14-18 Jahre) in Hamburg berichtet (Hamburger Schulbus, siehe auch Kapitel 2.1), bei denen 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%) fand (Baumgärtner 2008).

Die Ergebnisse der aktuellen Studien der BZgA zur Veränderung der Anteile „regelmäßiger“ Cannabiskonsumenden in den Altersgruppen der 12- bis 25-Jährigen bzw. 12- bis 17-Jährigen wurden bereits in Kapitel 2.3.2 dargestellt. Demnach ist der regelmäßige (im letzten Jahr mindestens 10malige) Konsum von Cannabis in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen seit 1993 rückläufig (1993: 4,4%; 2008: 2,3%)²⁶. Auch bei den 12- bis 17-Jährigen ist im selben Zeitraum ein – wenn auch nicht so deutlicher – Rückgang des regelmäßigen Konsums zu beobachten (1993:1,7%; 2008: 1,1%) (BZgA 2008).

Im Rahmen der letzten ESPAD Studie (siehe Kapitel 2.1) wurde erstmalig ein Screening-Instrument als optionales Modul eingesetzt, um Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis zu erfassen (Cannabis Abuse Screening Test, CAST; (Legleye et al. 2007)). In 17 der an der ESPAD teilnehmenden 35 Länder wurden Daten zum CAST erhoben. Piontek und Kollegen (2009) haben basierend auf der Teilstichprobe der aktuellen Konsumenten (definiert als diejenigen Studienteilnehmer, die angegeben hatten, innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert zu haben), eine ausführliche Analyse der einzelnen CAST Items und des CAST-Gesamtscores vorgelegt. Demnach berichteten die aktuellen Cannabiskonsumenden im europäischen Durchschnitt ein bis zwei von sechs möglichen Problemen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum (m=1,7). Der Cut-off-Wert für den problematischen Konsum des CAST wird von den Autoren des Instrumentes bei Vorliegen

²⁵ Problem Drug Use.

²⁶ Mit Ausnahme des Vergleichs der Jahre 2001 (3,0%) und 2004 (3,1%) ist der Anteil der „regelmäßigen“ Cannabiskonsumenden in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen seit 1993 kontinuierlich gesunken.

vier oder mehr Problembereichen angegeben. Nur 2% der europäischen Schüler der entsprechenden Altersgruppe und aktuellem Cannabiskonsum gaben an, dass alle sechs Problembereiche, die durch den CAST erhoben werden, innerhalb des letzten Jahres vorgelegen hätten. Ein Drittel der Konsumenten berichtete, kein einziges Problem im Zusammenhang mit Cannabis gehabt zu haben. Die deutschen Teilnehmer berichteten (gemeinsam mit den lettischen und polnischen Schülern) unterdurchschnittlich wenige Probleme ($m=1,1$). Einzig die Frage, ob sie bereits von Freunden oder Verwandten auf den Cannabiskonsum angesprochen worden seien, wurde von den deutschen Teilnehmern häufiger als im europäischen Durchschnitt bejaht – allerdings lagen die Antworten hier immer noch unterhalb derer zahlreicher anderer Länder wie z.B. der Slowakei, Griechenland oder Italien.

4.4.2 Prävalenzschätzungen bei intensivem, häufigem, langzeitlichem und anderen problematischen Konsumformen außerhalb der PDU-Definition

Andere Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen

In Ergänzung zu den unter Kapitel 4.3 berichteten Daten aus Wiederholungserhebungen, werden nachstehend noch ausgewählte Ergebnisse aus aktuellen Studien berichtet, die z.B. Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen problematischem, riskantem oder regelmäßigem Konsum und der späteren Entwicklung substanzbezogener Störungen beinhalten.

Mittels eines Klassifikationsverfahrens, das insbesondere für qualitative Merkmale geeignet ist (Latent-Class Analysis), in einer repräsentativen Stichprobe Adoleszenter und junger Erwachsener (EDSP-Studie) haben Wittchen, Behrendt und Kollegen (2009), gezeigt, dass 59,2% aller Personen mit wiederholtem Konsum illegaler Substanzen über einen 10-Jahres Zeitraum hinweg ein weitgehend unauffälliges Problemprofil aufweisen, das durch das Fehlen von cannabisspezifischen Problemen und das Ausbleiben der Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit in der Hochrisikophase für inzidente Substanzstörungen gekennzeichnet ist. Bei den verbleibenden 40,8% der untersuchten Personen können allerdings verschiedene problematische Merkmalsprofile identifiziert werden. So liegt das durchschnittliche Erstkonsumalter von Cannabis in allen Gruppen mit problematischen Merkmalsprofilen niedriger als in der Gruppe mit dem unauffälligen Merkmalsprofil. Besonders beachtenswert unter den problematischen Subgruppen ist dabei eine hauptsächlich von Cannabisstörungen, mit Cannabiskonsum assoziierten Problemen und niedrigen Behandlungsraten gekennzeichnete Subgruppe (8,5%). Diese Befunde unterstreichen die Bedeutsamkeit von an spezifische Problemprofile angepassten Interventionen für Personen mit problematischem Cannabiskonsum und Cannabisstörungen.

Ebenfalls mit Daten der EDSP-Studie konnten Behrendt und Kollegen (2009) neben Cannabis auch für Alkohol und Nikotin zeigen, dass ein früherer Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz im Vergleich zu einem späteren Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit verbunden ist. Allerdings ist der spätere und nicht wie erwartet der frühere

Konsumbeginn mit einem höheren Tempo des Übergangs zu Alkoholstörungen, Nikotinabhängigkeit und Cannabismissbrauch verbunden. Da Adoleszente mit einem späteren Konsumbeginn den Übergang zur Substanzstörung schneller vollziehen, müssen Faktoren identifiziert werden, die in der späteren Adoleszenz diese schnelleren Übergänge begünstigen (Verfügbarkeit, größere soziale Akzeptanz des Konsums, belastende Lebensereignisse und -umstände). Aus diesen Erkenntnissen zur Entwicklung substanzbezogener Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen lassen sich auch notwendige Anforderungen an die Versorgungslandschaft ableiten. Perkonig und Kollegen (2009) weisen in diesem Zusammenhang auf den gestiegenen Bedarf an neuen Allokationsstrukturen und -maßnahmen für Jugendliche gerade in frühen Stadien von Cannabisabhängigkeit und Alkoholstörungen hin.

Die Hochrisikophasen für den ersten Substanzkonsum sowie den Beginn von regelmäßigem Konsum und Substanzstörungen (Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) liegen in der zweiten Lebensdekade. Es ist besonders bemerkenswert, dass sich relativ große Anteile aller Übergänge vom Erstkonsum zum regelmäßigen Konsum und vom Erstkonsum zur Substanzstörung in den ersten wenigen Jahren nach dem Erstkonsum vollziehen. Dabei wurde die kürzeste Übergangsdauer für Cannabis beobachtet (im Vergleich zu Alkohol und Nikotin). Die Altersstufen 15-18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen bezüglich der Hochrisikophasen für inzidenten Substanzkonsum und Substanzstörungen sowie bezüglich des Tempos der Übergänge vom ersten Substanzkonsum zur Substanzstörung waren nicht feststellbar (Wittchen et al. 2008c). Der Konsum von Cannabis ist aber kein notwendigerweise vorübergehendes Jugendphänomen: Bei Personen mit erhöhter Konsumfrequenz in der Adoleszenz bleibt der Cannabiskonsum bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt bestehen. Auch Alkoholabhängigkeit und belastende Lebensereignisse sind Risikofaktoren für die Stabilität des Cannabiskonsums bis in das dritte und vierte Lebensjahrzehnt (Perkonig et al. 2008).

4.4.3 Missbrauch von Medikamenten

Übersicht

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren von 700.000 (Schwabe 2007) bis zu 1,9 Millionen arzneimittelabhängigen Personen (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 Medikamentenabhängigkeit wird die oft als "stille Sucht" bezeichnete Erkrankung anders als die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen (Rabbata 2005). Arzneimittelabhängigkeit betrifft häufig ältere Menschen (Ruhwinkel 2009) und Frauen (Simoni-Wastila et al. 2004). Darüber hinaus stellen Jugendliche, junge Erwachsene und Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Personen mit substanzbezogenen Störungen wichtige Risikogruppen für die Entwicklung von Störungen aufgrund des Konsums von Arz-

neimitteln dar. So haben Opioidabhängige z.B. einen erleichterten Zugang zum Schwarzmarkt und weisen eine größere Tendenz auf, Arzneimittel als Wirkungsmodulatoren für Drogen zu missbrauchen (Küfner & Rösner 2008).

Auch wenn insbesondere Störungen aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen kein neues Thema sind, befinden sich Benzodiazepin-Abhängige - wie auch Personen mit anderen Medikamentenabhängigkeiten - nur selten in suchtmmedizinischer Behandlung. Holzbach (2008) nimmt als Ursachen für die bundesweit geringe Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen durch Arzneimittelabhängige die fehlende Abwägung zwischen den Vor- und Nachteilen einer Langzeitbehandlung und die Überschätzung der Belastung durch den Entzug an. Medikamentenabhängige stellen eine eigenständige Gruppe innerhalb der Suchtpatienten dar, da es sowohl in der Krankheitsentstehung als auch in der Krankheitsverarbeitung Unterschiede z.B. zu alkoholabhängigen Patienten gibt. So bleibt die Abhängigkeit aufgrund des sozial meist unauffälligen Verhaltens der Betroffenen z.B. häufig wesentlich länger unerkannt und wird auch durch die Betroffenen häufig negiert. Auch erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt.

Auch Veränderungen konzeptueller Rahmenbedingungen nehmen möglicherweise Einfluss auf die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten. So steigen die in Deutschland verordneten Mengen an Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin) parallel zum Ausbau der Angebote zur Substitutionsbehandlung in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich an (Böger & Schmidt 2008). Aber auch die Verordnungsmengen anderer verschreibungspflichtiger Medikamente (vor allem: Opioide/Analgetika) zeigen während der letzten Jahre erhebliche Zuwachsraten (Böger & Schmidt 2008), so dass – auch auf dem Schwarzmarkt – von einer erhöhten Verfügbarkeit dieser Arzneimittelgruppen ausgegangen werden muss.

Zusätzlich zu den bereits seit vielen Jahren bekannten Problemen des Missbrauchs von Analgetika und Benzodiazepinen entwickeln sich in letzter Zeit auch neue Trends des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten wie z.B. der missbräuchliche Konsum von Antidepressiva (Küfner et al. 2009) oder Konsum, um leistungssteigernde Effekte zu erzielen („Doping“) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Doping am Arbeitsplatz hat sich als ein neueres Phänomen des Arzneimittelmissbrauchs in den letzten Jahren entwickelt. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 2 Millionen Menschen in Deutschland zu Arzneimitteln greifen, um ihre Leistung am Arbeitsplatz zu steigern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Um diesen neuen Trend im Arzneimittelmissbrauch zu reduzieren, existiert in Deutschland seit 2007 das Gesetz zur Besserung der Bekämpfung des Dopings im Sport (BGBI) sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnungen (BGBI). Hauptziel dieses Gesetzes ist es, die international vernetzten kriminellen Strukturen an ihren Aktivitäten zu hindern.

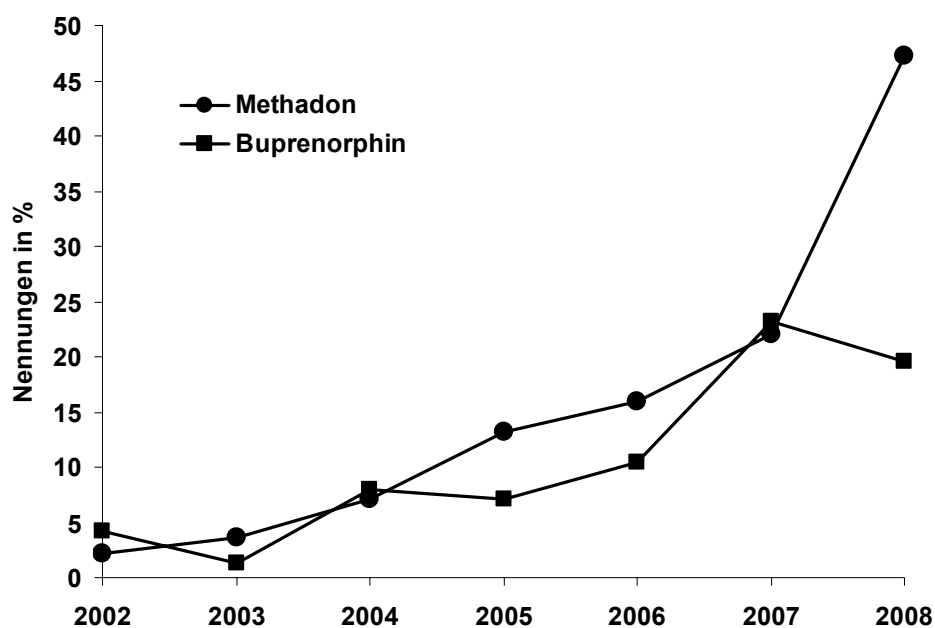
Daten aus dem Monitoringsystem Phar-Mon

Seit 1988 untersucht das vom BMG geförderte Projekt Phar-Mon den Arzneimittelmissbrauch unter Klienten einer Stichprobe von ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland. Ziel des Projektes ist es, das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten.

Eine Trendanalyse der Daten aus Phar-Mon der Jahre 2002 bis 2008 zeigt, dass der missbräuchliche Konsum von Substitutionsmitteln in der Gruppe der Patienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden seit sechs Jahren regelmäßig steigt (Casati et al. 2009). Die Zunahme des Substitutionsmittelmissbrauchs hat sich vor allem in den letzten zwei Jahren intensiviert. Abbildung 4.1 stellt die Anteile der Nennungen missbräuchlich konsumierten Methadons und Buprenorphins in dieser Population dar. Nach einer mehrjährigen parallelen Entwicklung des in der Phar-Mon-Stichprobe dokumentierten Missbrauchs von Methadon und Buprenorphin zeigen sich in 2008 erhebliche Unterschiede in den Anteilen der beiden Substanzgruppen²⁷.

2008 tauchte in den Phar-Mon Daten zum ersten Mal eine Nennung von Suboxone (Wirkstoffe Buprenorphin und Naloxon) auf. Dieses Substitutionsmittel beinhaltet Naloxon, einen Opioid-Antagonisten, der den missbräuchlichen Konsum verhindern soll. Trotz dieser Beimischung warnt Stimmel (2007) vor dem Missbrauchspotential von Suboxone. Smith und Kollegen (2007) berichten außerdem von Fällen eines Suboxone-Missbrauchs. Allerdings sei dieser Missbrauch im Vergleich zu der Anzahl der Verordnungen des Arzneimittels verhältnismäßig selten. Die Substituierten in der Untersuchung von Smith und Kollegen berichten, dass sie Suboxone nicht nur einnehmen, um Entzugssymptome zu vermeiden, sondern auch um Angst und Schmerz reduzierende und anregende Effekte zu induzieren. Diese Einnahmegründe lassen vermuten, dass dieses Arzneimittel als Beruhigungsmittel, Psychostimulanz und Analgetikum eingesetzt wird.

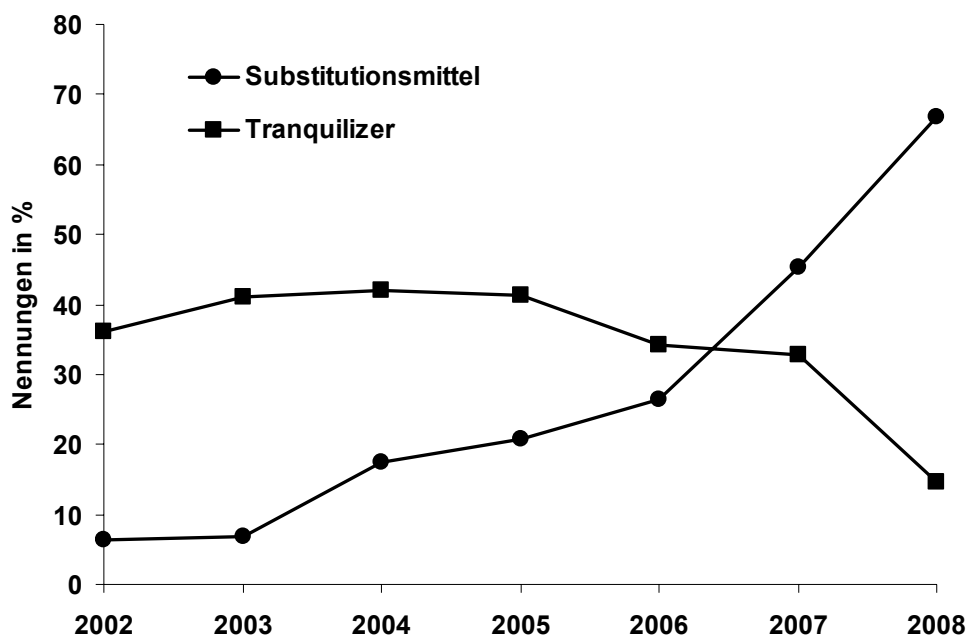
²⁷ GKV-Daten für das Jahr 2008 lagen bei Fertigstellung des REITOX-Berichtes noch nicht vor.



Phar-Mon 2009, eigene Berechnungen.

Abbildung 4.1 In Phar-Mon dokumentierte Anteile missbräuchlichen Konsums von Substitutionsmitteln zwischen 2002 und 2008

Neben Substitutionsmitteln werden häufig auch Tranquilizer und Hypnotika von Opioidkonsumenten missbraucht. Eine Längsschnittanalyse der Phar-Mon Daten zwischen 2002 und 2008 stellt Trends des Missbrauchs von Tranquilizern und Hypnotika dar. Abbildung 4.2 zeigt den Verlauf des Missbrauchs von Tranquilizern/Hypnotika innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Opioiden zwischen 2002-2008 (Casati et al. 2009).



Phar-Mon 2009, eigene Berechnungen.

Abbildung 4.2 Verlauf des Substitutionsmittel und Tranquilizer/Hypnotika Missbrauchs zwischen 2002 und 2008 für Patienten der Hauptdiagnosegruppe Opiode

Die Nennungen des Missbrauchs dieser Substanzen haben sich komplementär zu den Entwicklungen bei den Substitutionsmitteln entwickelt. Bis auf einem kleinen Anstieg zwischen 2002 und 2003 sind in Phar-Mon die Anteile der Missbrauchsnennungen von Tranquilizern/Hypnotika kontinuierlich gesunken. Die Verordnungsmengen dieser Arzneimittel sind in der GKV insgesamt während der letzten Jahre ebenfalls zurückgegangen (Lohse & Müller-Oerlinghausen 2008), während die Verschreibungshäufigkeit der Substitutionsmittel kontinuierlich gestiegen ist. Diese umgekehrte Beziehung könnte auch Folge von Unterschieden in der Verfügbarkeit dieser Medikamente auf dem Schwarzmarkt sein.

Der Missbrauch von Tranquilizern/Hypnotika in der Phar-Mon Stichprobe lässt sich fast ausschließlich auf das hypnotische Flunitrazepam und das sedierende Diazepam zurückführen. Diese beiden Benzodiazepine werden vor allem von Personen mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden häufig zur Kompensation von Entzugserscheinung eingesetzt. Bei Flunitrazepam zeigt sich außerdem eine Modulationskomponente: In Kombination mit Heroin wird die Wirkung des Opioids verstärkt (Poser & Poser 1996).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass parallel zu den in den letzten Jahren zunehmenden Verordnungsmengen von Substitutionsmitteln auch ein Anstieg der Nennungen missbräuchlich konsumierter Substitutionsmittel bei Patienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen zu beobachten war. Dabei spielt der Missbrauch von Methadon im Vergleich zu Buprenorphin naturgemäß eine größere Rolle. Im Vergleich zum Anteil an den insgesamt durch die GKV verordneten Mengen ist Buprenorphin verglichen mit Methadon allerdings deutlich

überrepräsentiert. Möglicherweise ist der Schwarzmarkthandel mit Buprenorphin u.a. wegen seiner Applikationsform (Tabletten) attraktiver als der Handel mit dem flüssigen Methadon.

Andere aktuelle Entwicklungen

In ihren Bemühungen, das Problem des Missbrauchs von Arzneimitteln zu reduzieren, hat die Bundesärztekammer 2007 den Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ erstellt. Der Leitfaden soll Mediziner über risikoreiche Arzneimittelgruppen, Früherkennung von Patienten mit Abhängigkeitsgefährdung und Möglichkeiten der Behandlung informieren. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert eine Evaluation dieses Leitfadens für Ärzte. 2008 hat die Bundesapothekerkammer ein ähnliches Dokument für Apotheker erstellt, in dem praktische Hilfestellungen bei der Früherkennung eines schädlichen Gebrauchs und Missbrauchs sowie Missbrauch- und Abhängigkeitspotential verschiedener Medikamente vorgestellt werden.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Behandlungsansätze wurden im Rahmen der MIMIK Studie („Motivierende Interventionen bei Medikamentenabhängigen im Krankenhaus“) proaktive und kurze Interventionen bei Medikamentenabhängigen implementiert. Die Ergebnisse zeigen signifikante Reduktionen der konsumierten Medikamentenmengen bei Sedativa/Hypnotika- und Opioid-Konsumenten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

5 Drogenbezogene Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

5.1 Überblick

Behandlungsphasen

Für Menschen, die ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung überwinden wollen, stehen zahlreiche Ausstiegshilfen und eine Vielzahl therapeutischer Angebote zur Verfügung. Dabei existieren zum einen abstinenzorienteerte Angebote und ergänzend dazu Substitutionsangebote mit einer zunächst begrenzten Zielsetzung hinsichtlich einer Stabilisierung des Gesamtzustandes. Beide Konzepte sind komplementär zu sehen, da auch Substitution im Prinzip langfristig auf Drogenfreiheit abzielt.

Die abstinenzgestützte Behandlung kann nach gegenwärtigem Wissensstand in vier grundlegende Phasen unterteilt werden („Phasenmodell“):

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

Das Ziel der *Kontaktphase* ist die Erlangung, der Erhalt und die Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung. 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 verschiedenen 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 Adaptionphase, zum anderen betreutes Wohnen oder andere ambulante Nachsorgemaßnahmen. In der Adaptionphase 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 Rentenversiche-

Träger die Klienten bei ihrem Bemühen um Integration in die Gesellschaft.

Datenquellen

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung.

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS; Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d) auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl (2008: n=753; 2007: n=720) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden. Seit dem Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der neue KDS (DHS 2008) verwendet. Aufgrund einiger Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen KDS sollten die Ergebnisse der Auswertungen der DSHS für ambulante und stationäre Einrichtungen der Berichtsjahre ab 2007 nur zurückhaltend in Beziehung zu den Daten der Vorjahre gesetzt werden (zur Einführung des neuen KDS siehe auch: REITOX-Bericht 2008, Kapitel 4.3). Der „Treatment Demand Indicator (TDI)“ der EBDD ist im KDS integriert. Unschärfen zwischen TDI und KDS ergeben sich aber nach wie vor aufgrund der Orientierung des deutschen Behandlungssystems an der ICD-10, die Analysen auf Substanzebene z.T. erschwert oder nicht möglich macht.

Auch für den stationären Bereich existieren umfangreiche Statistiken aus der DSHS. Allerdings beteiligten sich an der Bundesauswertung 2008 nur 131 (2007: 147) Einrichtungen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009e).

Viele größere, insbesondere psychiatrische Kliniken, die ebenfalls suchtspezifische Behandlungen anbieten, sind nicht in der DSHS vertreten. Um diese Lücken soweit wie möglich zu füllen, wurden für den REITOX-Bericht auch Daten aus zwei weiteren Quellen herangezogen, die Informationen zu stationär behandelten Personen beinhalten.

- Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, deren neueste Daten für das Berichtsjahr 2007 (Statistisches Bundesamt 2008b) vorliegen, erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen. Sie erfasst neben der behandlungsleitenden Diagnose auch Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der DSHS. Die Krankenhausdiagnosestatistik 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). Eine umfassende Statistik zur Behandlung der in Krankenhäusern behandelten 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.

- Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden (DRV 2008). Dabei entfällt jedoch der Teil der stationären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden.

Die Verteilungen dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entsprechen sich weitgehend, wenn man den deutlich höheren Anteil der undifferenzierten Diagnosen nach F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) in den Daten der DRV berücksichtigt.

- 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 2008 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl und Geschlechterverteilung der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.
- Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den KDS 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.

Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen ist die Beschreibung der stationär behandelten Drogenpatienten schwieriger als die der ambulant Behandelten. Es müssen verschiedene Quellen gleichzeitig berücksichtigt werden, wobei jedoch jede eine bestimmte Art der Selektivität aufweist.

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

5.2 Strategie, Politik

In Deutschland existieren laut Analyse der aktuellen Länderkurzberichte 2008²⁸ (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009) etwa 1.100 spezialisierte ambulante Suchtberatungsstellen, in denen vorrangig substanzbezogene Störungen behandelt werden²⁹. In etwa 300 spezialisierten

²⁸ Bei den Länderkurzberichten handelt es sich um eine Erhebung unter den Bundesländern zur Anzahl der Suchtkranken und zum Hilfeangebot in den jeweiligen Bundesländern, die von der DBDD durchgeführt wird. Im Vergleich zur letzten Erhebung (2004) wurden einige Kategorien entfernt und andere zusammengefasst, so dass Vergleiche über die Zeit nur eingeschränkt möglich sind. Für das Berichtsjahr 2008 liegen Datensätze für 15 der 16 Bundesländer vor.

²⁹ Dabei handelt es sich um eine Schätzung der Gesamtzahl der ambulanten psychosozialen Beratungsstellen, unter denen Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen.

Krankenhausabteilungen stehen knapp 8.800 Betten für Menschen mit substanzbezogenen Störungen zur Verfügung, in mehr als 110 Einrichtungen (>2.030 Plätze) wird ein qualifizierter Entzug (OPS 8-985) durchgeführt. Mindestens 311 Einrichtungen (>13.165 Plätze) bieten stationäre, mindestens 109 Einrichtungen (>1.062 Plätze) teilstationäre (auch: ganztägig ambulante oder tagesklinische) Rehabilitationsmaßnahmen an (einschließlich Alkohol und andere Substanzen). Diese Angebote werden um mindestens 126 Adaptionseinrichtungen (>1.292 Plätze), 261 stationäre (>11.026 Plätze) und 139 teilstationäre (>1.832 Plätze) Einrichtungen der Sozialtherapie, sowie Angebote des ambulant betreuten Wohnens (in mindestens 840 Einrichtungen; >10.257 Plätze) und 232 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (>3.342 Plätze) ergänzt (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009). Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig. Die DBDD hat mit Unterstützung des Bundes, der Länder und der Verbände ein zentrales Register aller Suchthilfeinrichtungen in Deutschland aufgebaut, das erstmalig einen nahezu vollständigen Überblick über alle bestehenden (Fach-)Angebote liefern wird und sich an der Klassifikation des Deutschen Kerndatensatzes (DHS 2008) orientiert (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2009). Erste Auswertungen des Registers werden für den Herbst 2009 erwartet.

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung (bundesweit >300 Einrichtungen) 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.

Die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung finden in der Regel in Krankenhäusern statt. Diese Entzugsphase wird in der Regel durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Für alle Personen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, wird die Hauptdiagnose dem Statistischen Bundesamt gemeldet, das diese Daten regelmäßig publiziert (Krankenhausdiagnosestatistik).

Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Daher ist für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung. Zu diesen Leistungen liegen Statistiken der Rentenversicherungsträger vor, die sich an den erbrachten Leistungen dieser Institutionen orientieren.

Die psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland stellen einen wesentlichen Teil der stationären und ambulanten Behandlung von Suchtkranken sicher. Dem Modell der qualifizierten Entzugsbehandlung folgend werden Patienten neben der körperlichen Entgiftung durch geeignete Maßnahmen für weiterführende Behandlungen motiviert. Darüber hinaus weisen viele Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie auch Spezialstationen zum qualifizierten Heroinentzug auf. Nach im Rahmen der „Personalverordnung Psychiatrie“ erhobenen Daten (2006: 247 Kliniken und Abteilungen mit rund 42.000 Betten) beträgt der Anteil (aller) Sucht-

kranker stabil bei 18%. Seit langer Zeit ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfes in zunehmend intensivere Behandlungsformen zu verzeichnen. Die ambulante Betreuung von Suchtpatienten in psychiatrischen Einrichtungen wurde vor allem durch die Etablierung der psychiatrischen Institutsambulanzen mit Behandlungsauftrag für Suchtpatienten stark ausgebaut. In 414 psychiatrischen Institutsambulanzen werden ca. 650.000 Behandlungen pro Jahr durchgeführt, 12% davon sind Suchtkranke. Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psycho-sozialen Beratungsstellen und den stationären ambulanten Einrichtungen zur Suchtrehabilitation zusammen. In einigen Bundesländern, wie z.B. in Baden-Württemberg, gibt es inzwischen fest etablierte kommunale Suchthilfenetze.

Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf wesentliche Ausnahmen auf der Grundlage des SGB VI und XII keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier häufig auf Finanzierungsmodelle angewiesen, die staatliche Mittel, sowie Mittel der Sozialversicherung und der Agenturen für Arbeit nutzen.

5.3 Behandlungssystem

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist – wie oben beschrieben - sehr ausdifferenziert und reicht von Institutionen, die erste niedrighschwellige Kontakte anbieten, über Beratungsangebote bis hin zu intensiver Betreuung und Therapie in spezialisierten stationären Einrichtungen und ein weithin verfügbares Angebot von Substitutionsbehandlungen. Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt aber nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Ebene der Bundesländer oder Kommunen.

Auch eine Trennung zwischen drogenfreier Behandlung und Behandlung mit medikamentöser Unterstützung - also vor allem Substitutionsbehandlung - ist für die Beschreibung des Behandlungssystems in Deutschland nur begrenzt geeignet. Denn eine klare Zuordnung der psychosozialen Beratungsstellen, die ein zentrales Versorgungselement darstellen, ist beispielsweise im Falle der psychosozialen Begleitung von Klienten in Substitutionsprogrammen problematisch (mit Ausnahme der wenigen Fälle, möglich, in denen die Beratungsstellen selbst Substitutionsmittel vergeben). In der Regel findet die medizinische Substitution außerhalb der Beratungsstelle statt. Die psychosoziale Betreuung oder Therapie findet dagegen in der Beratungsstelle statt und ist damit per se weder dem drogenfreien noch dem medikamentös unterstützten Ansatz verpflichtet.

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.

5.3.1 Organisation und Qualitätssicherung

Organisation

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 Psychiatriebereich) vorgenommen. Beim Entzug von Opioidabhängigen werden zur Reduktion negativer Begleitscheinungen 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 aber nicht differenziert vor. Die Fälle sind jedoch in der Krankenhausstatistik enthalten.

Die ambulanten Beratungsstellen sind häufig 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 meistens kostenlos, die Einrichtungen werden vor allem von den Kommunen und Bundesländern sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuerermittel, etc.) finanziert.

Sind die Suchtprobleme und ihre Begleitscheinungen 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 sogar unmöglich (wenn 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.

Entwöhnungsbehandlungen werden vor allem in Fachkliniken oder in therapeutischen Gemeinschaften durchgeführt. 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.

Seit 2001 ist auch die substitutionsgestützte Behandlung detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch voll anerkannt. Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren Teil der Standardbehandlung von Opioidabhängigen, mit der eine große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird und hat in zahlreichen Studien ihren Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt

(Michels et al. 2007). Gerlach & Stöver (2005) geben einen guten Überblick über den Stand der Substitution in Deutschland. Die vor kurzem veröffentlichten Ergebnisse einer Studie von Wittchen und Kollegen (2008b) unterstreichen erneut die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin und weisen eine Haltequote der Patienten in Substitutionsbehandlungen aus, die vergleichbar mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien ist. Häufig ist der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie anderer Opioiden und Kokain) ausschlaggebend für einen Behandlungsabbruch oder andere Komplikationen im Behandlungsverlauf. Bei den Patienten in Langzeitsubstitutionsbehandlung handelt es sich um eine Klientel, die durch eine extrem hohe Belastung aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen gekennzeichnet ist.

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. In Deutschland zur Substitution zugelassene Substanzen sind Levomethadon, Methadon und Buprenorphin; Codein und DHC können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmedizinische 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.

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 Ausstieg aus der Opioidabhängigkeit oder die erfolgreiche Behandlung weiterer (somatischer und psychischer) Erkrankungen (Wittchen 2008).

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. 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.

Bisher ist es noch nicht zufrieden stellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Speziahsystem der Drogenhilfe in Deutschland zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch deutlich besser. Der Versuch, einen Gesamtüberblick über die Versorgungssituation in Deutschland geben zu wollen, ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen und daraus resultierender regionaler Unterschiede problematisch.

Am 28.05.09 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ beschlossen, das am 21.07.2009 in Kraft getreten ist (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2 und die REITOX-Berichte 2007 und 2008).

Qualitätssicherung

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 Opioidabhängigen (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. In Abgrenzung zu der bislang gängigen Praxis betonen diese Leitlinien, dass auch bei Opioid-Abhängigen, insbesondere wenn sie sich in einem Substitutionsprogramm befinden, auch die Hepatitis C behandelt werden soll (Backmund et al. 2006).

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. Zurzeit werden

viele Studiengänge in Deutschland wie in vielen anderen europäischen Staaten neu strukturiert. So besteht z.B. bereits die Möglichkeit, einen postgraduierten Studiengang zu absolvieren, der mit dem Grad eines MSc (Master of Science) im Bereich Suchthilfe abschließt. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle.

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.

5.3.2 Verfügbarkeit und Behandlungsformen

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 2006). Eine ausführliche Darstellung der grundsätzlich verfügbaren Behandlungsformen ist bereits weiter oben erfolgt (siehe Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.3.1) und wird hier nicht wiederholt. Hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern durchaus Unterschiede. So existieren z.B. nicht in allen Bundesländern Konsumräume als Element schadensminimierender Angebote. Darüber hinaus gibt es immer wieder Berichte über Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit Substitutionswunsch in ländlichen Regionen (insbesondere in den östlichen Bundesländern) sicher zu stellen.

Insgesamt hat sich die Angebotssituation in letzter Zeit nicht grundsätzlich geändert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder 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.

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 (siehe dazu auch Sonderkapitel 12).

Die zur Verfügbarkeit von Behandlung vorliegenden Informationen finden sich in Standardtabelle 24.

5.4 Charakteristika der behandelten Personen

5.4.1 Ambulante Behandlung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) des Jahres 2008 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d). Die den Darstellungen zugrunde gelegten Daten entstammen der Teilauswertung für ambulante Betreuung und Behandlung. Ausführliche Angaben zu den Variablen des Schlüsselindikators Behandlungsnachfrage (Treatment Demand Indicator; TDI) sind der Standardtabelle 3 zu entnehmen. Informationen zu Klienten, die sich parallel zu einem Gefängnisaufenthalt in Betreuung/Behandlung befinden und einige Informationen zu Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen finden sich in Kapitel 9.6.1 bzw. Kapitel 7.2.

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2008 insgesamt 303.842 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in N=753 ambulanten Einrichtungen erfasst. Für den vorliegenden REITOX-Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz im Mittelpunkt der Betreuung stand (allein Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2008 56% aller erfassten Episoden aus).

Diagnosen

Für das Jahr 2008 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 55.526 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind (Anteil Männer: 79,6%; 2007: 80,5%). 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, handelte es sich mittlerweile in weniger als der Hälfte der Fälle (49,1%; 2007: 49,6%) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In fast einem Drittel der Fälle (32,8%; 2007: 32,5%) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Die Anteile der Klienten, die sich wegen Problemen aufgrund des Konsums von Kokain (7,2%; 2007: 7,6%), Stimulantien (6,8%; 2007: 6,4%) und anderen Substanzen in Beratung und Behandlung begeben haben, sind im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert. Bei Per-

sonen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis als Substanz deutlich an erster Stelle (59,0% aller Klienten; 2007: 51,2%) vor dem deutlich gesunkenen Anteil der wegen Störungen durch Opioide erstbehandelten Klienten (19,8%; 2007: 27,7%) und einem stabilen Anteil an Konsumenten von Stimulantien (10,3%; 2007: 10,4%) (Tabelle 5.1). Die Anteile aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

Tabelle 5.1 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2008)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von ... (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten ¹⁾ (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioiden	47,4	56,1	49,1	18,3	25,6	19,8
Cannabinoiden	35,6	21,8	32,8	62,5	44,1	59,0
Sedativa/Hypnotika	1,2	6,0	2,2	1,0	6,2	1,9
Kokain	7,7	5,2	7,2	8,2	6,8	8,0
Stimulantien	6,3	8,8	6,8	9,1	15,8	10,3
Halluzinogenen	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,0	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
Multiplen/anderen Substanzen	1,6	1,8	1,6	0,6	0,9	0,6
Gesamt (N)	44.179	11.113	55.526	10.526	2.368	12.825

1) Alle Behandelte sind in diesem Fall alle Zugänge/Beender des Berichtsjahres.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen wies 2008 jeder vierte (25,2%; 2007: 27,5%) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain auf (24,4%; 2007: 27,1%). Mit 32,2% (2007: 35,7%) stellte die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis nach wie vor die häufigste nicht-opioidbezogene Sekundärdiagnose bei diesen Klienten dar. Mit 37,5% (2007: 41,7%) wiesen etwas weniger Klienten mit Opioidproblemen als im Vorjahr auch eine Methadon-Einzeldiagnose auf. Bei Klienten mit primären Kokainproblemen standen Cannabis (45,2%; 2007: 48,1%), Alkohol (36,8%; 2007: 41,2%), Amphetamine (18,5%; 2007: 19,1%) und Ecstasy (9,4%; 2007: 10,7%) im Vordergrund. Nach wie vor erfüllte etwa jeder zehnte Klient mit einer primären Kokainproblematik zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin (9,5%; 2007: 12,0%). 16,4% (2007: 16,0%) der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik wiesen auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen, 11,0% (2007: 11,7%) von Kokain auf. Knapp ein Drittel (28,3%) der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung. Über alle Substanzen hinweg hatte etwa ein Viertel bis über ein Drittel der Klienten damit zusätzlich zum primären Grund der Behand-

lungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d).

Soziodemographische Informationen, Konsumarten und Behandlungsdauer

Im Jahr 2008 waren 79,9% (2007: 80,5%) der in der DSHS erfassten 55.526³⁰ ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 56,1% (2007: 57,6%) aller Behandelten waren zwischen 15 und 30 Jahre alt. 83,7% (2007: 82,9%) waren deutsche Staatsbürger, 2,8% (2007: 3,6%) stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union, 8,8% (2007: 8,7%) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion. Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 5.2 für die wichtigsten Substanzen eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

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

Tabelle 5.2 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2008)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulantien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m)	33,1	24,0	31,3	25,9	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m)	20,8	15,3	21,4	17,9	
Geschlecht (Anteil Männer)	76,8%	86,4%	85,5%	73,7%	
Alleinstehend	50,3%	57,9%	44,8%	50,0%	
Erwerbsstatus ¹⁾					
	Arbeitslos	59,1%	35,8%	37,4%	39,9%
	Schüler/in / In Ausbildung	4,1%	27,8%	7,2%	15,3%
Wohnungslos ¹⁾	2,6%	0,7%	1,2%	0,7%	

1) Am Tag vor Betreuungsbeginn.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d.

In Tabelle 5.3 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert, wobei sich der Trend fortsetzt, dass der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des Rauchens sinkt. Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem fünften Kokainkonsumenten. Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschnüffelt (v.a. Kokain) oder geraucht (v.a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

³⁰ davon n=55.292 Klienten, für die Angaben zum Geschlecht vorlagen.

Tabelle 5.3 Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2008)

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnüffeln	Andere	
Heroin	63,0%	23,9%	2,4%	10,3%	0,4%	16.773
Methadon	3,3%	1,4%	94,1%	0,5%	0,7%	7.673
Buprenorphin	3,9%	1,2%	89,6%	4,2%	1,2%	1.628
And. Opioide	14,7%	10,2%	67,0%	4,8%	3,3%	1.808
Kokain	21,9%	22,7%	1,2%	52,4%	1,8%	9.417
Crack	8,7%	76,4%	1,2%	13,3%	0,4%	1.455
Amphetamine	1,6%	10,8%	37,3%	46,6%	3,7%	6.636

Mehrfachnennungen möglich.
Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d.

Die DSHS enthält auch einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 20,7 bei Opioidklienten am höchsten (wenn auch deutlich niedriger als 2007: 32,6), bei Cannabisklienten ist sie mit 9,6 am niedrigsten (2007: 11,2). Frauen nehmen (mit der Ausnahme: Halluzinogene) durchweg mehr Kontakte wahr als Männer mit jeweils vergleichbaren Hauptdiagnosen (Tabelle 5.4). Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opioidklienten sind im Mittel am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten (Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums flüchtiger Lösungsmittel sind wegen der geringen Fallzahl nicht berücksichtigt). Mit Ausnahme der Klientinnen, die wegen primärer Probleme aufgrund des Konsums von Opioiden in Betreuung/Behandlung sind, haben Frauen bei allen anderen Substanzen trotz der höheren Kontaktzahlen insgesamt kürzere Behandlungsdauern als die Männer. Dies spricht dafür, dass die Betreuungs- und Behandlungsintensität bei Frauen höher ist.

Tabelle 5.4 Zahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2008)

Hauptdiagnose	Zahl der Kontakte (m)			Betreuungsdauer (m) ¹⁾		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	19,3	25,1	20,7	44,2	51,0	45,9
Cannabinoide	9,5	10,2	9,6	26,3	23,5	26,0
Sedativa/Hypnotika	12,3	15,4	14,3	26,8	34,3	30,9
Kokain	14,2	15,4	14,4	29,8	27,5	29,6
Stimulantien	11,8	12,0	11,8	33,6	30,8	32,7
Halluzinogene	16,2	13,9	15,8	47,5	41,4	46,3
Flüchtige Lösungsmittel	10,2	14,7	11,9	14,9	18,7	16,1
Mult./and. Substanz	17,3	22,5	18,4	36,4	33,6	35,7

1) in Wochen.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d.

5.4.2 Stationäre Behandlung

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, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit Hauptdiagnose F11-F16 oder F18-F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. Darüber hinaus existieren Daten aus der DSHS, die für einen Ausschnitt der Fachkliniken und –einrichtungen Daten entsprechend des KDS zur Verfügung stellen.

Diagnosen

Im Jahr 2008 wurden von insgesamt 29.814 in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dokumentierten stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 5.633 Personen wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) behandelt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009e). Darunter waren 4.550 Männer, dies entspricht einem Männeranteil von 80,8% (2007: 83,4%). Hauptursache für stationäre Behandlungen insgesamt waren nach wie vor alkoholbezogene Störungen (19.752 Behandlungen; 2007: 13.013). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch hier basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach wie vor stellen im Rahmen der DSHS unter den Klienten mit primären Drogenproblemen (ohne Hauptdiagnose Alkohol) diejenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (44,0%; 2007: 48,6%). Die zweitgrößte Gruppe bilden Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (20,6%; 2007: 19,6%), gefolgt von Klienten mit polyvalentem Konsum (12,5%; 2007: 9,9%). Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulantien sind in 8,9% (2007: 9,8%) bzw. 9,7% (2007: 9,2%) der Fälle der primäre Behandlungsgrund (Tabelle 5.5).

Wie bereits im Vorjahr ist Cannabis im Rahmen der DSHS-Berichterstattung noch vor dem polyvalenten Konsum die zweithäufigste Diagnosegruppe. Möglicherweise ist dies Ausdruck der gestiegenen Bedeutung von Cannabis auch im stationären Kontext von Fachkliniken. Allerdings stehen diese Informationen nicht in unmittelbarer Übereinstimmung mit den Daten der Rehabilitations- und Akutbehandlungen, bei denen die Opioid- und der multiple Substanzgebrauch (der praktisch immer mit Opioidkonsum verbunden ist) die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle ausmachen. Unter den stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Klienten spielt Cannabis bei Frauen nach wie vor eine deutlich geringere Rolle als bei den Männern: Nur 14,0% (2007: 12,7%) der Frauen vs. 22,2% (2007: 21,1%) der Männer wiesen eine Cannabisdiagnose auf. Unterschiede in dieser Größenordnung zwischen den Geschlechtern finden sich in der DSHS sonst nur noch für Sedativa/Hypnotika, bei denen das Verhältnis fast um den Faktor 1:10 umgekehrt ist und bei Kokain, das bei den

Männern zu einem höheren Anteil behandlungsleitend ist (10,0% vs. 4,0%; 2007: 10,6% vs. 5,5%).

Tabelle 5.5 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	2007	DSHS		
	2007	2007		2008		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
Opioide	35,2%	21,5%	48,6%	44,0%	44,1%	43,7%
Cannabinoide	6,4%	8,9%	19,6%	20,6%	22,2%	14,0%
Sedativa/Hypnotika	10,1%	1,9%	2,7%	3,8%	1,8%	12,4%
Kokain	1,4%	3,5%	9,8%	8,9%	10,0%	4,0%
Stimulantien	1,9%	2,7%	9,2%	9,9%	9,7%	10,5%
Halluzinogene	0,6%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%
Fl. Lösungsmittel	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Mult./And. Substanz.	44,2%	61,3%	9,9%	12,5%	11,8%	15,2%
Gesamt (Anzahl)	89.888	13.692	6.855	5.633	4.550	1.083

DRV 2008; Pfeiffer-Gerschel et al. 2009e; Sonntag et al. 2008; Statistisches Bundesamt 2008b.

Vergiftungen durch Sedativa und Hypnotika waren in der Akutbehandlung (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ häufig, etwa jede zehnte Suchtdiagnose bei den Krankenhausbehandlungen bezieht sich auf diese Substanzen. Bei den Entwöhnungsbehandlungen (DRV) und der DSHS 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 5.5).

Im Akutbereich beruhte 2007 etwa die Hälfte (44,2%; 2006: 46,1%) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr sogar 61,3% (2006: 63,6%) aller Fälle. In beiden Statistiken sinkt dieser Anteil aber seit einigen Jahren kontinuierlich. In der DSHS wird häufiger der Konsum von Opioiden als behandlungsleitend kodiert.

Die Bedeutung weiterführender Behandlungsangebote im Anschluss an eine Akutbehandlung haben Backmund und Kollegen (2008a) anhand von Verlaufsdaten erneut illustriert. Die Autoren haben die Rückfallquoten verschiedener Patientengruppen nach erfolgreich abgeschlossener Entzugsbehandlung von Opioiden in Abhängigkeit davon verglichen, ob im Anschluss eine weiterführende stationäre Entwöhnungstherapie geplant war (Gruppe 1) oder keine weitere Therapie in Aussicht gestellt wurde. Dabei zeigte sich, dass eine Woche und drei Monate nach der Entzugsbehandlung Gruppe 1 eine im Vergleich zu Gruppe 2 deutlich geringere Rückfallwahrscheinlichkeit aufwies (nach einer Woche: 11% vs. 53%; nach drei Monaten: 48% vs. 85%). Ein Jahr nach Ende der Entzugsbehandlung näherten sich die Rückfallquoten beider Gruppen allerdings immer mehr an (84% vs. 94%).

Vergleicht man die Daten der stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligen, mit den Statistiken der Akutbehandlungen in Krankenhäusern und den Maßnahmen, die von der Deutschen Rentenversicherung finanziert werden, so kann man folgendes feststellen: In der stationären Behandlung spielen Opioide in allen Quellen unter den illegalen Substanzen nach wie vor die größte Rolle. Rechnet man die Fälle mit multiplem Substanzgebrauch dazu, hinter denen in den meisten Fällen eine Kombination aus Opioidabhängigkeit und Kokain- oder anderen Suchtproblemen stehen dürfte, so summiert sich dieser Anteil auf 50-80% der stationär behandelten Patienten. Die Ausnahme stellen hier die im Rahmen der DSHS berichteten Fälle dar (die zu einem erheblich höheren Anteil von Klienten mit einer primären Cannabisproblematik berichten). Mit hoher Wahrscheinlichkeit spielen hier – neben inhaltlichen Aspekten der Ausrichtung der erfassten Einrichtungen – auch unterschiedliche Codierungsgewohnheiten in den verschiedenen Statistiken eine erhebliche Rolle.

Soziodemographische Informationen und Behandlungsdauer

Tabelle 5.6 fasst analog der Darstellung für die ambulant betreuten Klienten für die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen einige soziodemographische Merkmale der stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Behandlungen zusammen. Im Vergleich zu den ambulant im Rahmen der DSHS erfassten Klienten (siehe Tabelle 5.2) sind die stationär behandelten Opioid- und Kokainkonsumenten sogar etwas jünger. Hinweise darauf, dass es sich bei den stationär Behandelten um eine andere Klientengruppe handelt, lassen sich daraus ableiten, dass es sich – im Vergleich zu den ambulant behandelten Konsumenten - häufiger um arbeitslose und alleinstehende Personen handelt. Ein umfassender Vergleich der beiden Klientengruppen würde aber einen sorgfältigen Vergleich der Konsumparameter erfordern, die z.B. Aufschluss über die Intensität des Konsums und damit die Schwere der Substanzstörung liefern.

Tabelle 5.6 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2008)

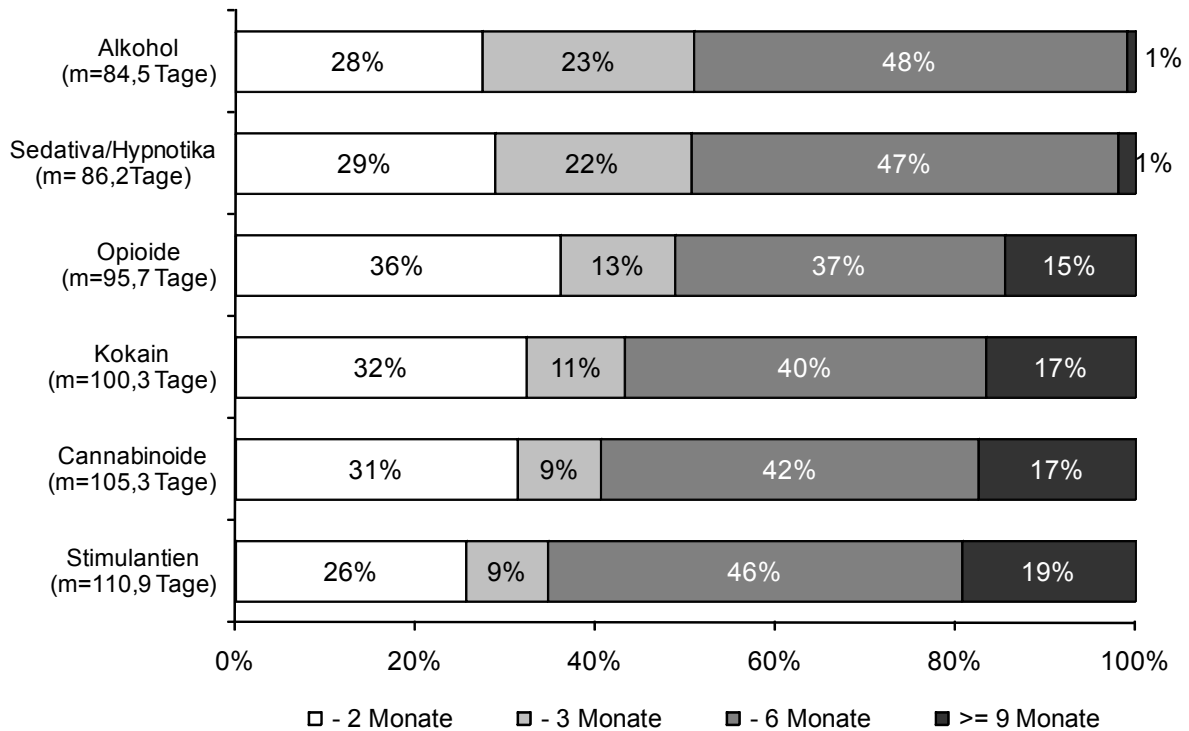
Charakteristika	Hauptdiagnose			
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulantien
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m)	31,7	25,3	30,5	26,2
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m)	20,4	14,9	20,7	17,6
Geschlecht (Anteil Männer)	80,9%	86,9%	91,4%	79,5%
Alleinstehend	59,6%	63,1%	48,8%	58,3%
Erwerbsstatus ¹⁾				
Arbeitslos	62,3%	56,6%	52,6%	54,2%
Schüler/in / In Ausbildung	1,6%	6,8%	1,8%	6,4%
Wohnungslos ¹⁾	1,7%	0,9%	0,6%	0,9%

1) Am Tag vor Betreuungsbeginn.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009e.

Die Ergebnisse der DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009e) zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1). So betrug 2008 die durchschnittliche Behandlungsdauer für Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis 15,0 Wochen (2007: 16,0), 15,8 Wochen (2007: 15,4) bei Stimulantien, 14,3 Wochen (2007: 15,4) bei Kokain, 13,7 Wochen (2007: 14,0) bei Opioiden und 12,3 Wochen (2007: 11,9) bei Sedativa/Hypnotika.

Die Behandlungsdauer für Alkohol liegt bei durchschnittlich 12,1 Wochen (2007: 12,2). Die Behandlungsdauern weisen z.T. erhebliche Varianzen auf. Auffallend ist, dass die durchschnittlichen Behandlungsdauern wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit durchschnittlich 14-15 Wochen länger sind als für Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten mit Behandlungsdauern ≥ 9 Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen. Die Therapiedauer ist für die meisten Drogenabhängigen in stationärer Betreuung seit einigen Jahren deutlich rückläufig, dieser Trend setzt sich auch im aktuellen Berichtsjahr fort.



Pfeiffer-Gerschel et al. 2009e.

Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2008)

Substitutionsbehandlung

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 und deutlich von 46.000 im Jahr 2002 auf 72.200 in 2008 angestiegen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

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).

Laut Register des BfArM waren 2008 6.919 (2007: 6.626) 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 2008 nur 2.673 (2007: 2.786) und damit seit 2003 erstmals weniger Ärzte als im Vorjahr Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter (Die Drogenbeauftragte der

Bundesregierung 2009). 2008 konnten über das Substitutionsregister ca. 220 (2007: 210) 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 wie auch in den Vorjahren erwartungsgemäß an. Die geringsten Zahlen von Substituierten pro Einwohner werden von den drei östlichen Bundesländern Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und 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. Behandelte ein Substitutionsarzt in Hamburg 2008 durchschnittlich 44,7 Patienten (gefolgt vom Saarland mit einem Durchschnitt von 37,2 und Sachsen mit 31,5), sind es in Brandenburg nur 8,0 (Mecklenburg-Vorpommern: 11,5; Thüringen: 16,2).

Der Zugang zu Substitutionsbehandlung ist insgesamt insbesondere in den ländlichen Regionen im Osten Deutschlands schwierig, nach wie vor stammen nur 2,9% (N=2.562; 2007: 2,8%, N=1.988) der an das Register gemeldeten Patienten und 4,2% (N=111; 2007: 3,8%, N=106) der substituierenden Ärzte aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Eine alternative Erklärung besteht darin, dass die Zahlen der Konsumenten von Opioiden in den ländlichen Regionen niedriger sind als in den Ballungsräumen.

Der Beikonsum anderer Substanzen durch die substituierten Patienten stellt die Anbieter von Substitutionsbehandlungen nach wie vor häufig vor Herausforderungen. Basierend auf einer Studie, in deren Rahmen Urinproben substituierten Patienten untersucht worden sind, kommen Schneider und Kollegen (2008) zu dem Ergebnis, dass Urinproben den – häufigen – Beikonsum insbesondere von anderen Opioiden und Benzodiazepinen unterschätzen. Die Autoren fanden in ihrer Stichprobe Hinweise auf Manipulationen der Urinkontrollen auch bei etwa einem Drittel derjenigen Patienten, die bereits take-home Dosen ihres Substitutionsmittels erhielten. Dies deutet nach Ansicht der Autoren darauf hin, dass in einigen Fällen die Voraussetzungen für die Vergabe von take-home-Dosen auf falschen Vorannahmen beruhten.

In einer Zusammenfassung der Ergebnisse einer im Mai 2008 durchgeführten Fachtagung zur psychosozialen Betreuung in der Substitution hat Michels (2008) kürzlich erneut betont, dass der psychosozialen Betreuung in der Substitution eine wichtige Bedeutung zukommt, da sie die Verbindung zwischen Ärzten, Institutionen des sozialen Netzes und zur realen Lebenssituation der Patienten herstellt.

In einer randomisierten kontrollierten Studie haben Soyka und Kollegen (2008a) kürzlich mögliche kognitive Defizite von substituierten Patienten untersucht. Dabei wurde das kognitive Funktionsniveau nach einer mindestens 14-tägigen stabilen Substitution mit Methadon oder Buprenorphin an n=59 Patienten untersucht und mit den Ergebnissen einer gesunden gematchten Kontrollgruppe verglichen. Sowohl unter Substitution mit Methadon als auch mit Buprenorphin zeigten die Patienten nach acht bis zehn Wochen signifikante Verbesserungen

der Konzentration und der exekutiven Funktionen, wobei die gesunden Kontrollpersonen durchgängig bessere Ergebnisse erzielten als die Patientenpopulation. Die Ergebnisse deuten nach Ansicht der Autoren auf eine Einschränkung kognitiver Funktionen bei substituierten Patienten hin, wobei insbesondere die selektive Aufmerksamkeit der untersuchten Patienten sich im Rahmen der Behandlung verbesserte.

Bernhard-Wehmeier und Kollegen (2009) haben in einer nicht-randomisierten Untersuchung zu den Auswirkungen unterschiedlich schneller Abdosierung mit Methadon während der stationären qualifizierten Entzugsbehandlung bei Opioidabhängigen zeigen können, dass eine langsame Abdosierung (durchschnittliche Reduktion <5 mg Methadon/Tag; 48% reguläre Abschlüsse) einer schnelleren Abdosierung (Reduktion >5 mg Methadon/Tag; 29% reguläre Abschlüsse) deutlich überlegen war.

Die bislang nur ungenügend bekannten Langzeiteffekte der Substitutionsbehandlung werden gegenwärtig im Rahmen der dreijährigen Studie PREMOS (Langfristige Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome; vgl. auch Kapitel 1.3.2) mit Unterstützung des BMG untersucht (die Studie wurde im REITOX-Bericht 2008 in Kapitel 5.6 ausführlich beschreiben). Basierend auf den Ergebnissen der Vorläuferstudie COBRA (Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments) haben Wittchen und Kollegen kürzlich Ergebnisse zu den Effekten der Substitutionsbehandlung nach 12 Monaten in unterschiedlichen settings (Hausarztpraxis, spezialisierte Zentren) vorgelegt. Die Daten wurden im Rahmen einer naturalistischen Studie prospektiv an N=2.694 Patienten erhoben. Die Autoren fanden hohe Haltequoten, geringe Mortalität und weitere Verbesserungen zahlreicher Parameter mit Ausnahme psychischer Erkrankungen und der Lebensqualität. Substitutionsbehandlungen in Hausarztpraxen erwiesen sich – bei Kontrolle der initialen Schwere der Abhängigkeitserkrankung – spezialisierten Zentren hinsichtlich der Haltequoten, Abstinenzraten und Beigebrauch anderer Drogen überlegen (Wittchen et al. 2008a). Weitere Ergebnisse und das Design der COBRA-Studie wurden bereits in den vergangenen REITOX-Berichten vorgestellt.

5.5 Behandlungstrends

5.5.1 Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit 1994, zeigt sich in der DSHS 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 (z.B. aufgrund der Einführung des neuen Kerndatensatzes oder der nach wie vor nur ungenügenden Schätzung der Zahl der Versorgungseinrichtungen in Deutschland) 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 5.2), wobei Behandlungsnachfragen aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Stimulantien nach wie vor leichte Zuwächse zeigen.

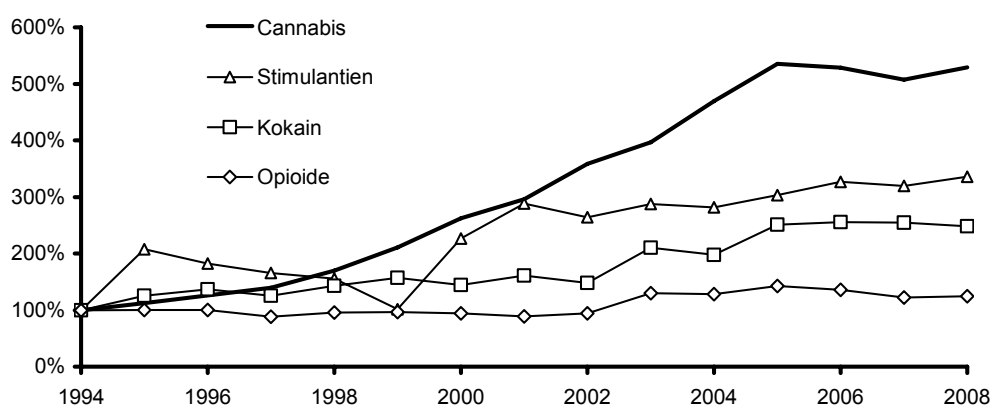


Abbildung 5.2 Langfristige Veränderungen der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant, 1994-2008; 1994=100%)

Unter den illegalen Drogen dominieren Störungen aufgrund des Konsums von Heroin nach wie vor die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen. Allerdings steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) an erster Stelle der Behandlungsnachfragen, wohingegen Opioide in dieser Gruppe nur noch bei jedem fünften Konsumenten Grund der Kontaktaufnahme sind. Vor fünf Jahren lag dieser Anteil noch bei etwa einem Drittel der Erstbehandelten. Unter allen Zugängen zu ambulanter Behandlung machen Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden zwar nach wie vor die größte Einzelpopulation unter den Konsumenten illegaler Drogen aus, ihr Anteil sinkt aber seit einigen Jahren kontinuierlich.

Auch die stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt eine zunehmend wichtigere Rolle. Diese Entwicklung zeichnet sich am deutlichsten in den Daten der DSHS ab, wohingegen Akutbehandlungen wegen Cannabiskonsums nach wie vor relativ selten sind.

Die Analyse der Fallzahlen für Rehabilitation (basierend auf den Angaben zur Zahl der Entwöhnungsbehandlungen; DRV) zeigt für die Drogenpatienten insgesamt ein gemischtes Bild. Die Zahl stationärer Behandlungen nahm nach den leichten Zuwächsen zwischen 2004 und 2006 im Jahr 2007³¹ deutlich um 15,2% auf 9.746 zu. Möglicherweise steht diese Entwicklung auch im Zusammenhang mit einer sinkenden Durchschnittsdauer der Maßnahmen. Die Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen bei dieser Gruppe stieg zwischen 2003 und 2005 deutlich an, stagnierte im Folgejahr und stieg zwischen 2006 und 2007 wieder um 13,3% auf 1.274 Fälle an. Die über einige Jahre zu beobachtende Verschiebung zu ambulanter Behandlung hat sich auch im aktuellen Berichtsjahr nicht fortgesetzt, wenngleich im Vergleich zum Vorjahr der berichtete geringe Anstieg zu beobachten war. Die stärksten Zuwächse bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigen sowohl im ambulanten wie auch im

³¹ Daten für 2008 liegen gegenwärtig (August 2009) noch nicht vor:

stationären Bereich die Behandlungen aufgrund des multiplen Substanzkonsums. Im stationären Bereich setzt sich damit der bereits im vergangenen Jahr berichtete Anstieg im stationären Bereich fort, während es im ambulanten Bereich im Vorjahr zu einer Reduktion gekommen war (allerdings führen hier kleine Fallzahlen schnell zu deutlichen prozentualen Veränderungen). 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.

Die prozentualen Veränderungen bei den Patienten mit einer Entwöhnung von Medikamenten sollten aufgrund der kleinen Fallzahlen nur mit Vorsicht interpretiert 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 3:1 beträgt (Tabelle 5.7).

Tabelle 5.7 Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen)

Hauptdiagnose	Stationär				Ambulant			
	2005	2006	2007	Δ '06/'07	2005	2006	2007	Δ '06/'07
Alkohol	27.213	26.416	29.492	11,6%	10.387	9.145	10.326	12,9%
Drogen	8.086	8.458	9.746	15,2%	1.141	1.124	1.274	13,3%
Medikamente	314	297	313	5,4%	77	67	57	-14,9%
Mult. Gebrauch	3.097	3.541	4.518	27,6%	520	478	667	39,5%
Gesamt Sucht	38.710	38.712	44.069	13,8%	12.125	10.814	12.324	14,0%

DRV 2007a,2007b, 2008.

Während die Gesamtzahlen der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen zwischen 2005 und 2006 stagnierten (Krankenhausdiagnosestatistik), war zwischen 2006 und 2007 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten, der unter anderem durch Behandlungen nach dem Konsum von Stimulanzien (+17,4%) und Opiode (+7,3%) verursacht wurde. Die Zahl der Behandlungen wegen Opioidkonsums steigt kontinuierlich seit 2004. Erstmals seit 2004 sind die Zahlen für Akutbehandlungen wegen des Konsums von Cannabinoiden oder Kokain im Berichtsjahr 2007 nicht erneut gestiegen (Tabelle 5.8). Einschränkend muss man anmerken, dass die Fallzahlen aller illegalen Substanzen (mit Ausnahme von Opioiden und Cannabinoiden) im Vergleich zu Alkohol und dem multiplen Substanzkonsum (der häufig den Konsum von Opioiden beinhaltet und seit einigen Jahren sinkt), 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. Tabelle 5.5).

Tabelle 5.8 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2004-2007

Hauptdiagnose	Jahr				Veränderungen
	2004	2005	2006	2007	2007 vs. 2006
Alkohol	290.864	299.428	298.955	316.119	5,7%
Opioide	25.889	28.476	29.472	31.638	7,3%
Cannabinoide	5.107	5.789	5.932	5.790	-2,4%
Sedativa/Hypnotika	8.504	8.667	8.661	9.091	5,0%
Kokain	1.096	1.210	1.336	1.300	-2,7%
Stimulantien	1.139	1.226	1.424	1.672	17,4%
Halluzinogene	562	518	471	532	13,0%
Tabak	420	278	234	236	0,9%
Flüchtige Lösungsmittel	151	122	119	138	16,0%
Multiple/and. Substanzen	41.699	42.479	40.492	39.727	-1,9%
Gesamt Sucht	375.431	388.193	387.096	406.243	4,9%
Gesamt Drogen	84.147	88.487	87.907	89.888	2,3%

Statistisches Bundesamt 2008b.

5.5.2 Substitution

In der Substitutionsbehandlung hat sich der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen insbesondere zwischen 2002 und 2006 deutlich zugunsten von Buprenorphin verschoben, das 2008 in etwa jeder fünften Substitutionsbehandlung zum Einsatz gekommen ist. Seit 2006 sind hier aber nur noch mäßige Anstiege zu verzeichnen (Tabelle 5.9).

Tabelle 5.9 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2002-2008)

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Methadon	72,1%	70,9%	68,3%	66,2%	64,1%	61,4%	59,7%
Levomethadon	16,2%	14,8%	15,0%	15,8%	17,2%	19,0%	20,6%
Buprenorphin	9,7%	12,9%	15,6%	17,2%	18,0%	18,6%	18,9%
Dihydrocodein	1,7%	1,2%	0,9%	0,7%	0,6%	0,5%	0,4%
Codein	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Diamorphin						0,4%	0,3%

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009.

In einer aktuellen sechsmonatigen randomisierten Studie zur vergleichenden Wirksamkeit von Methadon und Buprenorphin an einer Stichprobe von n=140 Opioid-(v.a.: Heroin-) Abhängigen Patienten fanden Soyka und Kollegen (2008b) keine Unterschiede zwischen Buprenorphin und Methadon hinsichtlich der Parameter Haltequote und Reduktion des Sub-

stanzkonsums. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich die Substitutionsbehandlung erneut als sichere und wirksame Intervention bewährt hat, in der Methadon und Buprenorphin grundsätzlich gleich wirksam sind und bestätigen damit die Ergebnisse anderer Studien in diesem Bereich (vgl. z.B. Connock et al. 2007). Die Dauer des vorausgehenden Opioidkonsums und das Einstiegsalter für den Substanzmissbrauch haben sich in der Untersuchung als die stärksten Prädiktoren zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen erwiesen.

5.5.3 Spezielle Forschungsergebnisse

Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

Thomasius und Stolle (2008c) geben einen Überblick über diagnostische und therapeutische Strategien bei der Behandlung von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Dabei betonen sie in der Diagnostik substanzbezogener Störungen im Kindes- und Jugendalter entwicklungspsychologische Aspekte, um zwischen Konsum und Missbrauch/Abhängigkeit unterscheiden zu können. Für die Behandlung habe in der initialen Kontaktphase die Motivationsförderung eine besondere Bedeutung. Des Weiteren seien neben der medizinischen, psycho-, sozial- und körpertherapeutischen Behandlung in der Akut- und Postakutphase schulische und pädagogische Maßnahmen sowie stabilisierende und resozialisierende Programme in der Nachsorgephase unverzichtbar. Die (teilweise unzureichende) Vernetzung der Anbieter verschiedener Interventionen innerhalb der Suchtkrankenhilfe soll daher ausgebaut und Synergieeffekte sollen geschaffen und genutzt werden. Darüber hinaus mangelt es in der akuten und postakuten stationären Versorgung an ausreichenden kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsplätzen.

Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen

Bernow und Fehr (2009) haben in einem Übersichtsartikel die Effektivität und Umsetzbarkeit von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), Kontingenzmanagement (KM) und motivierender Gesprächsführung (MI) bewertet. Zusammenfassend scheinen alle drei Interventionsformen in der Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sinnvoll und wirksam sowie einer Standardbehandlung überlegen zu sein. Insbesondere Kombinationen aus KVT und KM oder KVT und MI konnten in einigen Studien bei schwerer erkrankten Patienten überzeugen. Einzelsitzungen zeigten keine eindeutigen Effekte, Kurzinterventionen konnten dagegen eine Konsumreduktion bewirken. Insgesamt zeigen intensivere Interventionen nachhaltigere Effekte.

6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

6.1 Überblick

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 wenige 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.

6.1.1 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). 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.

Die aktuellen Daten werden jeweils im „Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert (RKI 2009a) bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht (RKI 2009b; 2009c).

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.

6.1.2 Drogenbezogene Todesfälle

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 (BKA 1999)

- Todesfälle infolge unbeabsichtigter Überdosierung,
- Tod infolge einer Gesundheitsschädigung (körperlicher Verfall, HIV oder Hepatitis C, Organschwäche) durch langzeitigen Drogenmissbrauch (= „Langzeitschäden“),
- 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 Sterberegister³²

Für jeden Todesfall in Deutschland wird ein Totenschein ausgefüllt, der neben den Personenangaben 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

³² Die Verwendung des Begriffes „Allgemeines Sterberegister“ orientiert sich an der Terminologie der EBDD. Die hier berichteten Daten stammen aus der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 4).

dem Konsum von Opioiden, 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 enthaltenen 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.

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.

6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

6.2.1 HIV/AIDS und virale Hepatitis

Detaillierte Angaben zur Prävalenz von Hepatitis B und C und von HIV bei i.v. Drogenkonsumenten sind in Standardtabelle 9 enthalten. Dabei ist anzumerken, dass es in Deutschland an aktuellen und umfassenden epidemiologischen Studien zur Verbreitung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV sowie zu Determinanten für Seropositivität unter injizierenden Drogenkonsumenten fehlt.

HIV-Daten aus der Bevölkerungsstatistik

Dem RKI wurden 2.806 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2008 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 3,4 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Gesamtzahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen ist damit gegenüber dem Jahr 2007 (2.774) weniger angestiegen als in den Vorjahren. Die geringe Zunahme gegenüber 2007 wird praktisch vollständig durch eine höhere Zahl von HIV-Erstdiagnosen bei Menschen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen erklärt. Die Verteilung der Meldungen auf Bundesländer und Betroffenenengruppen hat sich gegenüber 2007 nur geringfügig verändert.

Die Inzidenz der neu diagnostizierten HIV-Infektionen lag bei Männern mit 5,7 Fällen/100.000 Einw. gleich hoch wie im Vorjahr und deutlich höher als die Inzidenz bei Frauen, die sich mit 1,1 Fällen/100.000 Einw. gegenüber dem Vorjahr ebenfalls nicht veränderte. Der Anteil der Frauen unter den HIV-Erstdiagnosen betrug knapp 17% (RKI 2009a).

Angaben zum Infektionsweg lagen für 85% der im Jahr 2008 neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor. Von denjenigen mit Angaben zum Infektionsweg stellen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) mit 65% unverändert die größte Gruppe. Der Anteil der nicht aus Herkunftsländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung (HPL) stammenden Personen, die angaben, ihre HIV- Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben zu haben, bleibt ebenfalls unverändert bei 17%. Der Anteil der Personen aus HPL steigt im Jahr 2008 wieder leicht auf 12% (Vorjahr: 11%) der HIV-Neudiagnosen an. Es ist anzunehmen, dass der größte Teil der Personen aus HPL sich in ihren Herkunftsländern infiziert hat. Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum (IVD) erworben haben, betrug 5%, entsprechend 123 Fällen (2007: 5,5%; 2006: 6,1%).

Die Zahl der Neudiagnosen bei IVD ist nach dem Spitzenwert von 163 Meldungen im Jahr 2006 gesunken. Mit 123 HIV-Neudiagnosen wurden 2008 insgesamt 31 Fälle weniger als im Vorjahr diagnostiziert. Die meisten Neudiagnosen erfolgten mit 49 Fällen wieder in NRW, wobei auch hier im Vergleich zum Vorjahr eine rückläufige Inzidenz vorlag. In NRW hat sich der regionale Schwerpunkt der HIV-Neudiagnosen bei IVD durch einen Rückgang im Raum Dortmund in den Raum Düsseldorf/Köln verlagert. Der Anteil der HIV-Neudiagnosen mit einem Infektionsrisiko über IVD, bei denen als Herkunftsregion Osteuropa angegeben wird, erreichte im Jahr 2008 mit 22% seinen bisher höchsten Wert.

Betrachtet man die Angaben zu Herkunftsländern und Infektionsrisiken bei in Deutschland mit HIV diagnostizierten Männern aus Ost- und Zentraleuropa, so fallen deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Zentraleuropa auf: In den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion dominiert das IVD-assoziierte Übertragungsrisiko, in Zentraleuropa dominiert das MSM-Risiko. Eine Zwischenposition nehmen die drei baltischen Republiken Estland, Lettland und Litauen ein: Bei einer insgesamt relativ kleinen Zahl von betroffenen Männern ist das Verhältnis zwischen MSM- und IVD-assoziierten Risiken etwa ausgeglichen.

Eine weitere Differenzierung der vermuteten Infektionsregion für Männer aus Ost- und Zentraleuropa nach angegebenem Infektionsrisiko zeigt, dass sich etwa die Hälfte der aus Osteu-

ropa stammenden Männer mit drogen-assoziiertem Risiko in Osteuropa, die andere Hälfte in Deutschland infiziert haben, bei den aus Zentraleuropa stammenden Männern haben sich etwa 1/3 in der Herkunftsregion und 2/3 in Deutschland infiziert.

Durch das Erhebungsinstrument der Meldepflicht für HIV-Neudiagnosen kann der Migrationshintergrund bei den betroffenen Personen nicht vollständig erfasst und dargestellt werden. Abgesehen von Migranten aus HPL, die in Deutschland etwas mehr als die Hälfte der HIV-Neudiagnosen ausmachen, spielen bei Migranten aus Ost- und Zentraleuropa die Infektionsrisiken MSM und IVD die größte Rolle. Drogenkonsum-assoziierte HIV-Infektionen wurden bei in Deutschland lebenden Menschen osteuropäischer Herkunft in den letzten Jahren etwa zur Hälfte in Osteuropa, zur Hälfte in Deutschland erworben. Dies unterstreicht, dass dringend auf eine Verbesserung der HIV-Prävention im Drogenbereich in Osteuropa hingewirkt werden sollte und dass die HIV-Präventionsanstrengungen im Drogenbereich innerhalb Deutschlands einen besonderen Fokus auf Migrantengruppen mit Herkunft aus Osteuropa aufweisen sollten (RKI 2009c).

HIV-Daten aus anderen Quellen

Nach Angaben des BKA wurde bei 3,1% der Drogentoten (45 von 1.449) ein positiver HIV-Status festgestellt (2007: 3,4%). 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 weitergegeben; die dortige Zahl resultiert aus der Aktenlage (Befragung von Angehörigen oder des Hausarztes), stellt jedoch keine statistisch verwertbare Größe dar (BKA 2009b).

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Hilfeinrichtungen vor. Die HIV-Prävalenz unter den Opioidklienten in der ambulanten Suchthilfe liegt bei 6%, wobei Frauen (7%) häufiger als Männer (6%) HIV-positiv sind. Die Prävalenz ist somit im Vergleich zu den vergangenen Jahren stabil geblieben (Verthein et al. 2008).

In Frankfurt/Main fand 2008 wieder eine Befragung von 150 Drogenkonsumenten aus der offenen Drogenszene statt. Hier zeigte sich, dass die HIV-Infektionsrate, die im Jahr 1995 noch bei über einem Viertel lag und sich seit 2002 auf einem niedrigeren Niveau zwischen 12% und 17% bewegte, 2008 auf nunmehr 6% gesunken ist (Werse et al. 2009).

Auch in der DSHS werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d). Die Prävalenz in ambulanten Einrichtungen unter den getesteten Opioidklienten beträgt 3,9% (N=194), unter den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik 3,3% (N=229).

AIDS

Unter den zwischen 01.01.2006 und 31.12.2008 neu an AIDS Erkrankten waren 82% Männer und 18% Frauen. Unter den im angegebenen 36-Monatszeitraum an AIDS erkrankten Männern machten IVD einen Anteil von 8% aus, bei den Frauen wurde IVD für 18% der diagnostizierten AIDS-Fälle als wahrscheinlichstes Infektionsrisiko angegeben. Für 14% der Frauen fehlte eine Angabe zum Infektionsweg. Die vermeintlichen Infektionswege verteilen sich zu unbekanntem Anteil im Wesentlichen auf IVD und Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben (RKI 2009c).

Hepatitis B – Daten aus der Bevölkerungsstatistik

Im Jahr 2008 wurden mit insgesamt 1.850 Fällen von akuter Hepatitis B weniger Fälle als im Jahr 2007 übermittelt (2.204, Datenstand: 01.03.2009). Hiervon entsprachen 822 Fälle (44%) der Referenzdefinition (klinisches Bild und labordiagnostischer Nachweis). Insgesamt 1.028 Fallmeldungen entsprachen nicht der Referenzdefinition, da bei diesen entweder das klinische Bild einer akuten Hepatitis nicht erfüllt war (80%) oder aber keine Angaben hierzu vorlagen (20%). Die Inzidenz in Deutschland betrug für das Jahr 2008 insgesamt 1,0 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. Seit 2001 wird tendenziell ein Rückgang der übermittelten Hepatitis-B-Erkrankungen bzw. der jährlichen Inzidenz beobachtet.

Bei 687 (83,6%) der übermittelten Fälle gemäß Referenzdefinition lagen Angaben zu möglichen Expositionen vor der Diagnosestellung vor. Mehrfachnennungen waren möglich. Der Stellenwert der angegebenen Expositionen ist im Hinblick auf einen Kausalzusammenhang allerdings fraglich.

Sexuelle Expositionen wurden bei 297 Fällen (43,2%) – und damit am häufigsten – angegeben, von diesen waren 33 (11,1%) Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Operativ-diagnostische Eingriffe wurden bei 57 Fällen (8,3%), Wohngemeinschaft mit einem Hepatitis-B-Virusträger bei 41 Fällen (6,0%) und an vierter Stelle intravenöser (i.v.) Drogengebrauch bei 28 Fällen (4,1%) genannt. Von den 28 Fällen, bei denen i.v. Drogengebrauch genannt wurde, waren 26 (92,9%) männlichen Geschlechts (RKI 2009b).

Hepatitis B – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS wurden 2008 zum zweiten Mal Daten zum Hepatitis-B-Infektionsstatus ambulant behandelter Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d). Die Prävalenz liegt dabei unter den getesteten Opioidklienten bei 10,7% (N=465; 2007: 13,8%), bei den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 8,1% (N=505; 2007: 10,6%) und ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken.

Die Frankfurter Szenebefragung zeigt, dass die Rate für eine Hepatitis-B-Infektion unter Drogenkonsumenten der offenen Szene bei 9% liegt (Männer: 5%, Frauen: 16%) und damit seit 2003 rückläufig ist (Werse et al. 2009).

Hepatitis C – Daten aus der Bevölkerungsstatistik

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 6.195 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 7,5 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit lag die ermittelte Inzidenz an Erstdiagnosen niedriger als die des Jahres 2007 (8,4) bzw. als der Median der Jahre 2003 bis 2007 (9,2). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. Seit 2004 weist die bundesweite, jährliche Inzidenz übermittelter erstdiagnostizierter Fälle einen sinkenden Trend auf.

Es lagen für 4.456 Fälle (71,9%) Angaben zu möglichen Expositionen vor der Diagnosestellung vor.

I.v. Drogengebrauch, der mit großer Sicherheit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.607 Fälle (36% der Fälle mit Expositionsangaben), und damit am häufigsten übermittelt. Unter den 20- bis 29-jährigen Männern wurde i.v. Drogengebrauch 506 Mal genannt (73% der Männer dieser Altersgruppe mit Expositionsangaben). Die Tatsache, dass Männer unter i.v. Drogenkonsumenten deutlich überrepräsentiert sind, trägt wesentlich zur erheblich höheren Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen bei.

Die zusammenfassende Einschätzung des RKI ergibt, dass es vordringlich ist, zu verhindern, dass ein i.v. Drogenkonsum aufgenommen wird. Erstrebenswert ist das Hinwirken auf einen Entzug, und wo das nicht möglich ist, auf die Bereitstellung von sterilen Spritzen. In Deutschland kommt der Prävention von Hepatitis C unter Jugendlichen allgemein und speziell unter i.v. Drogenkonsumenten höchste Priorität zu. Die epidemiologischen Daten bezüglich Hepatitis C verdeutlichen, dass dringender Handlungsbedarf im Hinblick auf Surveillance, ergänzende epidemiologische Studien und gezielte Präventionsmaßnahmen in der Risikopopulation der i.v. Drogengebraucher besteht. Hierunter fällt zum einen die Entwicklung von präventiven Konzepten im weitesten Sinne wie auch ein großzügiges Angebot von Screening-Tests für i.v. Drogenkonsumenten, wie dies von der WHO empfohlen wird, sowie deren Beratung und gegebenenfalls Behandlung (RKI 2009b).

Hepatitis C – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d) wurden auch 2008 Daten zum Hepatitis-C-Infektionsstatus von Suchtpatienten in ambulanten Einrichtungen erhoben. Dabei beträgt die Prävalenz bei den getesteten Opioidklienten 54,8% (N=3.866; 2007: 59,1%), bei den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik 43,8% (N=4.353; 2007: 49,8%) und ist somit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken.

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) 2007 wird die Infektion mit Hepatitis C ebenfalls weiterhin als zentrales gesundheitliches Problem gesehen: jeder zweite Opioidkonsument ist infiziert (49%). Auch hier konnte die Hepatitis-C-Infektionsrate jedoch im Vergleich zu den letzten Jahren gesenkt werden (2005: 56%, 2006: 53%) (Verthein et al. 2008).

Die Frankfurter Szenebefragung zeigt, dass die Hepatitis-C-Infektionsrate unter Konsumenten der offenen Drogenszene sich mit rund zwei Dritteln der Befragten (65%) seit 2002 auf einem nahezu unverändert hohen Niveau bewegt (Werse et al. 2009).

In der COBRA-Studie waren von 2414 opioidabhängigen Patienten in Substitutionsbehandlung mit bekanntem HCV-Infektionsstatus zwei Drittel (66,9%) HCV-infiziert. Eine HCV-Infektion war signifikant mit erhöhten psychopathologischen Symptomen und einer reduzierten Lebensqualität verbunden (Schäfer et al. 2009).

Interessante Ergebnisse erbrachte eine Reanalyse der BADO-Daten 2006, die zeigt, dass die HCV- und HIV-Prävalenzen bei Klienten des Hamburger Suchthilfesystems ohne Migrationshintergrund (HCV: 58,0%, HIV: 8,6%) signifikant höher liegen, als in der Gruppe der Kinder von Migranten (HCV: 43,8%, HIV: 4,5%) und der Migranten (HCV: 36,6%, HIV: 3,0%) (Schnackenberg et al. 2008).

6.2.2 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten

Aktuelle Daten über die Belastung von Drogenkonsumenten mit anderen Erkrankungen liegen nicht vor.

6.2.3 Verhaltensdaten

Erstmals liegen aus der Frankfurter Szenebefragung (Werse et al. 2009) regionale Daten zum Risikoverhalten von i.v. Drogenkonsumenten vor. Dabei zeigt sich, dass rund jeder Fünfte (19%) zumindest gelegentlich eine Spritze bzw. Nadel mehrfach benutzt, etwa jeder Dritte (32%) benutzt Utensilien zum i.v. Konsum gelegentlich gemeinsam mit anderen und wiederum ca. jeder Fünfte (19%) teilt Drogen mit anderen in einer Spritze. Nur eine knappe Mehrheit (53%) – Männer (60%) häufiger als Frauen (39%) – gibt an, gar keine derartigen riskanten Verhaltensweisen zu praktizieren.

6.3 Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen

6.3.1 Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle

Zu nicht-tödlichen Überdosierungen liegen ausschließlich regionale Daten aus der Szenebefragung in Frankfurt/Main (Werse et al. 2009) vor: 61% der im Jahr 2008 Befragten haben mindestens einmal in ihrem Leben die Erfahrung einer Überdosis gemacht. Die Anzahl der erlebten Überdosierungen, bezogen auf diejenigen Befragten mit mindestens einer Überdosierung, liegt bei etwa 3 (Median). Die letzte Überdosierung liegt bei aktuell i.v. Konsumierenden 24 Monate zurück (Median). Heroin ist unverändert die Droge, die am häufigsten für Überdosierungen verantwortlich gemacht wird. Eine Bedeutungszunahme in dieser Hinsicht ist aktuell für Benzodiazepine zu beobachten. Bei der Frage nach dem Hauptgrund der Überdosierung wird die unbekannte Drogenqualität am häufigsten angegeben, eine deutliche Zunahme ist 2008 bei der Antwort „zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz“ festzustellen.

Über drogenbezogene Notfälle berichtet regional der Jahresbericht der STEP gGmbH Hannover (Step 2009):

Das Café Connection, eine niedrighschwellige Anlauf- und Beratungseinrichtung für Drogen gebrauchende Menschen inmitten der offenen Drogenszene Hannovers, wird täglich frequentiert von 120 bis 170 Personen bzw. bedient einen Gesamtbesucherstamm von 350 bis 400 Personen und verzeichnete im Jahr 2008 47 Drogennotfälle (2007: 31, 2006: 29).

Auch der „Fixpunkt“, eine Kontakt- und Kommunikationseinrichtung für Drogenabhängige mit der Möglichkeit, intravenös Drogen zu konsumieren, führt eine jährliche Notfallstatistik. Insgesamt wurden in 2008 26.796 Konsumvorgänge verzeichnet (2007: 34.706, 2006: 29.332). Dabei kam es 2008 insgesamt zu 62 Notfällen (2006: 61), davon 33 in der Kategorie „unter Beobachtung“ (2006: 26), 11 in der Kategorie „beatmet“ (2006: 26) und 18 in der Kategorie „RTW/Notarzt“ (2006: 18).

6.3.2 Andere interessante Themen

Somatische und psychiatrische Komorbidität bei Opioidkonsumenten

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2007 finden sich Angaben zur körperlichen und psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Verthein et al. 2008):

Über ein Fünftel der Opioidklienten wird von den Mitarbeitern der ambulanten Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich belastet eingestuft. Bei weiteren 31% wird zum aktuellen Zeitpunkt eine gesundheitliche Beeinträchtigung mittleren Ausmaßes angegeben. Bei etwas weniger als einem Drittel der Klienten sind Leberschäden dokumentiert, mehr als die Hälfte der Opioidklientel leidet an Schlafstörungen.

Neben den gesundheitlichen körperlichen Problemen muss auch ein besonderes Augenmerk auf die psychischen Probleme gerichtet werden: zum einen aufgrund ihrer Rolle bei der Entstehung süchtigen Verhaltens und zum anderen als Folge von süchtigem Verhalten. Bei über einem Drittel der Opioidklientel wird das Ausmaß der psychischen und seelischen Belastung von den Mitarbeitern der Hamburger Suchthilfeeinrichtungen als erheblich bis extrem eingeschätzt. Nahezu jeder Vierte leidet in erheblicher oder extremer Weise unter inneren Unruhezuständen, ein Fünftel ist durch depressive Stimmungen ebenso stark betroffen. Fast ein Drittel der Klienten haben mindestens einen Suizidversuch im Laufe ihres Lebens unternommen (Männer: 27%, Frauen: 44%). Neben einer deutlichen psychischen Belastung der Opioidklientel insgesamt zeigt sich auch, dass vor allem Frauen von psychischen Problemen und Belastungen betroffen sind. Hinsichtlich der globalen Einschätzung liegt der Anteil mit 45% deutlich über dem der Männer (33%). Aber auch bezüglich der einzelnen Symptomebenen ist die Belastung der Klientinnen, bis auf wenige Ausnahmen, deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern.

Die Frankfurter Szenebefragung kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Frauen gesundheitlich belasteter sind als Männer: Im Schnitt nennen die Interviewpartner (150 Drogenkonsumenten der offenen Szene in Frankfurt/Main) 1,4 Symptome für die zurückliegenden 3 Monate. Dieser Durchschnittswert liegt bei den befragten Frauen mehr als doppelt so hoch

wie bei den Männern (2,3 vs. 1,0). Die am häufigsten genannten Beschwerden sind Depressionen (41%), Zahnschmerzen (24%) und Herz- und Kreislaufprobleme (23%) (Werse et al. 2009).

Auch in einer Studie von Backmund et al. (2008a) zeigt sich eine hohe Belastung der untersuchten opioidabhängigen Patienten: 42% geben an, mindestens einmal in ihrem Leben einen ernsthaften Suizidversuch unternommen zu haben.

Untersuchungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen und des Norddeutschen Suchtforschungsverbundes ergaben, dass 51,7% der Methadonsubstituierten mindestens eine psychiatrische komorbide Störung (v.a. Dysthymie) aufweisen. Darüber hinaus zeigen die Daten von opioidabhängigen Patienten (insbesondere von Frauen), dass bei Angst- und affektiven Störungen vermehrt Beikonsum von Substanzen stattfindet, die das GABAerge System modulieren, wie z.B. Alkohol und Benzodiazepine (Wedekind & Havemann-Reinecke 2008).

Somatische und psychiatrische Komorbidität bei Kokainkonsumenten

Der allgemeine körperliche Gesundheitszustand der in der Hamburger Basisdokumentation der Suchthilfe (Verthein et al. 2008) betrachteten Kokainkonsumenten ist insbesondere im Vergleich zur Alkohol- und Opioidklientel als relativ gut zu bezeichnen. Für über zwei Drittel der Personen ist dokumentiert, in dieser Hinsicht gar nicht oder nur wenig beeinträchtigt zu sein. Relevante Geschlechtsunterschiede sind hier nicht zu beobachten. Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden sind Schlafstörungen. Dies ist angesichts der Hauptproblemdrogen dieser Klientel (Kokain und Amphetamine) nicht unüblich. Ebenfalls verbreitet unter den Kokainkonsumenten sind Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislaufbeschwerden bzw. Leberschäden. Schwerwiegendere Erkrankungen wie Hepatitis C oder HIV treten in dieser Gruppe nur selten auf.

Hinsichtlich psychischer bzw. seelischer Probleme sind die Kokainkonsumenten weitaus stärker belastet. Nur knapp ein Drittel wird von den Mitarbeitern der Suchthilfeeinrichtungen diesbezüglich als gar nicht oder wenig belastet eingestuft. Am häufigsten leiden die Betreuten unter erheblicher bzw. extremer innerer Nervosität bzw. Unruhe, was sich vermutlich auch in den oben angeführten hohen Anteilen der Schlafstörungen äußert. Auch Depressionen gehören immer wieder zu den psychischen Beschwerden der Kokainklientel. Über die Hälfte der weiblichen Klienten hat im Leben mindestens einen Suizidversuch unternommen (51,1%), bei den Männern waren es ca. ein Fünftel (20,9%). Die Suizidbelastung zeigt eine steigende Tendenz. Im Jahr 2005 hatten 38,5% der Frauen angegeben, mindestens einen Suizidversuch im Leben unternommen zu haben, im Jahr 2006 46,4%. Der entsprechende Wert für die Männer lag im Jahr 2005 bei 12,4 %, in 2006 bei 15,6%.

Somatische und psychiatrische Komorbidität bei Cannabiskonsumenten

Auch auf die körperliche und seelische Gesundheit der Cannabisklienten wird in der Hamburger Basisdokumentation eingegangen. Von diesen sind insgesamt 9% nach Beurteilung der betreuenden Personen der Suchthilfeeinrichtungen erheblich bis extrem körperlich beein-

trächtig. Eine derart massive Beeinträchtigung der physischen Gesundheit betrifft Cannabisklienten mit einer gleichzeitigen Alkoholproblematik fast doppelt so häufig wie reine Cannabiskonsumenten (13% gegenüber 7%). Etwas besser stellt sich der körperliche Gesundheitszustand der Männer dar: 72% werden als wenig bis gar nicht beeinträchtigt beschrieben; der entsprechende Wert für die Frauen beträgt nur 61%. Schlafstörungen sind unter den Cannabisklienten generell weit verbreitet (44%), auch wenn deren Anteil gegenüber den beiden Vorjahren leicht zurückgegangen ist (2006: 47%; 2005: 49%). Frauen berichten hiervon häufiger als Männer (58% gegenüber 40%), Cannabisbenutzer mit Alkoholdiagnose häufiger als pure Cannabiskonsumenten (48% gegenüber 39%). Zwischen den beiden letzten Gruppen finden sich erwartungsgemäß Unterschiede, was typische alkoholbedingte Krankheiten betrifft: bei 9% der Alkohol problematisch konsumierenden Cannabisklienten sind Schädigungen des Nervensystems dokumentiert (reine Cannabisklientel: 3%), bei 14% Leberschäden (reine Cannabisklientel: 1%), bei 13% Herz-Kreislaufbeschwerden (reine Cannabisklientel: 6%) und bei 6% Delir (reine Cannabisklientel: 0%). Nach Einschätzung der Suchtbetreuer sind 31% aller Cannabisklienten erheblich bis extrem seelisch belastet - das sind 3% mehr als noch im Vorjahr. Frauen haben darunter weitaus häufiger zu leiden als Männer (46% gegenüber 28%). Der Geschlechterunterschied zeigt sich - auf etwas niedrigerem Niveau - auch bei den Anteilen derer, die erheblich oder extrem von konkret bezeichneten psychischen Krankheiten betroffen sind. Dies gilt beispielsweise für Ängste und Phobien (Frauen: 25%; Männer: 12%) oder depressive Stimmungen (Frauen: 26%; Männer: 15%). Zwischen den Konsumgruppen (Cannabis und Cannabis/Alkohol) zeigen sich hingegen kaum Unterschiede, was die seelische Gesundheit betrifft (Verthein et al. 2008).

In einer Studie von Gudlowski und Lautenschläger (Gudlowski & Lautenschläger 2008) zeigt sich, dass persistierende neurokognitive Defizite, Volumenveränderungen von grauer Substanz und ein erhöhtes Psychoserisiko bei Cannabiskonsumenten in erster Linie bei Menschen mit einem Konsumbeginn vor dem 16./17. Lebensjahr zu bestehen scheinen, da zu dieser Zeit bedeutsame Entwicklungsprozesse des jugendlichen Gehirns stattfinden, an denen das Endocannabinoidsystem umfangreich beteiligt ist. Das Endocannabinoidsystem weist zu dieser Zeit seine höchste Rezeptordichte auf und eine langfristige Schädigung dieses Systems (z.B. durch Herabregulierung und Desensibilisierung von CB1-Rezeptoren durch Zufuhr exogener Cannabinoide) in dieser Entwicklungsperiode stellt somit eine Grundlage von zukünftigen neurophysiologischen und neurokognitiven Defiziten sowie einer Erhöhung des Psychoserisikos dar.

Eine Studie von Wittchen und Kollegen (2009) verfolgte das Ziel klinisch relevante Subgruppen von Cannabiskonsumenten zu identifizieren. Dazu wurde eine Stichprobe von 1.089 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren untersucht, die sich durch wiederholten Gebrauch illegaler Substanzen auszeichneten. Mittels eines Klassifikationsverfahrens, das insbesondere für qualitative Merkmale geeignet ist (Latent-Class Analysis) kristallisierten sich dabei vier Subgruppen heraus: Die „unproblematischen Cannabiskonsumenten“ (Gruppe 1) machten einen Anteil von 59,2% der Stichprobe aus. Eine

weitere Subgruppe mit einem Anteil von 14,4% zeichnete sich durch „primär alkoholbezogene Störungen“ (Gruppe 2) aus. Gruppe 3 mit einem Anteil von 17,9% stellten Teilnehmer mit „delinquentem DSM-IV-Cannabis-/Alkohol-Missbrauch“ dar. Die vierte Untergruppe wurde schließlich als „Cannabisbezogene Störungen mit multiplen Problemen“ bezeichnet und machte einen Anteil von 8,5% der Stichprobe aus. Cannabisbezogene Probleme (interpersonelle Probleme, Gewalt und Kriminalität, finanzielle Probleme, berufliche Probleme) waren am häufigsten und schwerwiegendsten in den Gruppen 3 und 4. Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen war in den Gruppen 2 und 4 am höchsten. Die Wahrscheinlichkeit von alkoholbezogenen Störungen und nicht gedecktem Behandlungsbedarf war in allen drei „problematischen“ Gruppen (2 bis 4) beträchtlich. Die Autoren schlussfolgern, dass es eine sehr große Minderheit (40,8%) von jungen Menschen mit wiederholtem illegalem Substanzkonsum gibt, die sehr problematische Konsequenzen erleben. Es besteht daher ein Bedarf für spezifisch zugeschnittene Behandlungsprogramme, die neben dem Cannabiskonsum auch die wichtige Rolle von Alkohol und anderen psychischen Störungen berücksichtigen.

Opioidabhängige Eltern mit minderjährigen Kindern

In einer kürzlich veröffentlichten Studie von Fuchs und Kollegen (2008) wurde der Zusammenhang zwischen Elternschaft und Sucht im Hinblick auf das Kindeswohl empirisch untersucht. Dabei wurden drei Gruppen von Opioidabhängigen (Eltern, die mit ihren Kindern zusammenleben, Eltern, die mit ihren Kindern nicht zusammenleben, sowie Kinderlose) hinsichtlich einer Reihe von Risikoindikatoren miteinander verglichen. Die Untersuchung basiert auf Daten der Basisdokumentation der Hamburger ambulanten Suchthilfe (BADO) und beinhaltet Angaben von N=4.971 dokumentierten Klienten. Knapp ein Drittel aller erfassten Opioidabhängigen hat Kinder (30,3%), nur ein Drittel der Eltern nimmt die Elternrolle aber auch tatsächlich wahr (35,9%). Für fast alle ausgewählten Risikoindikatoren (Drogenkonsum, traumatische Erlebnisse, soziale Situation, Gesundheitszustand) zeigt sich, dass sich die Lage der erziehenden Eltern am günstigsten und die der nicht erziehenden Eltern am ungünstigsten darstellt. Eltern, die für ihren Nachwuchs sorgen, konsumieren seltener Heroin, Alkohol oder Benzodiazepine als Kinderlose, sind zu einem geringeren Anteil von traumatischen Lebensereignissen betroffen, sind eher gesünder und deutlich seltener prekären Lebensbedingungen ausgesetzt. Aufgrund methodischer Einschränkungen ist davon auszugehen, dass die Anzahl betroffener Minderjähriger möglicherweise systematisch unterschätzt wird. Die verwendeten Daten erlauben aber keine Aussage darüber, ob es den erziehenden Eltern immer schon besser ging und sie deswegen ihre Kinder behalten konnten oder ob es ihnen besser geht, weil sie mit den Kindern zusammenleben. Dennoch legt der beobachtete Zusammenhang von Elternschaft und Sucht es nahe, bestehende Hilfsangebote so auszubauen, dass suchtkranken Eltern möglichst Hilfe zur Selbsthilfe angeboten wird.

6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten

6.4.1 Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen)

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 drogenbezogenen Todesfälle lag im Berichtsjahr 2008 im Mittel bei 62% (2007: 62%; 2006: 67%), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (BKA 2009b). 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 2008 (1.449 Fälle) ist, nachdem 2006 (1.296) der niedrigste Stand seit 1989 erreicht wurde, von 2007 nach 2008 um 3,9% (2005 vs. 2006: -2,3%; 2006 vs. 2007: +7,6%) gestiegen. Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 949 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (66%; 2007: 65%; 2006: 65%). Der Anteil dieser Fälle ist seit vier Jahren stabil. Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, ist erneut gesunken (2008: 12%; 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, im Zusammenhang mit Methadon/Polamidon (N=43; 98%). Unter den 131 Todesfällen, bei denen neben dem Substitutionsmittel auch andere Drogen gefunden wurden, waren auch sieben 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 wird.

Tabelle 6.1 Drogentodesfälle 2003-2008 nach Substanzen

Todesursachen	Prozent						Zahl
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008
1. Überdosis: ¹⁾							
Heroin	31	34	40	38	39	42	603
Heroin + andere Drogen	18	22	23	27	26	24	346
Kokain	2	2	2	2	1	1	18
Kokain + andere Drogen	6	10	9	9	10	7	108
Amphetamine	0	0	1	<1	<1	1	15
Amphetamine + andere Drogen	1	2	2	3	2	3	42
Ecstasy	0	0	0	<1	<1	<1	4
Ecstasy + andere Drogen	1	1	0	1	1	1	14
Medikamente/Substitutionsmittel ²⁾	4	3	6	5	4	3	39
- davon: Methadon/Polamidon						3	43
- davon: Subutex (Buprenorphin)					--	<1	1
Substitutionsmittel + andere Drogen ³⁾				12	9	9	131
- davon: Methadon/Polamidon					8	8	120
- davon: Subutex (Buprenorphin)					<1	<1	7
Betäubungsmittel + Alkohol + Substitutionsmittel ⁴⁾	24	22	19				
Sonstige Betäubungsmittel/unbekannte	9	10	10	8	10	10	141
2. Suizid ¹⁾	8	7	8	6	6	6	83
3. Langzeitschäden	14	12	12	11	12	17	250
4. Unfall/Sonstige	3	2	2	13	12	11	153
5. Gesamt (N)	1.477	1.385	1.326	1.296	1.394		1.449

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.

BKA 2009b.

Obwohl die Gesamtzahl der drogenbezogenen Todesfälle von 2007 nach 2008 um 55 Fälle (3,9%) zugenommen hat, ist die Zahl in Großstädten über 500.000 Einwohnern, mit Ausnahme von Nürnberg (2007: 13; 2008: 19; Veränderung: +46,2%), gleich geblieben oder zurückgegangen. Diese Tatsache könnte ein weiterer Beleg dafür sein, dass das Hilfesystem in urbanisierten Gebieten mit bekannter Drogenszene die Mortalität unter i.v. Drogenkonsumenten zu senken hilft.

Regionale Daten aus polizeilichen Quellen

Am 29. Januar 2009 fand das jährliche nationale Expertentreffen zu drogenbezogenen Todesfällen in München statt. Daran nahmen auch ein Vertreter des Bayerischen Landeskriminalamts und ein Vertreter des Rechtsmedizinischen Instituts in Hamburg teil und berichteten von aktuellen Daten aus ihren Bundesländern.

Eine besondere Auswertung des Bayerischen Landeskriminalamts auf Anregung der DBDD ergab, dass von den 246 im Jahr 2008 registrierten Todesfällen in Bayern 130 (53%) zuvor mindestens einmal in Haft waren und 33 (13%) innerhalb der ersten zwei Monate nach Haftentlassung verstorben sind. Daten aus anderen Bundesländern dazu liegen leider nicht vor.

Insgesamt betrug der Anstieg der Anzahl drogenbezogener Todesfälle in Bayern 1,7%. Das Durchschnittsalter der Drogentoten lag bei 33,5 Jahren. 14,2% waren Nicht-Deutsche. 111 Todesfälle waren auf Langzeitschäden zurückzuführen, 7 auf Suizid. Heroin war weiterhin die häufigste Todesursache, oft auch in Kombination mit anderen Substanzen. Bei 30% der Todesfälle wurden toxikologische Gutachten durchgeführt, 70% wurden obduziert. Methadon/Polamidon waren in 11 Fällen todesursächlich, genauso häufig wie Fentanyl (Landeskriminalamt Bayern, persönliche Mitteilung).

In Hamburg findet zur Erfassung der drogenbezogenen Todesfälle drei bis vier Mal im Jahr ein Treffen zwischen dem Rechtsmedizinischen Institut und dem LKA statt, bei dem jeder einzelne Todesfall durchgegangen wird, um festzustellen, ob es sich dabei um einen drogenbedingten Todesfall handelt. Das Institut für Rechtsmedizin finanziert teilweise Obduktionen oder toxikologische Gutachten, wenn diese nicht von der Staatsanwaltschaft angeordnet wurden.

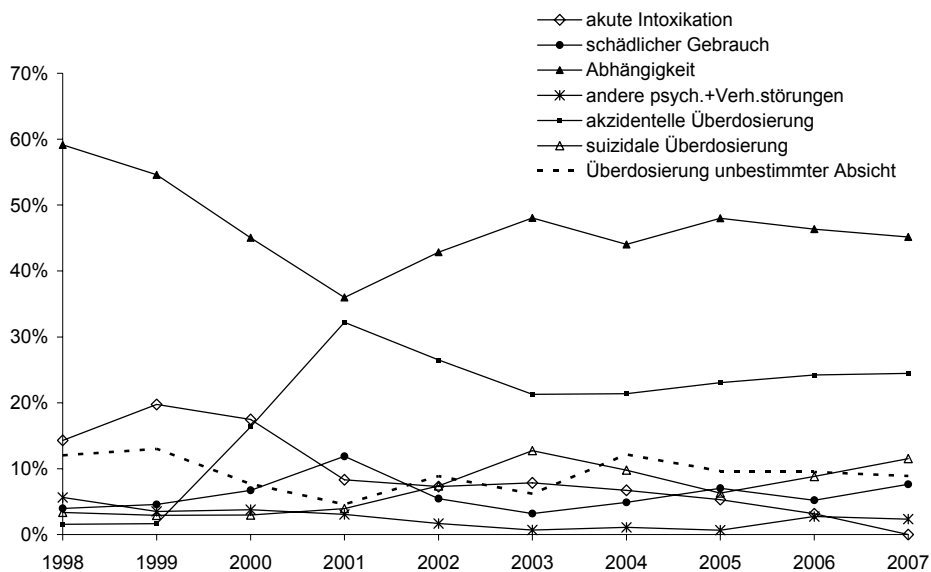
Seit 2004 ist die Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle in Hamburg mit knapp unter 60 weitgehend konstant. Die Opioidbeteiligung an den Intoxikationen ist 2008 wieder auf über 80% angestiegen. Die Methadonbeteiligung liegt bei etwa 30%. Sie ist damit zwar zurückgegangen, ist im bundesweiten Vergleich aber in Hamburg am höchsten. Als ein Grund dafür wird genannt, dass das gut ausgebaute Substitutionssystem eine erhöhte Verfügbarkeit von Methadon mit sich bringt, von dem ein Teil dann auf den Schwarzmarkt gelangt. Der Großteil der Drogentoten war zum Zeitpunkt des Todes nicht in Substitutionsbehandlung. Es wurde ein GHB-Todesfall registriert. Fentanyl-Todesfälle wurden in Hamburg nicht registriert, allerdings wird auch nur anlassbezogen nach Fentanyl gesucht, da es sich dabei um eine sehr aufwendige Analyseverfahren handelt, für die spezielle Geräte benötigt werden (Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, persönliche Mitteilung).

Im März 2009 berichtete eine Pressemitteilung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz von den aktuellen Zahlen zu Drogentodesfällen in Berlin. In Berlin wurden im Jahr 2008 152 drogenbezogene Todesfälle festgestellt. Im Jahr zuvor waren es 158 und im Jahr 2006 173. 123 der Drogentoten waren Männer (81%) und 29 Frauen (19%). Die meisten von ihnen hatten mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert (86%). Bei den nachgewiesenen Substanzen lag Heroin weiterhin an erster Stelle (Heroinanteil 2008: 63%, 2007: 77%). Das Durchschnittsalter der an Drogenkonsum Verstorbenen

stieg 2008 leicht an und lag bei 35,2 Jahren (2007: 34,7 Jahre). Vier junge Menschen starben 2008 im Alter von erst 17 Jahren an Drogen. Seit 2005 (195 Fälle) ist die Zahl der Drogentoten in Berlin im Unterschied zum Bundestrend kontinuierlich gesunken. Die Gesundheitssenatorin führt dies auf das gut ausgebaute Hilfesystem in Berlin zurück, das vor allem auch niedrigschwellige Angebote zur Schadensminimierung bereit hält (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2009).

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2007. Hier sind insgesamt 1.284 Personen und damit 9,8% mehr Fälle als 2006 erfasst worden. Darunter befinden sich 253 Frauen (2006: 248) und 1.031 Männer (2006: 921), die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit hat sich die Zahl der im allgemeinen Sterberegister nach Definition der EBDD erfassten Todesfälle parallel zum Anstieg der Fälle im BKA-Register (+7,8%) entwickelt. Beide Register weisen ähnliche Fallzahlen aus. Die Zahl der Drogentodesfälle in der Erfassung durch das allgemeine Sterberegister liegt im Jahr 2007 4,6% oberhalb der vom BKA insgesamt erfassten Todesfälle – ohne die dort gezählten Langzeitfolgeerkrankungen gerechnet, um die Vergleichbarkeit der beiden Register – wenn auch eingeschränkt – überhaupt zu gewährleisten. Im Erfassungsjahr 2007 wurde bei 55% der Todesfälle (2006: 54%) die zugrunde liegende Erkrankung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere) als Todesursache kodiert. Erstmals wurde jedoch – entsprechend geltender Codierungsregeln - die „akute Intoxikation“ nach ICD F1x.0 nicht mehr codiert. 45% (2006: 46%) der Fälle entfallen auf die Codierung der Überdosierung in den Gruppen a) akzidentelle, b) suizidale und c) von der Intention her unklare Intoxikation und lassen Rückschlüsse auf die tatsächlich zugrunde liegende zum Tode führende Substanz(kombination) zu. Noch immer werden in mehr als der Hälfte der Fälle also Codierungen bevorzugt, die keinen Rückschluss auf die unmittelbare Todesursache erlauben. Nach wie vor ist das Codierungsverhalten in den Bundesländern offenbar sehr heterogen. In Bayern wurden 2007 92%, in Berlin nur 14% der Todesfälle nur mit Bezug auf die Grunderkrankung, aber nicht auf die Todesursache codiert, was die Aussagekraft des allgemeinen Sterberegisters nach wie vor einschränkt. Die flächendeckende Einführung multikausaler Codierung der Todesursache steht jedoch bevor (Abbildung 6.1).

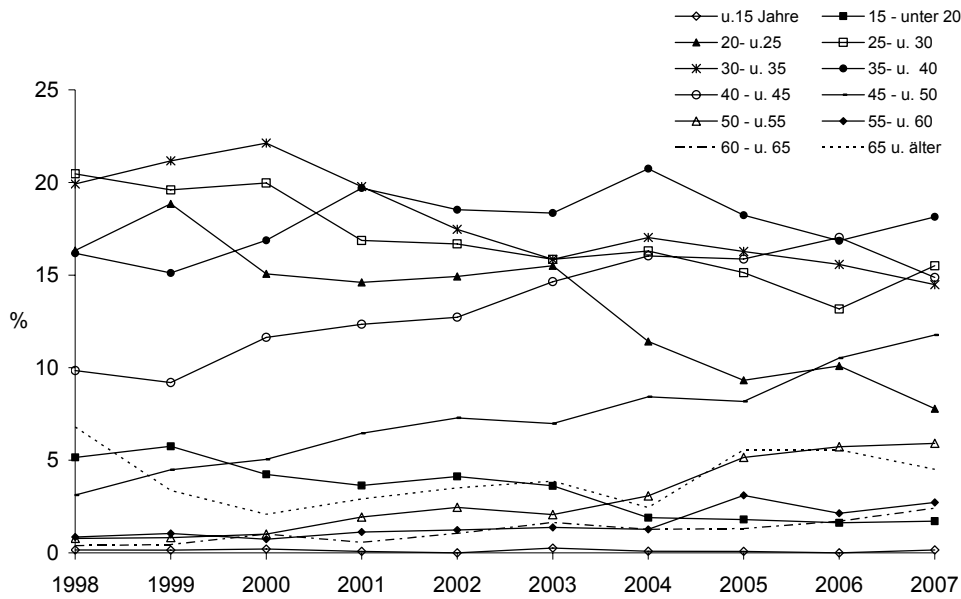


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.1 Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2007)

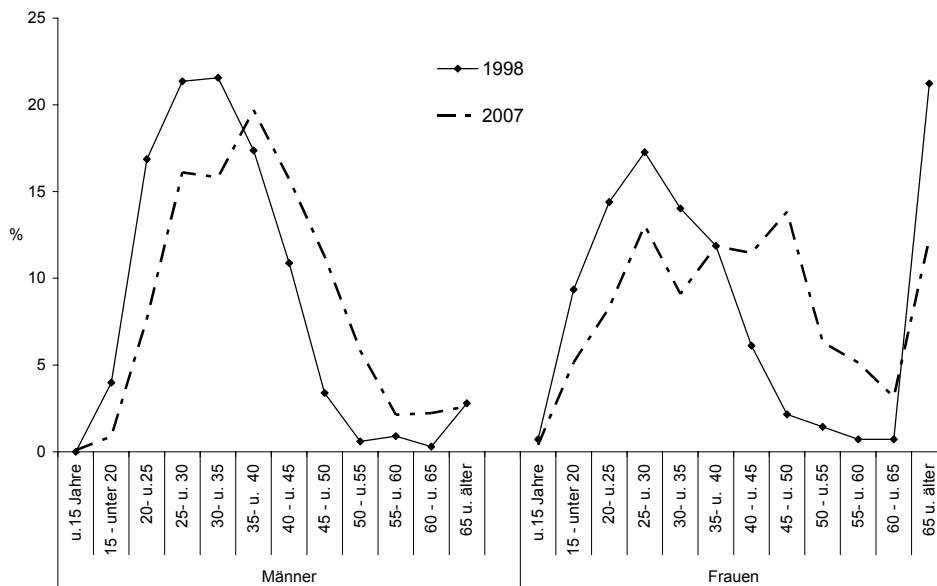
Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre (Abbildung 6.2), lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten, zuletzt insbesondere der 45- bis 55-Jährigen beobachten. Parallel sinken die Anteile jüngerer Altersgruppen, zuletzt v.a. der 30 bis 45-Jährigen. Die Altersgruppen ab 60 Jahre zeigen eine sehr geringe anteilige Zunahme. Diese Veränderungen können in Verbindung mit dem ebenfalls seit einigen Jahren steigenden Durchschnittsalter der Opioidkonsumenten in ambulanter Behandlung als weiterer Hinweis dafür gesehen werden, dass die Zahl der „nachwachsenden“ Heroinkonsumenten zurückgeht.

Bei einer nach Geschlecht differenzierten Betrachtung (Abbildung 6.3) fällt bei der erwähnten „Rechtsverschiebung“ im Vergleich zwischen 1998 und 2007 auf, dass diese bei Frauen deutlicher ausfällt als bei Männern. Außerdem gibt es Hinweise auf eine Reihe von Fehlcodierungen bei über 65 Jahre alten Frauen, wo offenbar nicht in Zusammenhang mit Betäubungsmittelkonsum stehende Medikamentenintoxikationen in der gewählten ICD-Selektion mit auftauchen.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.2 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2007

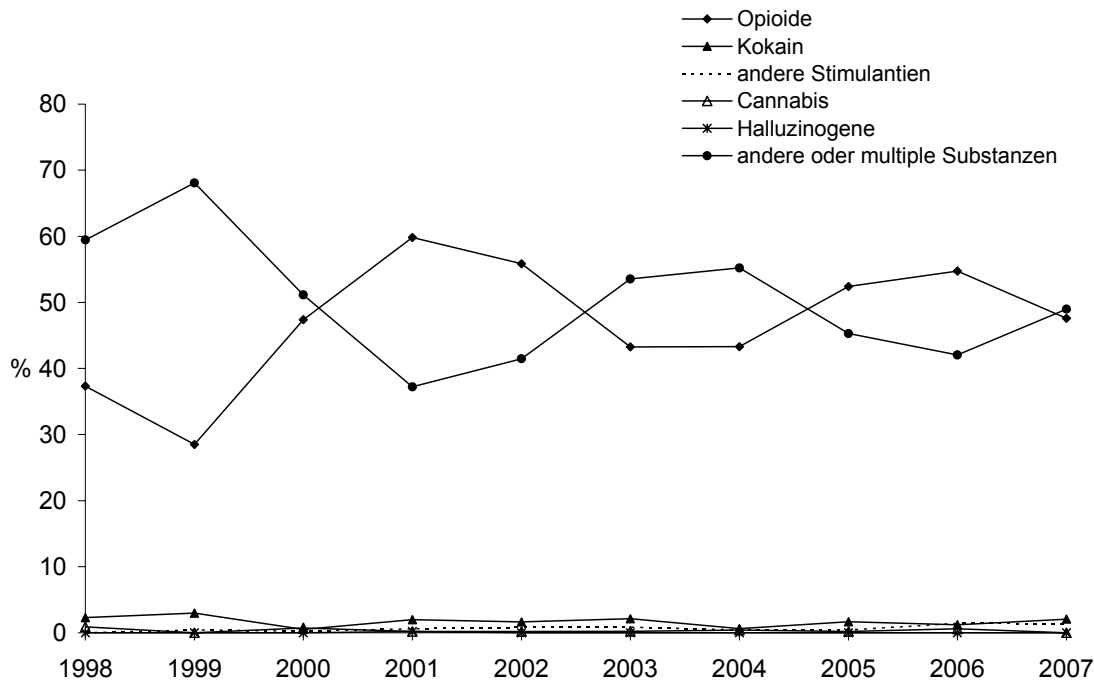


Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.3 Drogenbezogene Todesfälle nach Geschlecht und Altersgruppe im Vergleich 1998 und 2007

Die Substanzen, die beim jeweiligen Todesfall unmittelbar todesursächlich waren, werden in Abbildung 6.4 auf Basis der relevanten ICD10-Kategorien dargestellt. Diese Information liegt allerdings 2007 nur für 46% der Todesfälle vor (s.o.). Bei der Kodierung der Todesfälle wurden sie als Todesursachen mit äußerem Anlass in der ICD Gruppe X/Y registriert. Neben der Angabe monovalenter Opioidintoxikationen in etwa 50% der Fälle liegt fast ausschließlich Mischkonsum vor, der wiederum Opioide beinhalten dürfte. Insgesamt gibt es in den letzten

drei Jahren bis 2006 wieder einen leichten Trend zu Opioiden als unmittelbarer Todesursache bei relativer Verringerung des Anteils von Mischintoxikationsspektren. Andere Substanzen wie Kokain und Halluzinogene verursachen danach zusammen maximal 3% der Todesfälle. Es ist nicht genau bekannt, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen. Auch hier wird die Einführung der multikausalen Codierung der Todesursache ein erheblich differenzierteres Bild v.a. bei Mischintoxikationen ergeben.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.4 Verteilung der Substanzkategorien bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2007 mit ICD X/Y- Codierung

6.4.2 Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)

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 DSHS (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d) für das Jahr 2008 bei 1,2% (2007: 1,4%) der Opioidklienten mit dem Tod (Opioidklienten machten 2008 85,1% 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 zugrundegelegt. Die resultierende Mortalität pro Jahr bewegt sich auch 2008 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 dem 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 Opioidklienten – Trend

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anteil von Todesfällen bei den Beendern	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,3%	1,4%	1,2%
Betreuungsdauer (Tage)	244,3	263,2	280,7	282,1	297,5	305,2	301,7	314,3	321,2
Mortalität p.a.	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%	1,4%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d und eigene Berechnungen.

Daten zur Mortalität bei Drogenabhängigen finden sich in Standardtabelle 18.

6.4.3 Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen

Über spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen liegen aktuell keine Daten vor.

Daten zu Verkehrsunfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum finden sich in Kapitel 9.

7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

7.1 Überblick

Gesundheitliche Aspekte des Drogenkonsums werden sowohl im Rahmen spezifischer Angebote für Drogenkonsumenten als auch als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung behandelt. 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 allgemeine 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 finden während stationärer Suchtbehandlungen häufig statt. 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 von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Dazu gehören Programme zur Drogennotfallprophylaxe, die z.B. auch Schulungen im Umgang mit Naloxon für Konsumenten beinhalten, Angebote, die unmittelbar Hilfe zur Verfügung stellen („Therapie sofort“), die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen und als wichtige Maßnahme die Ausweitung der Substitution. Neben Daten zur Substitution (siehe Kapitel 5) liegen aktuelle Informationen auch zu einigen Drogenkonsumräumen vor.

Drogenkonsumräume

Aufgrund der nach wie vor sehr riskanten Konsummuster von Heroin stellen Drogenkonsumräume und niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen einen wichtigen Bereich von frühzeitigen Hilfen für die betroffenen Menschen dar. In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot und 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. Momentan existieren laut einer aktuellen Befragung der Länder insgesamt 27 Drogenkonsumräume mit 222 Konsumplätzen und etwa 87 Personalstellen (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009).

Die Kontakt- und Kommunikationseinrichtung Fixpunkt aus Hannover berichtet über 26.796 Konsumvorgänge in den vorhandenen Räumen im Jahr 2008 (2007: 34.706; 2006: 29.332; 2005: 35.109). 18% davon (4.782) wurden von Frauen durchgeführt. In Hannover wird ausschließlich der intravenöse Konsum von Heroin (95%), Kokain (2,5%) und der Mischkonsum von Heroin und Kokain (2,5%) dokumentiert (Step 2009).

Im Jahr 2008 wurde unter 900 Drogenkonsumenten, die Drogenkonsumräume aufsuchen, vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe eine Befragung durchgeführt. Sie zeigt, dass die Gruppe von Heroinkonsumenten, die diese niedrigschwelligen Einrichtungen nutzt, erhebliche Bildungsdefizite aufweist. Über 16% haben keinen Schulabschluss, über 40% lediglich einen Hauptschulabschluss. Über 50% haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Fast 20% wohnen bei Freunden und Bekannten oder in einer Notunterkunft, 4% leben auf der Straße. Ein knappes Viertel ist weiblich und ebenfalls ein Viertel hat einen Migrationshintergrund. Über 90% wurden mindestens einmal von der Polizei wegen Drogenbesitzes überprüft, fast 80% haben Haftenerfahrung. In der Haft wurde von einem Viertel der Drogenkonsum fortgesetzt und dabei wurden auch Spritzenutensilien geteilt. Weniger als ein Drittel wurde in der Haft substituiert.

Fast alle Befragten konsumieren nahezu täglich Heroin, nur in Hamburg und Frankfurt gibt es bei rund der Hälfte der Klienten Crack-Konsum. Heroin wird zu 75% injiziert, Crack von 35% der Befragten. Da das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken in dieser Gruppe relativ weit verbreitet ist, ist das Angebot der Drogenkonsumräume, das die Bereitstellung hygienisch einwandfreier Konsumutensilien beinhaltet, für diese Gruppe langjähriger, sonst schwer erreichbarer Drogenabhängiger umso wichtiger. Auf die Frage, welche Hilfsangebote den Betroffenen wichtig sind, werden generell der Konsumraum und Kontaktcafés genannt, dann die medizinische Versorgung und der Spritzentausch. Für 80% der Befragten ist ebenfalls die Beratung wichtig und für ein Drittel die Vermittlung in eine Substitutions- oder Entzugsbehandlung. Ein Drittel sucht den Konsumraum täglich auf, 40% mehrfach in der Woche. Insgesamt zeigt sich, dass mit diesem Angebot die Gruppe der Schwerstabhängigen erreicht wird, die von anderen Hilfsangeboten nicht oder nur sehr schwer erreicht wird (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten in der niedrigschwelligen Arbeit

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrigschwelligen Drogenhilfe vor allem durch Information über Infektionskrankheiten und –risiken, sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt. Laut Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2009) bieten von den ca. 1.000 anerkannten ambulanten Beratungsstellen und Kontaktläden mindestens 25% Spritzentauschprogramme an. Bundesweite Statistiken über die exakte Zahl der Vergabestellen oder die Zahl verteilter Spritzen stehen nicht zur Verfügung. Hinweise auf Entwicklungen und Trends können jedoch aus Berichten einzelner Einrichtungen oder Träger entnommen werden.

Im Jahr 2008 wurden im Café „Connection“ in Hannover (s.a. 6.3.1) 168.112 Spritzen getauscht oder verkauft (2007: 74.743). Im Szenecafé „inkognito“ in Hameln wurden bei einer durchschnittlichen Besucherzahl von etwa 25 Personen pro Tag und insgesamt 5.901 Kontakten im Jahr 2008 31.162 Mal Spritzen getauscht oder verkauft (2007: 19.331). Der Spritzentausch und –verkauf hat sich entsprechend einer angestiegenen Klientenzahl im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Die Abgabe sonstiger Safer-Use-Artikel (Alkoholtupfer, Ascorbinsäure, steriles Wasser, Pflaster, Filter, Kondome etc.) erfolgte 15.896 Mal (2007: 10.778). Insgesamt fanden 2.089 Informationsgespräche zum Thema Gesundheitsförderung und Safer-Use statt (2007: 1.125) (Step 2009).

Der Berliner Verein „Fixpunkt“ führt von Oktober 2008 bis September 2010 ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Evaluierung von Hepatitis-C-Präventionsmaßnahmen durch. Das Projekt wird vom BMG finanziert, von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unterstützt und vom Forschungsinstitut ZIS (Hamburg) wissenschaftlich begleitet. Ziel ist es, Drogenkonsumierende frühzeitig in ihrer „Konsumkarriere“ anzusprechen. Dazu sollen auch Zugangswege und Aktionsfelder außerhalb des klassischen Suchthilfesystems aktiviert und genutzt werden. Die im Rahmen des Projektes identifizierten Good-Practice-Modelle werden so aufbereitet, dass sie weiterentwickelt und von anderen Einrichtungen ebenfalls durchgeführt werden können. Die aktuelle Umsetzung erfolgt hauptsächlich in Berliner Kontakteinrichtungen mit Drogenkonsumräumen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

Die Relevanz der systematischen Bereitstellung von Safer-Use-Artikeln im Rahmen niedrigschwelliger Angebote wird auch durch eine aktuelle Untersuchung von Giesel et al. (2008) unterstrichen. Die Autoren stellten in einer Befragung unter Patienten in der Heroinambulanz Hannover im Jahre 2006 (N=28) fest, dass unerlaubter intravenöser Methadonkonsum, der zu gesundheitlichen Problemen führt, unter Opioidkonsumenten nicht selten ist. Aufgrund der Sorge vor strafrechtlichen Konsequenzen oder der Angst vor Ausschluss aus der Substitution wird dies aber seitens der Betroffenen nur selten thematisiert. Spezielle Safer-Use-Infos für den i.v. Konsum von Methadon fehlen ebenfalls weitgehend.

Behandlung von HIV bei Drogenkonsumenten

Backmund et al. (2008b) haben in ihrem Entwurf zu den Therapieleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ) zu HIV-Infektionen bei intravenös Drogenabhängigen (IVD) festgehalten, dass sich die IVD bei Beginn der antiretroviralen Therapie (ART) möglichst in einer stabilen Substitutionsbehandlung befinden sollten. IVD, die eine HIV-Therapie wünschen und bei denen die Indikation zu einer solchen besteht, die aber keine Substitutionsbehandlung wünschen, ist dennoch eine HIV-Therapie anzubieten. Bei IVD ohne stabile Substitution sollte dann ein ART-Regime gewählt werden, das nur einmal täglich eingenommen werden muss.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit zu Behandlungsmöglichkeiten HIV-infizierter Drogenabhängiger kommt Backmund (2008) erneut zu dem Schluss, dass die Substitutionsbehandlung sowohl das beste Setting für die Prävention von Infektionen mit HIV- und Hepatitisviren als auch für die Behandlung somatischer Krankheiten darstellt. Dabei weist er auf die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Suchtmedizinern und HIV-Spezialisten hin. Die Substitutionsbehandlung stellt demnach einen Rahmen dar, in dem HIV-infizierte Drogenabhängige sehr effektiv auch hinsichtlich einer HIV-Infektion behandelt werden können, wenn suchtmmedizinisches und infektiologisches Wissen vor Ort gebündelt vorhanden ist. In seiner Übersichtsarbeit geht Backmund davon aus, dass in Deutschland 7% der neu HIV-Infizierten Drogenabhängige sind, von denen die meisten Hepatitis C co-infiziert sind. Die HIV-Prävalenz unter Drogenabhängigen beziffert er mit ca. 5%.

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Im Rahmen einer naturalistischen, prospektiven und repräsentativen Längsschnittstudie an 2.414 opioidabhängigen Patienten (COBRA-Studie, vgl. dazu auch die REITOX Berichte 2007 und 2008) gingen Schäfer et al. (2009) den Fragen nach,

- ob eine antivirale Behandlung während der Substitutionsbehandlung mit einer erhöhten Belastung durch psychopathologische Symptome und einer reduzierten Lebensqualität einhergeht (12-Monats-Follow-up), und
- ob eine antivirale Behandlung während der Substitutionsbehandlung im Zusammenhang mit Veränderungen im Verlauf und Behandlungsergebnissen nach 12 Monaten steht.

Es zeigte sich, dass zwei Drittel der Substitutionspatienten HCV-infiziert waren, aber nur etwa 10% innerhalb eines Jahres eine antivirale Behandlung erhielten. HCV-infizierte Patienten, die eine Interferontherapie erhielten, unterschieden sich hinsichtlich psychopathologischer Symptome und ihrer Lebensqualität nicht von Patienten ohne antivirale Therapie. Die Interferontherapie gefährdete in dieser Studie auch nicht die Verträglichkeit oder Wirksamkeit der Substitutionstherapie.

Ebner et al. (2008) zeigten an einer kleinen Stichprobe (N=17) in ihrem Therapiezentrum, dass HCV bei stabilen opioidabhängigen Patienten (6 Monate Substitutionsbehandlung, kein Alkoholabusus, keine Persönlichkeitsstörung, keine HIV-Co-Infektion, keine Lungenerkran-

kung) effektiv behandelt werden kann. Zur Follow-up-Untersuchung nach 48 Wochen waren 88,2% der Patienten virusfrei. Durch frühzeitige Einleitung einer antidepressiven Therapie traten bei den Patienten nach Aussagen der Autoren weder schwere depressive Episoden noch Suizidgedanken auf.

Auch Schulte et al. (2008) zeigten in ihrer Untersuchung von N=27 mit Heroin substituierten Patienten in antiviraler HCV-Therapie, dass trotz größtenteils hoher gesundheitlicher Belastung 17 Patienten (von 21 regulären Beendern) sechs Monate nach Behandlungsende eine dauerhafte Viruselimination (SVR) aufwiesen. Die Ergebnisse zeigen nicht nur die Behandlungsfähigkeit von Schwerst opioidabhängigen, sondern auch, dass der Behandlungserfolg in besonderem Maße von der Patientenadhärenz und einem adäquaten Nebenwirkungsmanagement abhängig ist.

Neubacher (2008) zieht ebenfalls das Fazit, dass die HCV-Therapie bei opioidabhängigen Patienten in Substitutionsbehandlung oder nach einem Entzug gut durchführbar und empfehlenswert sei. Im geeigneten Setting sind vorzeitige Abbrüche der Interferon-/Ribavirintherapie selten, die Nebenwirkungen beherrschbar, psychiatrische Komorbidität stellt keine absolute Kontraindikation dar, eine während der HCV-Therapie auftretende Depression lässt sich durch selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) wirksam lindern und häufig geht auch der Beikonsum zusätzlicher illegaler Substanzen zurück.

Bei einem Experten-Round-Table am 06.03.2009 in Berlin zur Therapie der chronischen Hepatitis C bei IVD waren sich die Teilnehmer einig, dass selbst bestehender Beikonsum von Benzodiazepinen und Alkohol nicht prinzipiell Ausschlusskriterium für eine HCV-Therapie darstellen muss, entscheidend sei die Compliance der Patienten. Die Experten konstatierten außerdem, dass die HCV-Therapie für viele Suchtpatienten oftmals sehr viel mehr sei als die Behandlung einer Lebererkrankung – insbesondere im Hinblick auf den psychosozialen Gewinn. Das Hepatitis-C-Virus sei Untersuchungen zufolge post mortem auch im Gehirn nachweisbar und werde mit der eigenständigen Verursachung von Depressionen und dem Chronic-Fatigue-Syndrom in Zusammenhang gebracht. Daher werde mit der Hepatitis C nicht nur eine Lebererkrankung, sondern wahrscheinlich auch eine neuropsychiatrische Erkrankung behandelt (Schäfer 2009).

7.4 Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten

Ein großes Problem in der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen stellt deren häufige Abhängigkeit von mindestens einem weiteren Suchtmittel dar. Dadurch wird das Erreichen der Ziele der Substitutionsbehandlung wie die Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit oder die soziale Integration erschwert.

Eine aktuelle Literaturübersicht von Scherbaum (2008) zeigt, dass in internationalen Metaanalysen kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie und Contingency Management (CM) während der Substitutionstherapie helfen, Beikonsum (insbesondere von Kokain) zu reduzieren. Eigene kontrollierte Untersuchungen der Arbeitsgruppe zur Wirksamkeit von CM unter Routinebedingungen relativieren jedoch die Erwartungen, die durch diese gut ausges-

tatteten Studien mit ausgewählten Patienten an universitären Zentren geweckt wurden und zeigen zwar die Wirksamkeit einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie, nicht aber des CM bei polyvalentem Beigebrauch.

Weitere Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen finden sich auch in Kapitel 5 (unter den Angaben zur Substitutionsbehandlung).

8 Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

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.

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen von Drogenkonsumenten finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opioidabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszenen betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik, den Länderkurzberichten (s. a. Fußnote 24 im Kap. 5.2) und aus den regionalen Monitoringsystemen in Hannover, Frankfurt und Hamburg.

8.2 Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum

8.2.1 Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten

Laut Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) hat fast jeder fünfte Klient ambulanter Einrichtungen mit einer primären Opioidproblematik (17,2%), etwa jeder sechste Klient mit primärer Kokainproblematik (16,0%) und etwa ein Viertel der Cannabisklienten (23,5%) bei Beginn der Betreuung noch keinen Schulabschluss. Mehr als die Hälfte der Klienten mit primärer Opioidproblematik (59,1%) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos und jeweils etwas mehr als ein Drittel (35,8% bzw. 37,4%) der Klienten mit primären Cannabis- bzw. Kokainproblemen (Tabelle 8.1). An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung praktisch nichts. Während dies bei vielen Cannabisklienten einfach am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle (insbesondere die Opioidklienten) häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009d). Im Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation (Vertheim et al. 2008) wurden im Jahr 2007 insgesamt 4.809 Opioidklienten (2006: 4.851) registriert, die ambulante Hilfe in Anspruch nahmen. Von diesen lebten zwar 80% (2006: 82%) in stabilen Wohnverhältnissen, allerdings waren 70% (2006: 69%) arbeits- bzw. erwerbslos. Insgesamt hatten 88% (2006: 87%) mindestens einen primären Schulabschluss (Tabelle 8.1).

Seit 2007 liegen in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor (2008: N=23). Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2008 niedrigschwellige Einrichtungen aufsuchten, noch schlechter als in anderen Hilfebereichen. Wie in Tabelle 8.1 zu sehen ist, 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 einge-

schränkt interpretierbar, da nur von 13 (Schulabschluss) bzw. 17 (Erwerbssituation) und 14 (Wohnsituation) der insgesamt 23 in der DSHS berücksichtigten niedrigschwelligen Einrichtungen Daten zu diesen drei Variablen vorliegen und die Absolutzahlen der Klienten mit illegaler Drogenproblematik (zum Schulabschluss liegen 1.009 gültige Angaben vor, zur Erwerbssituation 1.001 und zur Wohnsituation 1.515) relativ niedrig sind (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009b). Hinzu kommt, dass auch die Gesamtzahl der sich an der DSHS beteiligenden niedrigschwelligen Einrichtungen mit N=23 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote in Deutschland wiedergibt und keine Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe vorliegen.

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen

Substanz	Ambulante Betreuung			Niedrigschwellige Einrichtungen		
	Ohne Schulabschluss ¹⁾	Arbeitslos ²⁾	Ohne Wohnung ²⁾	Ohne Schulabschluss ¹⁾	Arbeitslos ²⁾	Ohne Wohnung ²⁾
Alkohol	6,0%	41,8%	0,5%	30,6%	43,6%	6,9%
Opioide	17,2%	59,1%	2,6%	23,0%	76,3%	8,7%
Cannabinoide	23,5%	35,8%	0,7%	31,2%	41,2%	1,1%
Sedativa/Hypnotika	5,5%	37,4%	0,2%	66,7%	100,0%	0,0%
Kokain	16,0%	37,4%	1,2%	32,9%	60,5%	6,5%
Stimulantien	14,8%	39,9%	0,7%	29,0%	59,1%	4,7%
Halluzinogene	10,7%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tabak	12,2%	9,9%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Flücht. Lösungsmittel	40,0%	34,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mult./and. Subst.	17,7%	54,3%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%

1) Oder in Schulausbildung.

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009b; 2009d.

Noch schlechter ist die soziale Situation in der offenen Frankfurter Drogenszene. 2008 lebten wie bei der letzten Befragung 2006 44% der Drogenkonsumenten aus der offenen Szene in prekären Wohnverhältnissen (Obdachlosigkeit, Unterbringung in Notschlafstellen). Allerdings ist die Zahl der Obdachlosen von 14% (2006) auf 12% (2008) gesunken. 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 als die der Männer. Der Anteil der Szeneangehörigen ohne abgeschlossene Berufsausbildung ist von 2006 (43%) nach 2008 (57%) deutlich gestiegen.

In einem Interview mit der „Tageszeitung“ (taz-online, 10.03.2009) beschreibt die Leiterin der Drogenhilfeeinrichtung Fixpunkt, Astrid Leicht, die offene Drogenszene am Kottbusser Tor in Berlin: Die Gruppe bestehe aus ca. 300 Heroinabhängigen, von denen etwa 100 das Stammpublikum bilden. Der überwiegende Teil der Klientel sei männlich (ca. 80%); Migran-

ten (vor allem aus dem türkisch-arabischen Raum) machen ca. 30% aus. Durch die verschiedenen Programme der Drogenhilfe (insbesondere Substitution und Spritzenaustausch) werde die Klientel grundsätzlich immer älter, Politoxikomanie (Opioide + Alkohol + Medikamente + andere illegale Drogen) betreffe den größten Teil dieser Gruppe. Die Schließung des in der Nähe befindlichen Drogenkonsumraumes und eines Parkhauses habe dazu geführt, dass die Konsumvorgänge wieder häufiger in der Öffentlichkeit stattfinden und den Unmut der Anwohner hervorrufen, obwohl (auch laut Polizeiangaben) Belästigungen und körperliche Übergriffe eher Einzelfälle seien. Zur Eindämmung der offenen Drogenszene schlägt Frau Leicht vor, dass ein neuer Ort für einen Drogenkonsumraum gefunden werden sollte und die Schwerstabhängigen auch in Berlin mit Diamorphin behandelt werden.

8.2.2 Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen

Das Thema Sucht und Migration erhält erst seit Mitte der 90er Jahre zunehmend Aufmerksamkeit in Fachkreisen und wissenschaftlichen Untersuchungen, obwohl inzwischen fast ein Fünftel (18,6%) der Bevölkerung in Deutschland nach dem Mikrozensus 2005 einen Migrationshintergrund aufweist. In Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen wurden in verschiedenen Untersuchungen höhere Inzidenzen unter Menschen mit Migrationshintergrund beobachtet. Schouler-Ocak & Haasen (2008) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine adäquate Versorgung der Population kulturspezifische Beratungs- und Behandlungsstrategien sowie niedrigschwellige Zugänge erfordert. Eine adäquate Versorgung ist demnach nur möglich, wenn über Kenntnisse bezüglich der Erklärungsmodelle süchtigen Verhaltens, Einstellungen und Erwartungen der Zielgruppen verfügt wird.

8.3 Soziale Reintegration

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, 2007 und 2008.

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 1. 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 im Jahr 2008 das Angebot auf insgesamt rund 470 ganztägig ambulante und ambulante Standorte erweitert. 2008 kamen zwei weitere ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen hinzu (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). 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 1. 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.

Informationen zu teilstationären Einrichtungen der Sozialtherapie liegen aus neun Bundesländern vor (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009). Insgesamt gibt es in diesen Bundesländern 139 Einrichtungen dieser Art mit 1.832 Plätzen. Eine Differenzierung zwischen Klienten mit einer (illegalen) Drogenproblematik und anderen ist allerdings nicht möglich.

8.3.1 Unterkunft

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 2008 (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009): 840 Einrichtungen bieten 10.257 Plätze für betreutes Wohnen (Angaben aus 11 Bundesländern). Den Übergang zwischen stationärer Behandlung und einem vollständig eigenständigen Leben sollen Adaptationseinrichtungen erleichtern. Von diesen gibt es bundesweit 126 (Angaben aus 15 Bundesländern), die insgesamt 1.292 Plätze für Drogenkranke zur Verfügung stellen (Angaben aus 13 Bundesländern).

8.3.2 Bildung, berufliche 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 bislang keine Verbesserung der Lage ab.

Klein und Schaunig (2008) haben 3.777 Kölner Schüler der Jahrgangsstufen 6-12 umfassend zum Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen illegalen Drogen befragt. So wurden stadtspezifische Muster des jugendlichen Substanzkonsums untersucht und differenzierte Analysen nach Schulform, Schulklima und Sozialraum vorgenommen. Dabei konnten große Unterschiede im Substanzkonsummuster der Jugendlichen in Abhängigkeit von Schulform, sozialer Lage und schulklimatischen Faktoren nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass Gymnasiasten in den Stadtteilen mit sehr guter sozialer Lage höhere Konsumraten für Alkohol und Cannabis aufweisen als Schüler aus Haupt- und Realschulen in sozial

ungünstigen Stadtteilen. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass für die Entwicklung lokaler Präventions- bzw. Integrationsprogramme die im Rahmen bundesweit durchgeführter Studien berichteten Mittelwerte nur eine eingeschränkte Aussagekraft haben, da die Konsumraten verschiedener Schulen lokal enorm variieren können.

An der STEP-Therapieschule in Hannover können ehemals Drogenabhängige, Drogengefährdete und Substituierte den Hauptschulabschluss (Kursdauer: Ein Jahr) und den Realschulabschluss (Kursdauer: Zwei Jahre) nachträglich erwerben. Im Jahr 2007 waren von insgesamt 105 Kursteilnehmern 27 unter 20 Jahre alt, 52 zwischen 21 und 25 Jahren, 18 zwischen 26 und 30 Jahren und 8 über 30 Jahre alt. Die Kostenträger waren entsprechend der Altersstruktur für 20% der Schüler die Jugendhilfe (§§ 35 a, 41 SGB VII) und für 80% die Sozialhilfe (§§ 53 ff SGB VII). Von 50 Kursteilnehmern, die die Maßnahme im Jahr 2007 beendeten, schlossen 27 regulär ab (durch Prüfungen und andere Anschlussmaßnahmen), davon zwölf mit Realschulabschluss. Zwölf Schüler müssen in die Relegation, elf haben den Kurs abgebrochen (Step 2008).

8.3.3 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 Aufsichtsbezugnis darüber 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.

Das BMG hat aufgrund der Empfehlungen des Drogen und Suchtrats vom November 2007 (s.a. REITOX-Bericht 2008) ein Konsortium aus „Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt (FIA) Berlin“, Prof. Dr. Henkel (bis Sommer 2008 Fachhochschule Frankfurt/M.) und Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. (Göttingen) mit einer Befragung beauftragt, die bundesweit Maßnahmen, Initiativen und Kooperationen erheben soll, die die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und der Agentur für Arbeit (ARGE), Institutionen in den optierenden Kommunen sowie die Grundsicherungsträger mit getrennter Aufgabenwahrnehmung im Rahmen des SGB II hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von

Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung getroffen haben. Darüber hinaus sollen die in den vergangenen Jahren erprobten Ansätze guter Praxis bei der Integration suchtkranker Arbeitsuchender ins Erwerbsleben identifiziert und dokumentiert werden. Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich im REITOX-Bericht 2010 dargestellt.

Gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz fördert das BMG das Modellprojekt FAIRE mit dem Ziel, die Arbeitsmarktintegration von Rehabilitanden der Suchtkrankenhilfe zu verbessern (s.a. REITOX-Bericht 2008). Seit Oktober 2008 unterstützt das BMG gemeinsam mit dem Land Mecklenburg-Vorpommern darüber hinaus den Transfer von FAIRE in Mecklenburg-Vorpommern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

Laut Synopse der Länderkurzberichte (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009) existierten 2008 bundesweit 232 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte mit 3.342 Plätzen für alle Personen mit Suchtproblemen (Angaben lagen aus 13 bzw. 11 Bundesländern vor). Damit hat sich die Zahl der Projekte und zu vergebenden Plätze im Vergleich zum Jahr 2004 nahezu verdoppelt (124 Einrichtungen mit 1.787 Plätzen).

Das Beispiel der STEP (2008) zeigt, wie schwierig die Besetzung der Stellen sein kann: Von über 120 Zuweisungen durch die ARGE im Jahr 2007 wurden 93 Bewerber eingeladen, von denen 43 nicht erschienen; 23 Bewerber lehnten die Beschäftigungsangebote (überwiegend Mehraufwandsbeschäftigungsverhältnisse nach SGB II § 16) ab; 16 bevorzugten Maßnahmen bei anderen Trägern; drei erschienen nach Abschluss des Vertrages nicht mehr und acht waren für die Projekte (Fahrradstation, Umzüge, Grünpflege, u.ä.) nicht geeignet. Vor dem Hintergrund der vorhandenen Einschränkungen schulischer und beruflicher Art ist es daher für die meisten ein Erfolg, die Maßnahme regulär zu beenden. Darüber hinaus konnten insgesamt elf Teilnehmer durch ihre Maßnahme in die Erwerbsarbeit wechseln und einer in die Selbstständigkeit.

Die aktuelle Beschäftigungssituation unter den Mitgliedern der offenen Drogenszene in Frankfurt/M. hat sich offenbar nochmals leicht verschlechtert. Im Jahr 2008 verfügte nur 1% über eine Vollzeitstelle. Rund vier Fünftel sind arbeitslos, die meisten davon langzeitarbeitslos. Mit 4,9 Jahren erreicht die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit 2008 ihren bislang höchsten Wert (2006: 4,6 Jahre). Je stärker ein Befragter an die Szene gebunden ist, desto schwieriger ist es offenkundig, diesen in das Arbeitsleben zu reintegrieren – die Dauer der Arbeitslosigkeit steigt mit zunehmender Szenezugehörigkeit an.

Dem Anteil der Erwerbslosen entsprechend, bezieht ein Großteil der Befragten (rund drei Viertel) staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I, ALG II, Sozialgeld). Während der Anteil derer, die derartige Leistungen als ihre Haupteinnahmequelle bezeichnen, tendenziell angestiegen ist, ist die hauptsächliche Finanzierung über eine regelmäßige Arbeit oder Jobs weiterhin rückläufig. Neben diesen Quellen wird insbesondere der Drogenhandel und die Prostitution (im Jahr 2008 ausschließlich bei Frauen), daneben auch Familie/Partner sowie weitere illegale und legale Möglichkeiten als Einnahmequellen genutzt. Wie in sämtlichen vorherigen Befragungen gelingt es etwa der Hälfte der Befragten, sich ausschließlich auf legalem Wege zu finanzieren. Sowohl die durchschnittlich erzielten Einkünfte als auch die

durchschnittlichen Ausgaben für Drogen haben sich 2008 relativ deutlich erhöht (auf ca. 590 bzw. 480 Euro pro Woche). Der Anteil an den zur Verfügung stehenden Mitteln, der für Drogen ausgegeben wird, hat sich nicht geändert. (Werse et al. 2009).

Förderung durch die Rentenversicherung

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

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.

Soziale Hilfen und Unterstützung

Suchtkranke erhalten die gleichen Hilfen und Unterstützungsleistungen durch Staat, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherungen wie andere bedürftige Gruppen. Dazu gehören auch aufsuchende Angebote. Gesonderte Statistiken hierzu liegen nicht vor.

9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

9.1 Überblick

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.

9.2 Drogenbezogene Kriminalität

9.2.1 Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen

Im Jahr 2008 wurden insgesamt rund 240.000 Rauschgiftdelikte erfasst, davon rund 169.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und etwa 56.000 Handelsdelikte. Die drogenbezogene Kriminalität nimmt damit gegenüber dem Vorjahr insgesamt erneut um 3,4% ab (BKA 2009b).

Beschaffungskriminalität

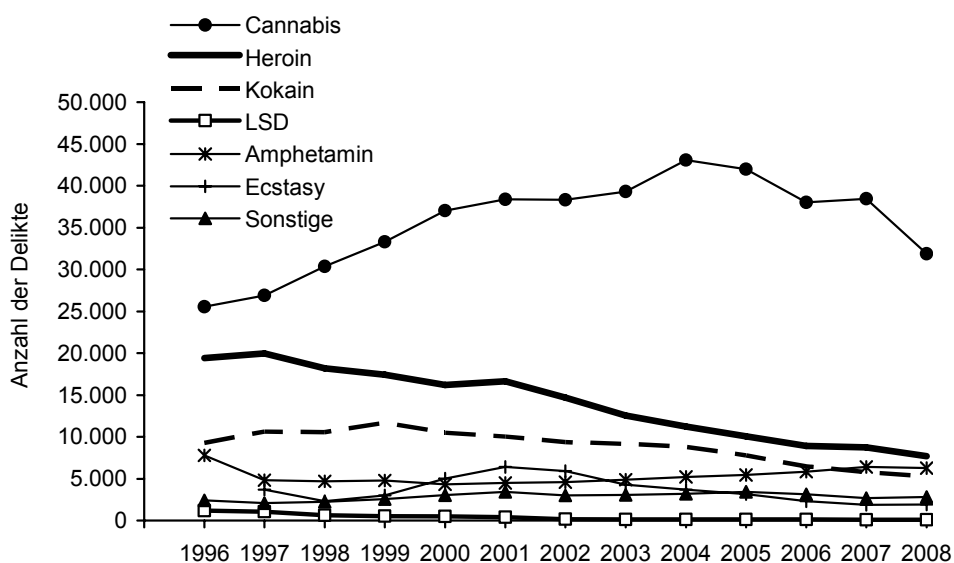
Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2008 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2.698 Fälle (2007: 2.540; 2006: 2.234) der direkten Beschaffungskriminalität registriert. Die Zahl dieser Delikte ist damit im Berichtsjahr erneut um 6,2% gestiegen (2006 vs. 2007: +13,7%). Fast drei Viertel (72,7%) dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle zur Erlangung von Betäubungsmitteln (BMI 2009).

Handelsdelikte

Handelsdelikte 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.

Bei den Handels-/Schmuggeldelikten spielt Cannabis sowohl nach Anteil als auch absoluter Zahl die größte Rolle (31.868 Delikte, 57,0% aller Delikte; 2007: 38.460, 60,0%), mit großem Abstand gefolgt von Heroin (7.687, 13,8%; 2007: 8.752, 13,7%) (Abbildung 9.1). Zahl und Anteil der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Kokain (5.278, 9,4%; 2007: 5.822, 9,1%; 2006: 6.462, 10,0%) sind während der letzten Jahre leicht rückläufig. Seit 2000 steigt die Zahl der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Amphetaminen konstant an. Amphetamine hatten 2008 einen Anteil von 11,2% (6.282; 2007: 6.405 Delikte, 10,0%; 2006: 5.858, 9,0%) an allen Handelsdelikten und haben damit Kokain wie bereits im letzten Jahr erneut vom dritten Platz in dieser Rangliste verdrängt (BKA 2009b).



BKA 2009b.

Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten

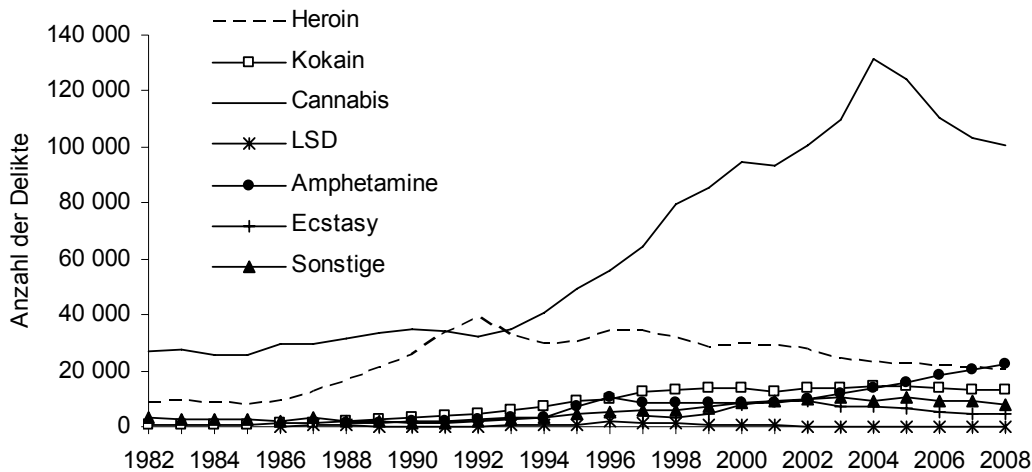
Konsumnahe Delikte³³

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.

Die polizeiliche Kriminalstatistik (BMI 2009) zeigt, dass auch bei diesen Delikten vor allem Cannabis eine herausragende Rolle spielt: 59,4% aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (12,1%), Amphetamine (13,3%) und Kokain (7,6%) machen zusammen weitere 33,0% der registrierten Delikte aus, der Rest

³³ 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.

verteilt sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen. Der Rückgang der Gesamtzahl (2008: 169.386; 2007: 171.496) beträgt nur -1,2%. Während die Anzahl der Delikte 2008 bei allen anderen Drogenarten abnahm (Cannabis: -2,2%; Heroin: -2,4%; Kokain: -0,3%; Ecstasy: -3,0%; sonstige Drogen: -12,8%), stieg die Anzahl der Amphetamindelikte erneut um 10,0% (2008: 22.509; 2007: 20.468; 2006: 18.329) (Abbildung 9.2).



BMI 2009.

Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

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 (die Speicherfristen betragen in der Regel für Erwachsene 10 Jahre, für Jugendliche 5 Jahre und für Kinder 2 Jahre; in Fällen von geringerer Bedeutung können die Fristen jeweils kürzer festgelegt werden). Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

Nachdem die Gesamtzahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen seit 2004 von Jahr zu Jahr leicht zurückgegangen ist, steigt sie 2008 zum ersten Mal wieder an. Insgesamt wurden 2008 19.203 Fälle registriert (2007: 18.620; +3,1%; 2007 vs. 2006: -3,6%). Der deutlichste Rückgang findet sich für Crack (2008: 350; 2007: 498; -29,7%). Auch Heroin (2008: 3.900; 2007: 4.153; -6,1%) und sonstige Drogen (2008: 286; 2007: 311; -8,0%) verzeichnen eine Abnahme. Gestiegen sind dagegen die Zahlen für Amphetamine (2008: 10.631; 2007: 9.949;

+6,9%), Ecstasy (2008: 2.174; 2007: 2.038; +6,7%), Kokain (2008: 3.970; 2007: 3.812; +4,1%) sowie für LSD (2008: 158; 2007: 145; +9,0%).

Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen machen mehr als die Hälfte (55,4%) der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Heroin: 20,3%; Kokain: 20,7%, Ecstasy: 11,3%, Crack: 1,8% und Sonstige inkl. LSD: 2,3%)³⁴. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden.

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

Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 10, Reihe 3) wurden im Jahr 2007 57.116 Personen (2006: 52.165) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2008 liegen noch nicht vor). 48.363 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt (2006: 43.063), 8.753 (2006: 9.102) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 18.341 (2006: 17.546) Freiheitsstrafen - davon 11.708 (2006: 10.935) zur Bewährung - sowie 30.022 (2006: 25.517) Geldstrafen verhängt (Statistisches Bundesamt 2009a).

Die Gesamtzahl der Verurteilungen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 9,5% erhöht (2005-2006: +1,3%). Der Anstieg ist bezüglich der Altersstruktur vorwiegend auf eine Zunahme der erwachsenen Straftäter sowie einen leichten Anstieg bei Heranwachsenden³⁵ zurückzuführen, während ein leichter Rückgang bei den Jugendlichen³⁶ zu verzeichnen ist. Bezüglich der Art der Delikte ist der Gesamtanstieg vor allem auf eine Zunahme unspezifischer Konsumdelikte (§29 Abs.1 BtMG) um 11,0% zurückzuführen. Auch die Zahl der Handelsdelikte ist wie schon im Vorjahr (2006: 5.841; +12,7%) gestiegen, allerdings auf weiterhin niedrigem Niveau (Abbildung 9.3).

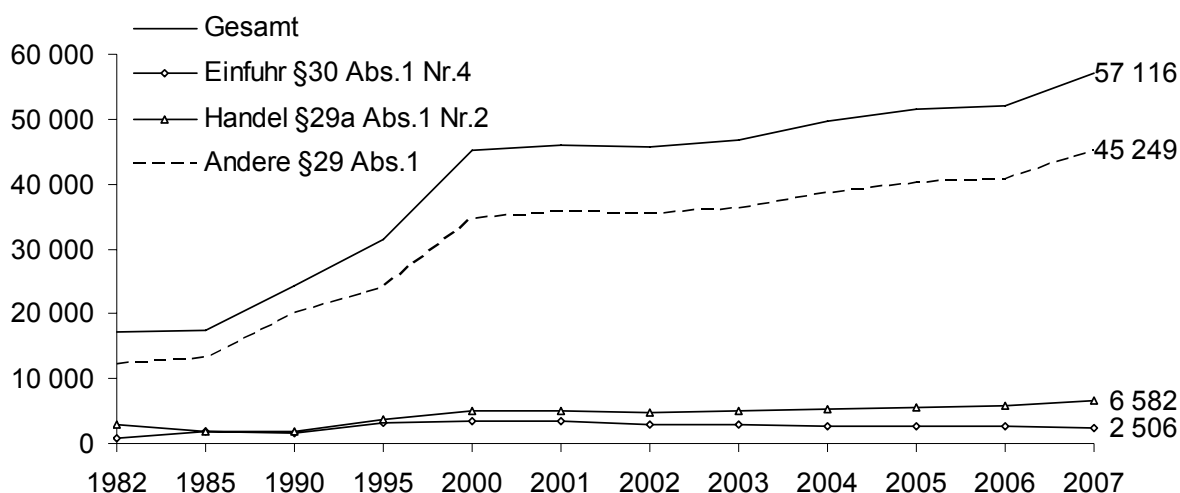
Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz betrafen 2007 6,4% aller Verurteilungen, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,0% etwa doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,6%). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 4,0%. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren

³⁴ 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.

³⁵ 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.

³⁶ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

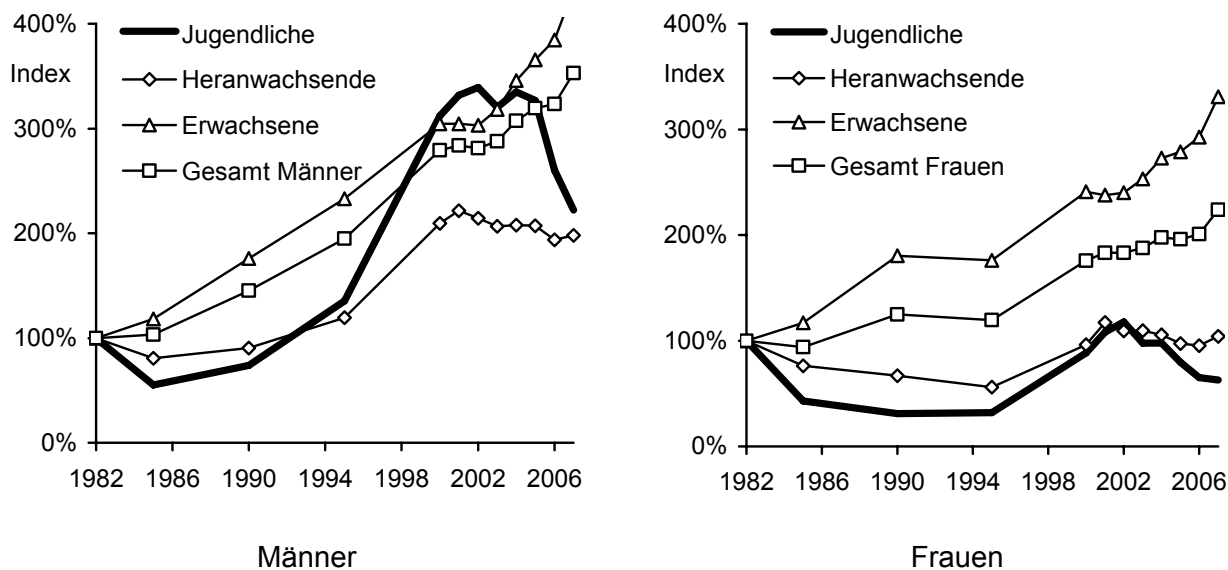
liegt der Anteil der Rauschgiftdelikte mit 9,5% deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität. Bei 62,0% der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 63,2%, Frauen: 50,9%); in 60,8% dieser Fälle handelte es sich dabei um Täter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2009a).



Statistisches Bundesamt 2009a.

Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Wie bereits in den Vorjahren, wurden auch im Jahr 2007 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen BtM-Delikten verurteilt (Männer: 51.371; Frauen: 5.745). 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 2007 mehr als verdreifacht, bei den Frauen etwa verdoppelt. Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden feststellen. Bei jugendlichen und heranwachsenden Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2007 unter denen bzw. gleichauf mit denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche 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 gravierenden Anstieg mehr gegeben, von 2005 nach 2006 sogar einen deutlichen Abwärtstrend (-20,3% unter Jugendlichen; -6,5% unter Heranwachsenden), der sich allerdings 2007 nur bei den Jugendlichen fortsetzt (-14,7% bei männlichen, -3,6% bei weiblichen Jugendlichen), nicht bei den Heranwachsenden (+2,1% bei männlichen, +9,2% bei weiblichen Heranwachsenden) (Abbildung 9.4).



Statistisches Bundesamt 2009a.

Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

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

9.2.2 Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen

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).

Im Jahr 2008 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 320.649 polizeilich registrierte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, an denen 488.185 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 9.1). Davon standen 18.382 Unfallbeteiligte (5,7%) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.440 (0,4%) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2009c). Während die Zahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt sowie die Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss seit 2003 kontinuierlich gesunken ist, lässt sich bei den Unfällen unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel seit 2003 ein Zuwachs beobachten. Eine mögliche Erklärung dafür könnten verbesserte Kontrollen sein. Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss aber immer noch mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Tabelle 9.1 Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen

Jahr	Unfälle mit Personenschaden	Fehlverhalten der 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	335.845	410.496	19.456	1.356
2008 ¹⁾	320.649	388.237	18.382	1.440

1) Vorläufige Daten.

Statistisches Bundesamt 2009c.

Selbst erfahrene Kriminalität bei Drogenkonsumenten

Die Frankfurter Szenebefragung befasste sich 2008 auch mit der durch die Drogenkonsumenten selbst erfahrenen Kriminalität. Gewalt und Eigentumsdelikte spielen demnach eine signifikante Rolle im Szenealltag. Durchschnittlich war jeder Befragte etwa vier Mal im vergangenen Monat Opfer einer derartigen Tat, Frauen etwas häufiger als Männer. Am häufigsten wurde dabei Betrug genannt (38% gaben an, mindestens einmal im vergangenen Monat Opfer einer solchen Tat gewesen zu sein), gefolgt von psychischer Gewalt (29%) und Diebstahl (27%). Aber auch physische Gewalt wird von einem nennenswerten Anteil (14%) der Befragten angegeben. Mehr als vier Fünftel dieser Taten werden von anderen Szeneangehörigen verübt, größtenteils im Bereich der „offenen Szene“ (Werse et al. 2009).

9.3 Verhinderung von drogenbezogener Kriminalität

Für eine erfolgreiche Verbrechensbekämpfung bedarf es neben einer konsequenten Repression auch vielfältiger Maßnahmen der Kriminalprävention. Daher setzt die Polizei mit dem Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (ProPK) einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der bundesweiten Präventionsmaßnahmen. ProPK verfolgt das Ziel, die Bevölkerung, Multiplikatoren, Medien und andere Präventionsträger über Erscheinungsformen der Kriminalität und Möglichkeiten zu deren Verhinderung aufzuklären. Dies geschieht unter anderem durch kriminalpräventive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und durch die Entwicklung und Herausgabe von Medien, Maßnahmen und Konzepten, welche die örtlichen Polizeidienststellen in ihrer Präventionsarbeit unterstützen. Im Jahr 2008 gab ProPK das PC-Spiel „LUKA und der verborgene Schatz“ heraus, das Kindern im Alter von 10 bis 13 Jahren die Gefahren von Alkohol, illegalen Drogen und Gewalt vor Augen führt. Die spezielle Version des PC-Spiels für Fachkräfte in der Erziehungs- und Jugendarbeit unterstützt die Aufarbeitung der Themen „Konsum von Cannabis und Alkohol, Gewalt infolge von Alkoholmissbrauch oder Fahren unter Alkoholeinfluss“ im Unterricht. Ein umfangreiches Begleitheft mit Unterrichtsempfehlungen und Arbeitsblättern sowie Infos zu einzelnen Drogen

komplettieren das Medienpaket. Bereits vor der Veröffentlichung wurde das neue PC-Spiel für den Deutschen Kindersoftwarepreis TOMMI 2008 nominiert. Im Rahmen der Präventionsarbeit setzt ProPK aber weiterhin auch auf die Printmedien. So wurde z.B. die Broschüre „Sehn-Sucht. So schützen Sie Ihr Kind vor Drogen“ aktualisiert und erweitert (BMI 2009).

9.4 Interventionen im Strafjustizsystem

9.4.1 Alternativen zu Gefängnisstrafen

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 eine Studie von Schäfer & Paoli (2006) gezeigt hat. 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).

9.4.2 Andere Interventionen im Strafjustizsystem

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.

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.

Auf Staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche³⁷ und Heranwachsende³⁸, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, 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 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“. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-

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

³⁸ 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.

Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden (für eine Darstellung des Programms FreD siehe auch die REITOX-Berichte der Jahre 2007 und 2008, sowie Kapitel 1).

9.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen

Aktuelle Daten zur Prävalenz von Drogenkonsum in Gefängnissen liegen für Deutschland nicht vor.

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten betrug 2008 laut Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2009b) insgesamt 9.540 (2007: 9.665). Dies entspricht einem Anteil von 15,3% aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt der Anteil bei 16,3% (2007: 16,2%) und ist damit stabil geblieben. Der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG inhaftierten Frauen liegt bei 18,9% und hat damit nach einem Tief im Jahr 2007 (15,0%) wieder seine ursprüngliche Höhe erreicht (2006: 18,8%). Unter den Jugendlichen liegt der Anteil der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten 2008 bei 6,7% (Männer) bzw. 9,8% (Frauen) (2007: 6,2% bzw. 8,9%). Die Zahl der Strafgefangenen mit Betäubungsmitteldelikten ist von 2007 bis 2008 leicht gesunken, trotzdem hat sich der Anteil der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten unter allen Strafgefangenen (wenn auch minimal) seit 2004 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 9.2).

Tabelle 9.2 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2008	Inhaftierte N	62.348	59.048	3.300	52.308	3.035	6.293	264	448
	BtMG N	9.540	8.939	601	8.517	575	419	26	3
	BtMG %	15,3	15,1	18,2	16,3	18,9	6,7	9,8	0,7
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

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

Statistisches Bundesamt 2009b.

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.

Erste Ergebnisse einer international vergleichenden Studie zu den Lebens- und Haftbedingungen von Gefangenen mit langen Freiheitsstrafen (≥ 5 Jahre) liegen von neun der elf beteiligten europäischen Länder bezüglich insgesamt 740 Gefangenen aus 30 Haftanstalten vor (Dünkel et al. 2009). Unter anderem zeige die Befragung, dass die psychische Belastung der Gefängnisinsassen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als gravierend einzuschätzen sei und neben einer hohen Prävalenz von Traumata, Depressionen und selbstverletzendem Verhalten etwa 28% der Gefangenen aktuelle Drogenkonsumenten seien.

Angaben über Drogenkonsum im Gefängnis finden sich in Standardtabelle 12.

9.6 Umgang mit drogenbezogenen Gesundheitsproblemen in Gefängnissen

9.6.1 Drogenbehandlung sowie Prävention und Reduktion von durch Drogen verursachte Schäden

Aktuelle Daten zu internen und externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug liegen für 15 der 16 Bundesländer vor (Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2009).

Bezüglich interner Dienste zur Suchtberatung/-behandlung konnten acht dieser Länder keine Angaben machen, da ihnen keine Daten vorlagen. Laut Angaben aus den restlichen Bundesländern gibt es dort mindestens 125 interne Dienste mit insgesamt mindestens 190,5 Personalstellen. Ein Land (Sachsen) gab explizit an, keinen internen Suchtberatungsdienst zu haben.

Zu externen Suchtberatungsdiensten konnten vier Bundesländer keine Angaben machen, in einem Land (Sachsen-Anhalt) gibt es explizit keine externen Suchthilfedienste im Strafvollzug. Die übrigen Bundesländer berichteten von mindestens 139 externen Suchtberatungsdiensten mit insgesamt mindestens 164 Personalstellen.

Die Daten zeigen, dass es in diesem Bereich große Unterschiede zwischen den Ländern gibt, was kurz an einigen Beispielen verdeutlicht werden soll:

In Sachsen-Anhalt ist in jeder der 8 Justizvollzugsanstalten (JVA) im Rahmen der vollzugsinternen Suchtarbeit ein Mitarbeiter des gehobenen Sozialdienstes als Suchtbeauftragter bestellt. Dieser wird in der Regel von bis zu drei Suchtkrankenhelfern aus dem mittleren allgemeinen Vollzugsdienst unterstützt. Eine Benennung von Personalstellen ist dabei nicht möglich, da die Stelleninhaber zusätzlich mit der Wahrnehmung anderer Aufgaben betraut sind und die Suchtarbeit mit unterschiedlichen Arbeitskraftanteilen erledigen. Externe Suchthilfeeinrichtungen sind aktuell dagegen nicht in den JVAen tätig.

In Hamburg gibt es ebenfalls in jeder JVA einen internen Dienst zur Suchtberatung/-behandlung, zusätzlich nehmen jedoch auch externe Mitarbeiter (3 Dienste mit insgesamt 9,3 Personalstellen) diese Aufgabe wahr.

Anders liegt der Fall in Sachsen, wo es keine interne Suchtberatung in den Gefängnissen gibt, sondern ausschließlich externe Berater (11,2 Personalstellen) diese Aufgabe übernehmen.

Bereits zum zweiten Mal liegt für 2008 ein eigener Tabellenband der DSHS für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009c). Da dieser Tabellenband nur sechs 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 Selektionsmechanismen 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 2008 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 29,2 Jahre (N=235) (2007: 28,3 Jahre), das der Frauen 28,4 Jahre (N=20) (2007: 26,9 Jahre). Besonders auffällig ist, dass 70% (2007: 80%) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, bei den Männern liegt der Anteil bei 37% (2007: 45%). Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit den Hauptdiagnosen Kokain (13%) und Stimulantien (28%) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit. Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine primäre Cannabisproblematik (22%) bei der Behandlung im Gefängnis eine kleinere Rolle als bei der ambulanten Betreuung außerhalb des Gefängnisses, bei den Frauen ist kein Fall dokumentiert (Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	86	36,6	14	70,0	100	39,2
Kokain	30	12,8	0	0,0	30	11,8
Stimulantien	66	28,1	6	30,0	72	28,2
Hypnotika/Sedativa	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Halluzinogene	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Cannabinoide	51	21,7	0	0,0	51	20,0
Mult./and. Substanzen	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	235	100,0	20	100,0	255	100,0

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009c.

Der aktuelle Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009) berichtet über die Veröffentlichung von zwei deutschen multi-zentrischen epidemiologischen Studien (Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg / Bremer Institut für Drogenforschung an der Universität Bremen; Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands), die erstmals konsistente Daten über die Anzahl von aktuellen/ehemaligen injizierenden Drogenkonsumenten und drogenassoziierten Infektionserkrankungen aus mehreren deutschen Haftanstalten vorlegen (Tabelle 9.4)

Tabelle 9.4 Anteil intravenöser Drogenkonsumenten und drogenassoziierter Infektionskrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

	Intravenöse Drogenkonsumenten (IVD)	HCV	HIV
Haftanstalten	21,9 - 29,6%	14,3 - 17,6%	0,8 - 1,2%
Allgemeinbevölkerung	0,3%	0,4-0,7%	0,05%
Faktor	73 – 98-fach	26 – 32-fach	16 – 24-fach

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009.

Die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effiziente Substitutionsbehandlung kann im Prinzip auch unter Haftbedingungen durchgeführt werden. Während sich die Zahl der Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den vergangenen fünf Jahren um 50% auf über 70.000 Patienten erhöht hat und etwa 45% der geschätzten 150.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht ab: Lediglich etwa 500-700 der geschätzten 10.000 – 15.000 in Frage kommenden Gefangenen befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung. Als primäre Behandlungsindikation steht die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Länder statt, um die Substitutionsbehandlung in Haft zu befördern.

Ein weiterer Beitrag zu diesem Thema kommt zu etwas anderen Zahlen, jedoch mit ähnlicher Richtung: Laut Keppler (2008) werden aktuell 600-800 von ca. 30.000 drogenabhängigen Inhaftierten substituiert. Auch er berichtet, dass der Zu- und Umgang dabei sehr uneinheitlich ist. Larney und Dollan (2009) kommen in einem internationalen Literaturüberblick zur Implementierung von Substitution in Gefängnissen zu ähnlichen Daten und schätzen, dass im Jahr 2007 von insgesamt 75.719 Gefangenen in Deutschland etwa 500, also weniger als 1%, eine Substitutionsbehandlung erhielten.

Auch Stöver et al. (2009) bemängeln in ihrem Überblicksartikel zu Drogenabhängigkeit und Versorgungsangeboten in Haft, dass in Gefängnissen fast ausschließlich abstinenzorientierte Hilfen angeboten werden. Sie fordern daher, dass die Substitutionstherapie als anerkannte Therapie systematisch in Haftanstalten angeboten werden muss, um dem Äquivalenzprinzip Rechnung zu tragen.

Reimer (2008) befragte 67 Ärzte, die in deutschen Justizvollzugsanstalten tätig sind (und damit für 29.100 von ca. 76.000 Insassen verantwortlich sind) zur suchtmmedizinischen und infektiologischen Versorgung von Drogenabhängigen in Haft. Er fand dabei heraus, dass etwa drei Viertel der betreffenden Haftanstalten eine Substitutionsbehandlung bei folgenden Indikationskriterien erlauben (Mehrfachantworten möglich): bestehende Substitution bei Haftbeginn (64%), kurze Haftzeit (42%), psychiatrische Komorbidität (36%). Als Hauptziele der Substitutionsbehandlung werden dabei Drogenfreiheit (19%), Dosisreduktion (13%) und Therapiefortsetzung (13%) angegeben. Die Gesamtzahl der Langzeitsubstituierten umfasste in dieser Studie 320 Inhaftierte.

Dünkel et al. (2009) stellen 12% der Langzeithaftierten, die wegen psychischer Probleme (inklusive Suchterkrankungen) behandelt werden, einen Anteil von 21% gegenüber, die den Wunsch nach Behandlung äußerten. An Behandlungsangeboten, die ausdrücklich der Verringerung des Rückfallrisikos dienen, nehmen in deutschen Gefängnissen ca. 40% der Gefangenen mit Drogenproblemen teil. Die Autoren schließen ihren vorläufigen Bericht mit dem Hinweis, dass die Zivilgesellschaft durch gezielte Behandlungsangebote und eine humane Vollzugsgestaltung am Besten vor gravierenden Rückfalltaten geschützt werden könne (s.a. Kapitel 9.5).

9.6.2 Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

Ein ähnliches Bild wie bei der Substitutionsbehandlung zeigt sich laut Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2009) in der Behandlung von HCV-/HIV-Infektionen in Haft. Auch hier besteht die Versorgungsleistung vornehmlich in der Therapieweiterführung außerhalb von Haftanstalten begonnener Behandlungen.

Reimer (2008) gibt in seiner Arbeit Schätzwerte für die Hepatitis-C- und HIV-Prävalenz sowie die Zahl der gegen diese Infektionen Behandelten in den untersuchten Justizvollzugsanstalten an. Dabei wurde die HIV-Prävalenz mit 1,1% (Range: 1-10%), die Zahl der in HIV-Therapie befindlichen Inhaftierten mit 300 angegeben. Die HCV-Prävalenz wurde auf 15% (Range: 0-80%) geschätzt, in HCV-Therapie befanden sich etwa 400 Inhaftierte. Bei somit etwa 4.400 geschätzten HCV-Positiven erscheint die Zahl von 400 Patienten in Therapie sehr gering.

9.6.3 Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung und Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung

Die Bundesregierung hat im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Strategie festgestellt, dass der Strafvollzug ein Setting darstellt, das besondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung notwendig macht. Deswegen finden Gespräche mit den Verantwortlichen in den Justizministerien der Bundesländer statt, um z. B. die Substitutionsbehandlung in Haft zu befördern. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar.

Heinemann und Kollegen haben schon vor einigen Jahren (2002) eine katamnestic Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg vorgelegt. Dabei wurde die Hafterfahrung von 1.213 polizeilich registrierten Drogentodesfällen der Jahre 1990 bis 1997 retrospektiv analysiert. Im Mittelpunkt stand eine Darstellung der Verteilung der Überlebensintervalle zwischen Haftentlassung und Tod bei Personen mit mindestens einem Gefängnisaufenthalt in der Vorgeschichte. Weiter wurden besondere Risikofaktoren für Todesfälle in den ersten Tagen nach Entlassung analysiert, wenn auch diese Art der retrospektiven "Survival-Analyse" in einem Todesfallkollektiv methodisch nicht direkt mit einer Kohortenstudie vergleichbar ist. 11,7% aller Personen mit Hafterfahrung verstarben innerhalb der ersten 10 Tage nach Haftende, von den betroffenen 40 Personen starben 8 Drogengebraucher am Tag der Entlassung selbst. Häufig assoziiert mit einem frühen Tod nach

Gefängnisaufenthalten im Vergleich zu Spättodesfällen zeigen sich jüngeres Lebensalter bei Haftende, jedoch eine bereits größere Hafterfahrung in der Vorgeschichte, eine größere Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes. Aufenthaltsdauern zwischen drei und sechs Monaten traten besonders häufig auf. Opioidtoleranzverlust und statistisch steigendes Risiko bei höherfrequenten Wechseln zwischen Haft und Freiheit, aber auch im jüngeren Lebensalter noch mangelnde Risikomanagementkompetenz lassen sich als bestimmende Faktoren herausarbeiten, wenn auch die Analyse protektiver Faktoren für den Faktor Überlebensdauer in einem selektierten Kollektiv Verstorbener im Vergleich zur Survival-Analyse einer Lebendkohorte nicht unproblematisch ist.

Der rechtliche Rahmen der Entlassvorbereitung von Strafgefangenen definiert, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangsmangement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangsmangement ist die Verbesserung der Lage der Klienten durch Beratung, Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf.

Im Rahmen einer systematischen Wiedereingliederungspolitik sind in den letzten Jahren, oftmals auf Projektbasis neue Erfahrungen gesammelt worden. Als Erfolg versprechend hat sich ein übergreifender Weg erwiesen, der in Haft mit Qualifizierung und Betreuung beginnt, den Übergang strukturiert und eine Nachbetreuung sicherstellt.

Im Januar 2009 hat der Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen ein Konzept für das Übergangsmangement bei suchtkranken Gefangenen von der Haft in die aufnehmende Kommune erstellt. Grundlage bildeten die Beratungen mit einer interministeriellen Arbeitsgruppe zwischen dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) und dem Justizministerium Nordrhein-Westfalen zur Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Drogenhilfe und den Justizvollzugsanstalten. Dabei wurden die Grundlagendaten des Justizministeriums eingebunden. In die inhaltliche Beratung war die AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen einbezogen. Die Stellungnahme soll die Grundlage für eine Entscheidung des Justizministeriums in der Sache sein (AG Freie Wohlfahrtspflege NRW - Arbeitsausschuss Drogen und Sucht 2009).

10 Drogenmärkte

10.1 Überblick

Indikatoren des illegalen Drogenmarktes sind neben der wahrgenommenen Verfügbarkeit und der Versorgung mit illegalen Substanzen auch 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 (BKA) durchgeführt. Informationen zu Sicherstellungen liegen ebenfalls vom BKA oder Landeskriminalämtern (LKÄ) vor.

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. 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 (DAS) sowie im Rahmen regionaler Monitoringsysteme (z.B. MoSyD Frankfurt) erhoben. Die wahrgenommene Verfügbarkeit spiegelt die Situation auf dem lokalen oder regionalen Drogenmarkt, aber auch die persönliche Einschätzung wider. Weitere Aspekte der Verfügbarkeit stellen Indikatoren wie Preis, Reinheit und Sicherstellungen dar. Die Marktsituation zeigt sich seitens der Anbieter in Zahl, Menge, Preis und Qualität der beschlagnahmten Drogen.

Beschlagnahmungen

Im Inland, an den Grenzen zu Nachbarstaaten und an Flug- und Seehäfen werden regelmäßig große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll die Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaaten ermittelt. Die im Folgenden verwendeten Statistiken des BKA beinhalten alle Sicherstellungen der Polizeidienststellen der Länder, des BKA und der Zollbehörden.

Preis

Ende 2002 haben sich die Landeskriminalämter (LKÄ) und das BKA über eine erweiterte Erfassung der Informationen zu inländischen Rauschgiftpreisen verständigt. Seitdem werden neben den Höchst- und Niedrigstpreisen auch die so genannten "überwiegenden Marktpreise" im Straßenhandel und Großhandel, bei letzterem unterschieden in Handelsmengen von 1-10 kg und über 10 kg erhoben. Um eine möglichst repräsentative Preiserhebung zu gewährleisten werden die Informationen von grundsätzlich vier bis sechs ausgewählten Messpunkten in den Bundesländern (Dienststellen im städtischen und im ländlichen Bereich) an das

jeweilige LKA übermittelt. Die LKÄ fassen die Zulieferungen der Messstellen und darüber hinaus vorliegende Erkenntnisse zusammen und übermitteln dem BKA einmal jährlich die aktuellen marktüblichen Rauschgiftpreise ihres Bundeslandes. Auf dieser Grundlage werden vom BKA die durchschnittlichen deutschen Rauschgiftpreise berechnet.

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 vergleichsweise 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 Auskünften des BKA auf Anfrage der DBDD. Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (<1 g), Kleinhandel (1 g bis <1.000 g) und Großhandel (≥1.000 g). 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

10.2.1 Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang

Zur wahrgenommenen Verfügbarkeit von Drogen finden sich Angaben im REITOX-Bericht des Jahres 2005. Die Ergebnisse der DAS 2008 zu diesem Thema liegen noch nicht vor.

Dem Jahresbericht des Monitoring-Systems Drogentrends (MoSyD) Frankfurt/M. (Werse et al. 2009) (siehe dazu auch Kapitel 2) ist zu entnehmen, wie vielen der 15- bis 18-jährigen Schüler in Frankfurt mindestens einmal im Leben illegale Drogen angeboten wurden. Dabei liegt Cannabis wie bereits in den Vorjahren auch im Jahr 2008 mit 57% deutlich an der Spitze der entsprechenden Rangliste. 22% der Befragten wurde mindestens einmal Kokain

angeboten, 20% psychoaktive Pilze und jeweils 16% Ecstasy bzw. Speed. Dahinter rangieren LSD (12%) und Crack mit 11%. Eher selten wurde den Schülern Heroin oder Crystal (je 7%), GHB (5%) oder Methadon (3%) angeboten. 37% aller 15- bis 18-Jährigen geben an, dass ihnen bislang keine der hier erfassten illegalen Drogen offeriert wurde. Wenn Cannabis nicht mit berücksichtigt wird, erhöht sich dieser Anteil auf 57%. Bei den meisten abgefragten illegalen Substanzen steigt – nicht überraschend – zumindest in der Tendenz mit dem Alter auch die Anzahl derer signifikant an, denen die Droge schon einmal angeboten wurde. Auch bei den zusammengefassten illegalen Drogen zeigt sich diese Tendenz: 72% der 18-Jährigen, denen schon einmal eine illegale Substanz angeboten wurde, stehen lediglich 55% der 15-Jährigen gegenüber (16-Jährige: 61%, 17-Jährige: 60%). Ein sehr ähnlicher Zusammenhang ist bei den illegalen Drogen außer Cannabis zu beobachten (15-Jährige: 34%, 16-Jährige: 39%, 17-Jährige: 37%, 18-Jährige: 52%).

Seit 2002 hat in jedem Jahr (Ausnahme: 2007) der Anteil derer, denen mindestens einmal im Leben Haschisch oder Marihuana offeriert wurde, abgenommen, so dass im Jahr 2008 der niedrigste Wert aller Erhebungen erreicht wird. Anders präsentiert sich der Trend bei den zusammengefassten „harten Drogen“ (alle illegalen Drogen außer Cannabis): Nachdem der Anteil diesbezüglicher Angebote bis 2005 kontinuierlich zurückgegangen war, ist er seither kontinuierlich angestiegen und liegt aktuell wieder beinahe so hoch wie in den ersten beiden Erhebungsjahren 2002 und 2003. Diese Entwicklung ist nicht auf eine bestimmte Droge zurückzuführen: So ist in diesem Jahr z.B. Speed etwas häufiger genannt worden, dessen Entwicklung insgesamt uneinheitlich ist, dagegen waren im Vorjahr die Nennungen für Kokain und GHB leicht angestiegen. Während sich indes bei Kokain eine über den gesamten Turnus nur geringfügige Änderung der Nennungen zeigt, ist beim insgesamt selten genannten GHB ein starker Anstieg zu verzeichnen (2002-2006: zwischen 1% und 3%; 2007: 6%, 2008: 5%). Insgesamt rückläufig, aber in den letzten Jahren nahezu konstant präsentieren sich jeweils die Werte für psychoaktive Pilze (2002: 23%, 2008: 20%), Ecstasy (2002: 25%, 2008: 16%) und LSD (2002: 16%, 2008: 12%).

Im Trendscout-Panel des MoSyD (Werse et al. 2009) geben Experten für verschiedene Frankfurter Szenen (definiert nach Freizeit-/Ausgehaktivitäten) Auskunft über die aktuelle Verfügbarkeit von illegalen Drogen. Insgesamt scheinen 2008 Cannabis (speziell Marihuana), Kokain und Ecstasy etwas schwerer verfügbar gewesen zu sein als 2007. Hinzu kommt, dass die Konsumenten von einer Qualitätsverschlechterung (durch Beimischungen) berichten, die sich durch vermehrte unangenehme Nebenwirkungen äußerte, so dass Ecstasy an Beliebtheit einbüßte. Amphetamine sind im Vergleich zum Vorjahr etwas leichter erhältlich sowie relativ preiswert und werden inzwischen von vielen (ehemaligen) Ecstasykonsumenten bevorzugt. Im kleinen Kreis der Tech-House- und Party-House-Szene scheint Ketamin leichter verfügbar zu sein und sich weiter zu verbreiten. Willkürlich erscheinender Mischkonsum in den verschiedenen Szenen ist in erster Linie ein Resultat der Verfügbarkeit einzelner Substanzen.

10.2.2 Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe

Nach Angaben des BKA (BKA 2009a) werden mit Ausnahme von Cannabis (siehe dazu auch Kapitel 11) illegale Drogen fast ausschließlich aus dem Ausland importiert. Die Handelswege werden in Abschnitt 10.2.3 beschrieben.

10.2.3 Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten

Heroin

In der weit überwiegenden Zahl der Fälle wurde Heroin auch 2008 im Rahmen von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland importiert. Im Zusammenhang mit größeren Heroinsicherstellungen in Deutschland wurde die Türkei als Herkunfts- bzw. Transitstaat ermittelt, von wo aus der Weitertransport über die Staaten des Balkans sowie über Italien und Österreich nach Deutschland erfolgte. Dass die Niederlande wichtiger Bestimmungsstaat von Großlieferungen nach bzw. über Deutschland sind, zeigte sich im Jahr 2008 unter anderem angesichts einer im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens des BKA erfolgten Sicherstellung von rund 460 kg in den Niederlanden.

Kokain

Sicherstellungen in Größenordnungen der beiden Vorjahre, als jeweils in Bremerhaven für den innereuropäischen Weitertransport bestimmte Containerladungen von 400 kg Kokain und mehr beschlagnahmt worden waren, blieben im Jahr 2008 aus. Einfuhrschmuggel von Kokain wurde häufig im Rahmen von Beschaffungsfahrten aus den Niederlanden nach Deutschland betrieben. Beim Schmuggel aus Südamerika nach Deutschland wurden Brasilien, Peru und Argentinien am häufigsten als Herkunfts- bzw. Transitstaaten registriert. In selteneren Fällen mit jedoch durchschnittlich größeren Einzelmengen wurden diesbezüglich Kolumbien und Venezuela ermittelt. Mit Blick auf Kolumbien als weltweit größtem Anbaustaat der Kokapflanze ist allerdings anzumerken, dass die Ermittlungen zur Herkunft von in Deutschland sichergestelltem Kokain häufig nicht bis nach dort, sondern meist nur bis in die Transit- und Depotstaaten geführt werden können.

Auch der Kokainschmuggel über Westafrika nach Europa hat nach wie vor eine große Relevanz, wenngleich die Zahl der Sicherstellungsfälle und -mengen in Deutschland im Jahr 2008 rückläufig war. In vielen Fällen war in Deutschland sichergestelltes Kokain für den innereuropäischen Weitervertrieb bestimmt. In hoher Frequenz war der Transport vor allem nach Spanien und Großbritannien beabsichtigt. Zudem sollten des Öfteren vergleichsweise größere Mengen in die Niederlande und nach Italien verbracht werden.

Amphetamine

Der weitaus überwiegende Teil der sichergestellten Amphetaminmenge mit ermittelter Herkunft stammte aus den Niederlanden. In mehreren Fällen erfolgte der Schmuggel zudem aus Belgien oder Polen und bei kleineren Mengen auch aus der Tschechischen Republik. Rund

83% der sichergestellten Methamphetaminmenge (Crystal) wurden in Sachsen und Bayern sichergestellt. Wie schon im Vorjahr wurden in Thüringen zahlreiche Sicherstellungen registriert, bei denen allerdings durchschnittlich weitaus geringere Einzelmengen beschlagnahmt wurden. Neben den wie in den Vorjahren häufigen Fällen des so genannten „Ameisenschmuggels“ aus der Tschechischen Republik nach Deutschland wurde eine verstärkte Crystal-Produktion in Küchenlaboren innerhalb Deutschlands festgestellt (s.a. 10.3.3).

Ecstasy

Von den sichergestellten Ecstasy-Tabletten, zu denen ein Herkunftsnachweis geführt werden konnte, stammte der weit überwiegende Teil aus den Niederlanden. In Einzelfällen konnte ein beabsichtigter Weitertransport von größeren Mengen in Deutschland beschlagnahmter Ecstasy-Tabletten nach Südost- und Osteuropa ermittelt werden (BKA 2009a).

Eine ausführliche Darstellung der Angaben zu Cannabis ist in Sonderkapitel 11 zu finden.

10.3 Beschlagnahmungen

10.3.1 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen

Tabelle 10.1 gibt einen Überblick über die Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland in den Jahren 2007 und 2008. Eine ausführliche Darstellung der Cannabissicherstellungen ist in Sonderkapitel 11 zu finden.

Tabelle 10.1 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2007 und 2008

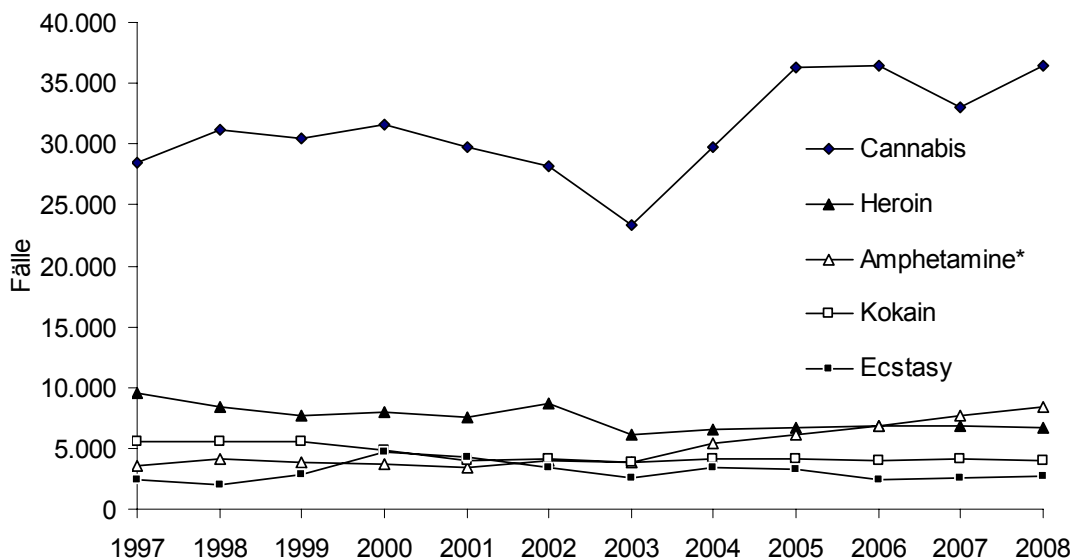
Substanz	2007	2008	Veränderung
Heroin	1.073,5 kg	502,8 kg	-53,2%
Kokain	1.877,5 kg	1.068,6 kg	-43,4%
Crack	4,8 kg	8,2 kg	+70,8%
Amphetamine (davon Crystal)	820,1 kg (10,0) kg	1283,2 kg (4,2 kg)	+56,5% (-58,0%)
Ecstasy	985.218 KE	751.431 KE	-23,7%
Haschisch	3.677,5 kg	7.632,3 kg	+107,5%
Marihuana	3.769,8 kg	8.932,2 kg	+136,9%
LSD	10.525 Tr.	12.875 Tr.	+22,1%
Khat	13.485,3 kg	29.488,6 kg	+118,7%
Pilze	55,8 kg	17,6 kg	-68,5%

BKA 2009a.

Im Vergleich der Jahre 2007 und 2008 sind die Beschlagnahmungsmengen von Cannabis, Khat, Crack (Letzteres bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge), Amphetaminen und LSD zum Teil sehr stark gestiegen, während die Sicherstellungsmengen von Pilzen, Methamphetamin (Crystal), Heroin, Kokain und Ecstasy (sehr) stark zurückgegangen sind.

Hauptgrund für diese Schwankungen sind große Einzelbeschlagnahmungen. So wurden auf der einen Seite im Jahr 2008 die größten Einzelmengen an Haschisch (ca. 4.000 kg) und Marihuana (5.470 kg) seit mehr als acht Jahren sichergestellt (s.a. Sonderkapitel 11) sowie die bisher größte Einzelmenge von Amphetaminen (284 kg), auf der anderen Seite blieben 2008 große Einzelsicherstellungen von Heroin (zwei Fälle in 2007, in denen insgesamt ca. 450 kg beschlagnahmt wurden) und Kokain (in 2007 eine Containerladung von 400 kg) in Größenordnungen des Vorjahres aus.

Ein genauerer Indikator für (kurzfristige) Trends ist die Zahl der Sicherstellungsfälle (Abbildung 10.1). Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin, Opium, Kokain, Crack, Amphetaminen, Crystal, Ecstasy, Cannabis und LSD liegt 2008 (58.567 Fälle) 6,7% über der von 2007 (54.914). Maßgeblich ausschlaggebend für den Anstieg ist die erhöhte Fallzahl an Cannabissicherstellungen (Marihuana: +12,7%). Weitere wesentliche Veränderungen von 2007 nach 2008 sind die erhöhten Fallzahlen von Amphetaminen auf 8.425 Fälle (+10,0%) und von Ecstasy auf 2.698 Fälle (+8,1%). Die Anzahl der Sicherstellungen von Heroin (-3,1%) und Kokain (-5,8%) ist dagegen nur leicht zurückgegangen.



1) In der Kategorie Amphetamine sind auch Sicherstellungsfälle von so genanntem "Crystal" enthalten, das im Jahr 2006 erstmals gesondert erfasst wurde.

BKA 2009a.

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1997 bis 2008

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 vor allem deutliche Zunahmen für Amphetamine (+373% bzw. +126%) und Rückgänge bei Ecstasy (-42% bzw. -54%) (Tabelle 10.2).

Die Fallzahlen 2008 für Heroin und Kokain unterscheiden sich trotz des starken Rückgangs bei den sichergestellten Mengen kaum von denen aus 2007 (s.o.) und sind im Vergleich zu 2000 rückläufig.

Tabelle 10.2 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000

	2008 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Cannabis	Pilze	Khat
Fälle	2007	-3%	-6%	+10%	+8%	+10%	-17%	-5%
Menge	2007	-53%	-43%	+56%	-24%	+122%	-68%	+119%
Fälle	2000	-17%	-18%	+126%	-42%	+15%		
Menge	2000	-37%	+17%	+373%	-54%	+15%		

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

BKA 2009a.

Das Deutsche Ärzteblatt berichtete am 10.02.2009 über die Aufdeckung eines illegalen Handels mit Arzneimitteln in Schleswig-Holstein. Das Zollfahndungsamt Hamburg beschlagnahmte bei Durchsuchungen von Wohn- und Geschäftsräumen eines 43-jährigen Mannes im Oktober 2008 1,7 Tonnen nicht zugelassene Arzneimittel und Betäubungsmittel. Bei einem Teil der knapp 300 verschiedenen Präparate handelt es sich um bewusstseinsverändernde Drogen. Darüber hinaus soll er im Internet diverse nicht zugelassene Arzneimittel und verschiedene Kräuter wie beispielsweise Salvia Divinorium (Zaubersalbei) zum Kauf angeboten haben. Unter den sichergestellten Betäubungsmitteln waren auch „Spice“-Produkte in abgepackten Beuteln mit der Aufschrift „Almdröhner“, „Alpendröhner“ und „Spice Egypt“ (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2).

10.3.2 Mengen und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen

Angaben zu Sicherstellungen von Cannabispflanzen und Plantagen sind in Sonderkapitel 11 zu finden. Informationen zu Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von anderen illegalen Drogen liegen nicht vor.

10.3.3 Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 25 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt und damit mehr als doppelt so viele wie 2007 (10 Labore). 22 Labore dienten der Herstellung von ATS (Stimulantien vom Amphetamintyp), davon hatte eines das Hauptsynthesziel DOB (2,5-Dimethoxy-4-bromamphetamin) und drei dienten der Herstellung von GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure, „Liquid Ecstasy“). 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 / Reinheit

10.4.1 Preise von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene

Bei den vom BKA übermittelten Drogenpreisen hat sich von 2007 nach 2008 nur wenig geändert (zur Ermittlung der Preise siehe auch Abschnitt 11.1.5). Im Kleinhandel sind die Preise für Kokain (-3%), Crack (-3%), Amphetamine (-2%) sowie Marihuana (-2%), Heroin (+2%), LSD (+2%) und Haschisch (+2%) praktisch stabil geblieben. Die Preise von Ecstasy sind im Bundesdurchschnitt leicht gestiegen (+8%). Auf Großhandelsebene haben sich Marihuana (+6%), Ecstasy (+5%), Kokain (+4%) und Haschisch (+4%) etwas verteuert, der Preis von Amphetaminen ist quasi gleich geblieben, während der von Heroin (-7%) leicht zurückgegangen ist. Der durchschnittliche Straßenpreis für ein Gramm Crystal lag im Jahr 2008 bei 59,3 € und damit 17% höher als 2007 (50,6 €).

Dass die Preisentwicklung auf Klein- und Großhandelsebene nicht zwangsläufig miteinander korrespondiert, lässt sich sehr gut am Beispiel von Heroin sehen. Während der Großhandelspreis von 2007 zu 2008 leicht sank, stieg der Preis für Straßenheroin geringfügig an. Von 2006 nach 2007 zeigte sich eine umgekehrte Entwicklung (Tabelle 10.3).

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

Tabelle 10.3 Preise verschiedener Drogen 2007 bis 2008 (alle Preise in €)

		Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphe- tamine	Mari- huana	Canna- bisharz	LSD
Kleinmengen ¹⁾	2008	36,2	61,6	53,3	6,7	12,3	7,9	5,9	9,0
	2007	35,6	63,3	55	6,2	12,6	8,1	5,8	8,8
	Änderung	+2%	-3%	-3%	+8%	-2%	-2%	+2%	+2%
Großmengen ²⁾	2008	18.011	36.818	--	1.909	4.307	3.400	2.453	--
	2007	19.465	35.483	--	1.826	4.303	3.200	2.367	--
	Änderung	-7%	+4%	--	+5%	0%	+6%	+4%	

1) Preis pro Gramm.

2) Preis pro Kilogramm.

BKA SO 51, 2009, persönliche Mitteilung.

Dem Trendscout-Panel des MoSyD (Werse et al. 2009) sind Kleinhandelspreise einiger illegaler Drogen aus den verschiedenen Frankfurter Szenen zu entnehmen (Tabelle 10.4). Im Vergleich zu 2007 sind 2008 Amphetamine (+14%) und Marihuana (+7%) etwas teurer geworden. In der „offenen Drogenszene“ ist der Heroinpreis seit dem massiven Rückgang im Jahr 2004 wieder etwas angestiegen und liegt aktuell bei 40 €/g. Der Preis von Crack hat sich bei etwas höherer Qualität zwischen 2006 (50 €/g) und 2008 (100 €/g) verdoppelt. Die Straßenpreise in Frankfurt/M. entsprechen den vom BKA ermittelten bundesweiten Durchschnittspreisen, nur Heroin und Kokain sind etwas teurer.

Tabelle 10.4 Kleinhandelspreise (in €/g) verschiedener Drogen 2007-2008 in Frankfurt/M.

Jahr	Heroin ¹⁾	Kokain	Crack ¹⁾	Ampheta- mine	Mari- huana	Canna- bisharz	Ecstasy	MDMA Pulver	Ketamin
2008	40 ²⁾	65	100	12,5	8	6	7	55	50
2007	--	65		11	7,5	6	6	--	--

1) Angaben aus der (offenen) Szenebefragung in Frankfurt/M.

2) Lt. Frankfurter Polizeiangaben ca. 20 €.

Werse et al. 2009.

10.4.2 Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen

Zusammensetzung von illegalen Drogen

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetaminen, Cannabis, Ecstasy, Heroin und Kokain sind Auskünfte der Kriminaltechnik des BKA auf Anfrage der DBDD. Tabelle 10.5 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamine, Kokain und Heroin seit 1998. Der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen ist seit 2003 kontinuierlich gesunken und erreicht kaum noch den halben Wert von 1997 (10,0%). Während der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel seit zehn Jahren relativ stabil ist, sank der von Straßenkokain kontinuierlich bis zum Jahr 2006. Im Vergleich von 2006 zu 2007 (+30%) und 2007 zu 2008 (+28%) ist der Wirkstoffgehalt von Kokain im Kleinhandel jeweils sprunghaft gestiegen und hat den höchsten Wert seit 2001 erreicht. Die Reinheit des Heroins ist im Kleinhandel - noch viel mehr als im Großhandel - seit 1998, von Ausreißern abgesehen, deutlich gestiegen und liegt 2008 leicht unter dem Wert von 2007 (-10%).

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

Tabelle 10.5 Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1998 bis 2008 (Median) in Prozent

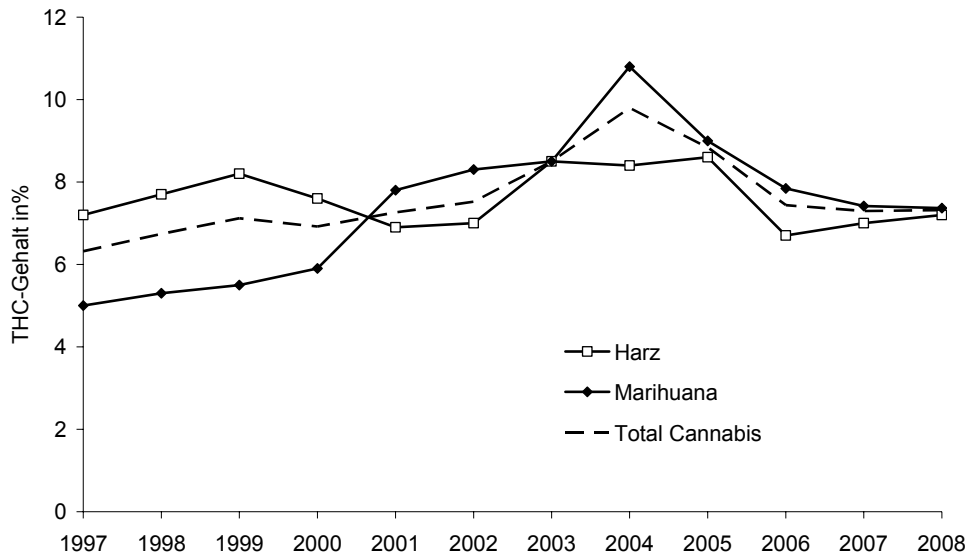
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Amphetamine	9,4	7,0	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7	7,1	6,2	5,4
Kokain Straßenhandel	40,2	49,4	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2	24,6	32,0	40,4
Kokain Großhandel	74,3	69,1	69,1	73,0	73,9	76,7	75,0	68,8	72,2	75,3	70,6
Heroin Straßenhandel	9,0	9,4	11,1	12,0	9,9	17,0	19,9	15,0	15,6	20,3	18,2
Heroin Großhandel	20,0	29,2	35,1	45,8	27,0	7,3	48,8	36,5	38,1	46,5	51,1

BKA KT 34 2009, persönliche Mitteilung.

Cannabis

Die Wirkstoffgehalte³⁹ werden für jede Cannabiszubereitung getrennt erfasst und ausgewertet. Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgte 2008 auf der Basis der Beschlagnahmungen von 2.762 Proben Cannabiskraut, 4.727 Proben mit Blütenständen und 2.762 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. 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 2008 einen Wirkstoffgehalt von 10,5% (2007: 10,0%), das Cannabiskraut einen von 2,0% (2007: 2,4%). In die Berechnung des Wirkstoffgehalts von Marihuana fließen die Werte von Cannabiskraut und Blütenständen im Verhältnis zur jeweiligen Anzahl der Proben ein. Von 2004 (10,8%) bis 2007 (7,4%) sank der mittlere THC-Gehalt im Marihuana kontinuierlich. Zwischen 2007 und 2008 gab es allerdings keine Veränderung. Nachdem sich der mittlere THC-Gehalt im Haschisch von 2005 (8,4%) nach 2006 stark verringerte und mit 6,7% den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre erreichte, stieg er in den letzten beiden Jahren wieder leicht an und lag 2008 bei 7,2% (Abbildung 10.2). Im Vergleich mit den Angaben von 1997 zeigen sich insgesamt nur geringe Veränderungen, wobei der Wirkstoffgehalt des Cannabisharzes leicht gefallen, der des Marihuanas leicht gestiegen ist (BKA KT 34 2009, persönliche Mitteilung).



BKA KT 34 2009, persönliche Mitteilung.

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalt von Cannabis

³⁹ Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.

Ecstasy

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 541.727 Tabletten und Kapseln (2007: 960.602) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet - untersucht. Davon waren 99,65% (2007: 99,97%) Monopräparate (539.848 KE), während bei 0,35% (2007: 0,03%) zwei oder drei Suchtstoffe festgestellt wurden. Der Anteil der Mischpräparate hat sich damit bei sehr niedrigen Gesamtzahlen im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht.

Von den untersuchten Monopräparaten enthielten 96,8% (2007: 98,6%) MDMA. Die verbleibenden 3,2% enthielten 1-(3-Chlorphenyl)-piperazin (m-CPP), Amphetamine, Metamphetamin und 3,4-Methylenedioxyamphetamin (MDA).

Wie oben beschrieben machen Kombipräparate nur einen sehr kleinen Anteil an der Gesamtmenge aus. Für die einzelnen psychoaktiven Stoffe der Monopräparate sind die als Base berechneten Wirkstoffgehalte in Tabelle 10.6 dargestellt. Demnach hat sich der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA, nachdem er von 2006 (48 mg/KE) nach 2007 (55 mg/KE) gestiegen war, 2008 (51 mg/KE) wieder etwas verringert.

Die häufigsten Streckmittel waren Laktose, Zellulose sowie Saccharose und als Zusatz Koffein.

Tabelle 10.6 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE

Wirkstoff	Menge				Median			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
MDA	13-47	0,6-30	27 ¹⁾	9,9 ¹⁾	22	17	27 ¹⁾	9,9 ¹⁾
MDE	1-50	11 ¹⁾			11	11 ¹⁾		
2-C-I								
MDMA	1-441	0,8-141	0,5-215	0,2 - 168	57	48	55	51
Amphetamine	1-45	0,6-51	3-33	0,5 - 20	14	15	13	0,8
Methamphetamin	5-14		27 ¹⁾	0,4 - 26	10		27 ¹⁾	13
m-CPP			26-76	0,7 - 43			39	28

1) Lediglich eine Sicherstellung.

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.

Insbesondere bei Ecstasy-Tabletten ist darauf hinzuweisen, dass die Erfassung in der FDR eine Erfassung des Wirkstoffes nicht zwingend vorsieht (Eine Recherche nach Wirkstoffen ist daher nur über ein nicht als Pflichtfeld ausfüllbares Suchbegriffsfeld möglich). Ferner ist zu berücksichtigen, dass kriminaltechnische Untersuchungsergebnisse oftmals erst spät oder aber gar nicht (nach-)erfasst werden. Aufgrund dessen ist nicht auszuschließen, dass die in der Tabelle angegebenen Daten zu sichergestellten Tabletten nur Teile der tatsächlichen Fallzahlen abbilden.

BKA KT 34 2009, persönliche Mitteilung.

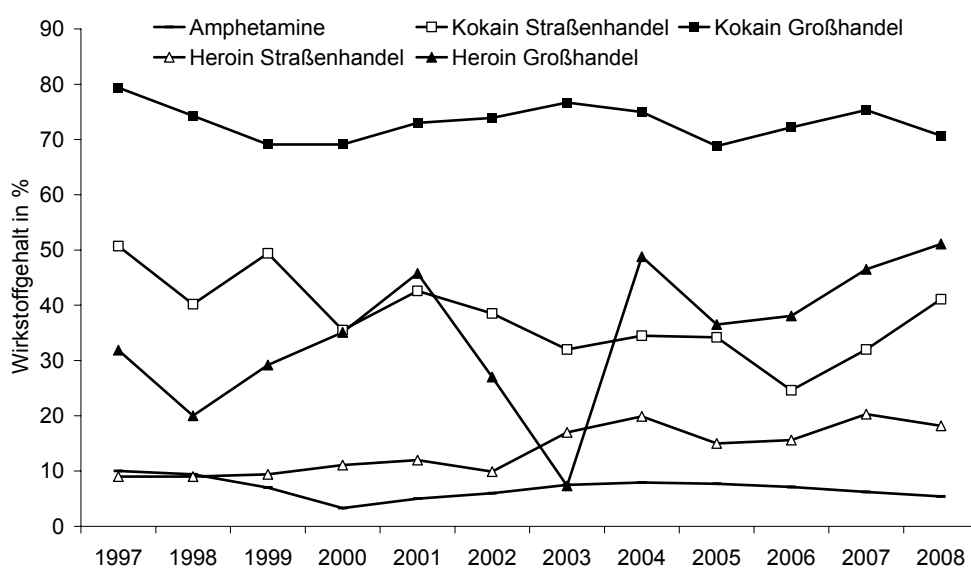
Heroin, Kokain und Amphetamine

Für 2008 wurden 4.364 (2007: 5.099) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet (Abbildung 10.3). Während zwischen 1999 und 2004 der Wirkstoffgehalt der Beschlagnahmungen aus dem Großhandel sehr deutlich schwankte (mit den Polen 2003 (7,3%) und 2004 (48,8%)), steigt er seit 2005 kontinuierlich und hat 2008 mit 51,1% den bisherigen Höchstwert erreicht. Im Straßenhandel liegt der Wirkstoffgehalt seit 1999 zwi-

schen 15% und 20% (2008: 18,2%). Als Zusätze fanden sich wie in den Vorjahren vor allem Koffein und Paracetamol. Der häufigste Verschnittstoff war Laktose.

Im Jahr 2008 wurden 3.256 (2007: 3.608) Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2005 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz. Nachdem der Median mit 24,6% im Jahr 2006 den niedrigsten Wert seit 1997 aufwies, ist der mittlere Wirkstoffgehalt 2008 wieder auf 40,4% gestiegen. Bei Großmengen variiert der Wirkstoffgehalt seit 1997 nur geringfügig und lag 2008 bei 70,6% (2007: 75,8%) (Abbildung 10.3). Bei den Zusätzen wurde 2008 vor allem Phenacetin, Lidocain und Tetramisol/Levamisol nachgewiesen. Bei den Verschnittstoffen fand sich Laktose am häufigsten.

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 2.866 (2007: 2.497) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet, der im Mittel bei 5,4% lag (Abbildung 10.3). Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetaminen nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert. Der häufigste Zusatzstoff der ausgewerteten Proben war Koffein, häufigste Verschnittstoffe waren Laktose und Kreatinin. Als Zusätze in Methamphetamin konnten vor allem Ephedrin und Glutaminsäure, als Verschnittstoffe Magnesiumsulfat und Laktose nachgewiesen werden.



BKA KT 34 2009, persönliche Mitteilung.

Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetaminen

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

11 Cannabismärkte und -produktion

Datenquellen

Die im Folgenden zusammengestellten Informationen zu Handel, Herkunft, Preisen und Sicherstellungen von Cannabisprodukten und Plantagen entstammen schriftlichen Antworten des Bundeskriminalamtes (BKA) und einiger Landeskriminalämter (LKA) auf Anfrage der DBDD sowie der Jahreskurzlage Rauschgift 2008 (BKA 2009a). Informationen zu Cannabismärkten aus Konsumentenperspektive wurden der Untersuchung zu Cannabisbezogenen Störungen (CARED) von Simon und Kollegen (2004) und einer von der DBDD im April 2009 durchgeführten nichtrepräsentativen Befragung unter Patienten mit Cannabisproblematik in Drogenhilfeeinrichtungen (DBDD-Konsumentenbefragung 2009; eine genauere Beschreibung ist in Abschnitt 11.1.1 zu finden) entnommen. Informationen zu Grow-/Headshops entstammen einer Internetrecherche der DBDD.

11.1 Märkte

11.1.1 Kontext: Kurzdarstellung des Cannabisanbaus

Produktion

Cannabisanbau ist in Deutschland grundsätzlich genehmigungspflichtig. Mit Wirkung zum 16. April 1996 wurde das seit 1982 im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bestehende pauschale Hanfanbauverbot für den Nutzhanf in Deutschland aufgehoben. Eine Ausnahme gilt nur für bestimmte zertifizierte Industriehanfsorten (zur Faserproduktion) mit maximal 0,2% THC, die unter bestimmten Bedingungen von Landwirten (aber nicht von anderen Privatpersonen) legal und genehmigungsfrei angebaut werden dürfen. Dieser Anbau ist dann meldepflichtig.

Außerdem ist zum einen der Besitz von Tetrahydrocannabinol-(THC)-freien Samen seit Februar 1998 strafbar, wenn den Umständen nach angenommen werden kann, dass die Samen zum unerlaubten Anbau bestimmt sind, zum anderen ist auch der Anbau von THC-reichen Sorten zur Gewinnung medizinischer Präparate verboten.

Der illegale Cannabisanbau zur Gewinnung von Haschisch und Marihuana hat seit Beginn der 1990er Jahre nach Meinung der Polizei und anderer Experten zugenommen. Der härteste verfügbare Indikator für die Entwicklung des illegalen Cannabisanbaus in Deutschland ist die Zahl der Sicherstellungen. Die Sicherstellungen von Plantagen werden im Folgenden dargestellt, die von Cannabis (11.1.3) und Cannabispflanzen (11.2.2) in späteren Abschnitten. Das Bundeskriminalamt klassifiziert zuerst in Indoor- und Outdoor-Plantagen, danach jeweils nach der vorliegenden Anbaukapazität, d.h. bei festgestellten Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen erfolgt eine Einstufung als Klein-Plantage, bei 100 bis 999 Pflanzen als Groß-Plantage und bei ≥ 1000 Pflanzen als Profi-Plantage. Die Zahl der sichergestellten

Plantagen 2008 lag um 20% über der Zahl des Vorjahres. Insgesamt wurden zwei Outdoor-Profiplantagen, 15 Outdoor-Großplantagen, 85 Outdoor-Kleinplantagen, 18 Indoor-Profiplantagen, 112 Indoor-Großplantagen und 285 Indoor-Kleinplantagen sichergestellt. Die meisten Außenanlagen befanden sich in Bayern (28%), die meisten Indoor-Plantagen in Nordrhein-Westfalen (19%), Niedersachsen (14%) und Bayern (12%) (BKA 2009a). Berichte über den systematischen Cannabisanbau jenseits polizeilicher Quellen sind rar. Einen Eindruck vom Betrieb einer Indoor-Kleinplantage gibt ein Interview von Werse (2008) mit einem Cannabispflanzergärtner aus Frankfurt/M.

Zumeist werden von den in Deutschland angebauten Cannabispflanzen die getrockneten Blüten und das getrocknete Kraut konsumiert oder weitergegeben, eine Weiterverarbeitung zu Haschisch ist eher die Ausnahme, Öl existiert auf dem deutschen Markt so gut wie gar nicht, wie man nicht zuletzt an der Verteilung der Sicherstellungen ablesen kann (11.1.3).

DBDD-Konsumentenbefragung 2009

Die DBDD hat eine nichtrepräsentative Umfrage unter Patienten mit Cannabisproblematik in Drogenhilfeeinrichtungen (sieben ambulante und eine stationäre Einrichtung sowie das drugcom-Portal der BZgA) durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, Hinweise über (eine mögliche Veränderung der) Cannabismärkte in Deutschland aus Konsumentenperspektive zu gewinnen. Dazu wurden sowohl Fragen zu den Vorlieben der Konsumenten, als auch zur wahrgenommenen Verfügbarkeit von Cannabisprodukten, zu Bezugsquellen und zum Eigenanbau gestellt. Insgesamt gab es einen Fragebogenrücklauf von N=178 Personen. Bei fast allen Punkten gibt es einige Missings, so dass im Folgenden jeweils die Zahl der gültigen Antworten angegeben ist. Prozentangaben beziehen sich nur auf die jeweils vorhandenen Werte. 76 Fragebögen kommen aus ambulanten und 34 Fragebögen aus stationären Drogenhilfeeinrichtungen. Online wurden 68 Fragebögen ausgefüllt. Angaben zum Alter liegen von 119 Personen vor: Die jüngste Person ist 15, die älteste 50 Jahre alt, der Mittelwert beträgt M=23,6 Jahre, der Median Med=20,0 Jahre. Der überwiegende Teil der Befragten ist männlich (N=101), nur N=19 sind weiblich (N=120 gültige Antworten).

Von den 178 Befragten gaben 24 an, Eigenanbau zu betreiben. Das nötige Fachwissen haben neun Befragte aus Büchern/Zeitschriften, acht von Freunden/Bekanntem und sieben aus dem Internet. Die Ausrüstung für den Eigenanbau (20 gültige Antworten) haben zehn Befragte über das Internet (siehe auch Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2009)), neun aus Grow-/Headshops und einer aus dem Baumarkt erworben. Die Samen und Stecklinge (21 gültige Antworten) wurden im Internet bestellt, aus dem Ausland importiert (je 7 Nennungen), über Freunde/Bekanntem (4) und in Grow-/Headshops (3) gekauft. Zur Anzahl der blühenden Pflanzen pro Jahr machten 14 Befragte Angaben. Eine bis sechs blühende Pflanzen hatten 9 Personen. Jeweils eine Person berichtete von zehn, eine von 20-30, eine von 90, eine von 200 und eine von 300-400 blühenden Pflanzen pro Jahr. Wenn man von dem unwahrscheinlichen Fall ausgeht, dass alle Pflanzen gleichzeitig blühen, würden nur zwei Plantagen aus der DBDD-Konsumentenbefragung 2009 nach BKA-Kriterien als Kleinplantage und zwei weitere als Großplantage klassifiziert werden, die übrigen zehn Plantagen

(63%) liegen weit darunter und würden als „sichergestellte Pflanzen“, nicht aber als „Plantage“ in die BKA-Statistik einfließen.

Zehn Befragte gaben an, dass ihre Pflanzen im Haus (Keller, Dachboden, Balkon) und sechs, dass sie außerhalb des Hauses stehen (16 gültige Angaben).

11.1.2 Growshops

Eine Internetrecherche⁴⁰ der DBDD zur Zahl und Produktpalette der Head- und Growshops (Stand 15.03.2009) hat für Deutschland eine Gesamtzahl von 246 Geschäften ergeben. Davon haben 171 Head- und Growshops eine eigene Website, die zumeist auch als Verkaufsplattform genutzt wird. Zu den Head- und Growshops mit Internetpräsenz liegen Daten zu den angebotenen Produkten vor (Tabelle 11.1). Der Verkauf von cannabishaltigen Produkten (Haschisch, Marihuana, Samen, Stecklinge) ist grundsätzlich verboten (s.a. 11.1.1). Neben Hilfsmitteln zur Applikation (Pfeifen, Zigarettenpapier, Koch- und Backrezepte etc.) gibt es diverse Produkte mit Bezug zu Hanf, darunter Anbau- und Konsumanleitungen. Darüber hinaus werden auch Gartenbauartikel, die nicht nur für den Anbau von Cannabis benutzt werden können (Lampen, Dünger, Nährboden etc.), sowie diverse Tees, Rauch- und Kräutermischungen angeboten.

Tabelle 11.1 Produktpalette von Head-/Growshops

	Growshop	Dünger	Bewässerung	Lampen	Luft & Klima	Messgeräte	Erde & Substrate	Anbauanleitungen	Verkauf anderer psychotroper Substanzen
Ja	92	88	56	88	73	70	66	55	34 ¹⁾
Nein	42	48	76	47	61	63	67	72	92
aus Website nicht ersichtlich	37	35	39	36	37	38	38	44	45

1) Darunter 21x Kräuter-/Rauchmischungen, 7x Saatgut (u.a. Gespensterpflanze), 6x Mormonentee u.ä.

⁴⁰ Es wurde mit Google nach den Begriffen "Growshop" bzw. "Headshop" und "Deutschland" gesucht. Diese Suche ergab zum Teil Listen mit Head- und Growshops (wie z.B. bei www.Donnergurgler.com, www.hemplinks.net, www.callunapark.nl). Anschließend wurde die Aktualität dieser Angaben geprüft. Bei Onlineshops wurde nur die Homepage besucht. Geschäfte mit Laufkundschaft wurden u.a. mit der Adressensuche von Google Maps oder mit www.gelbeseiten.de bzw. www.telefonbuch.de gesucht.

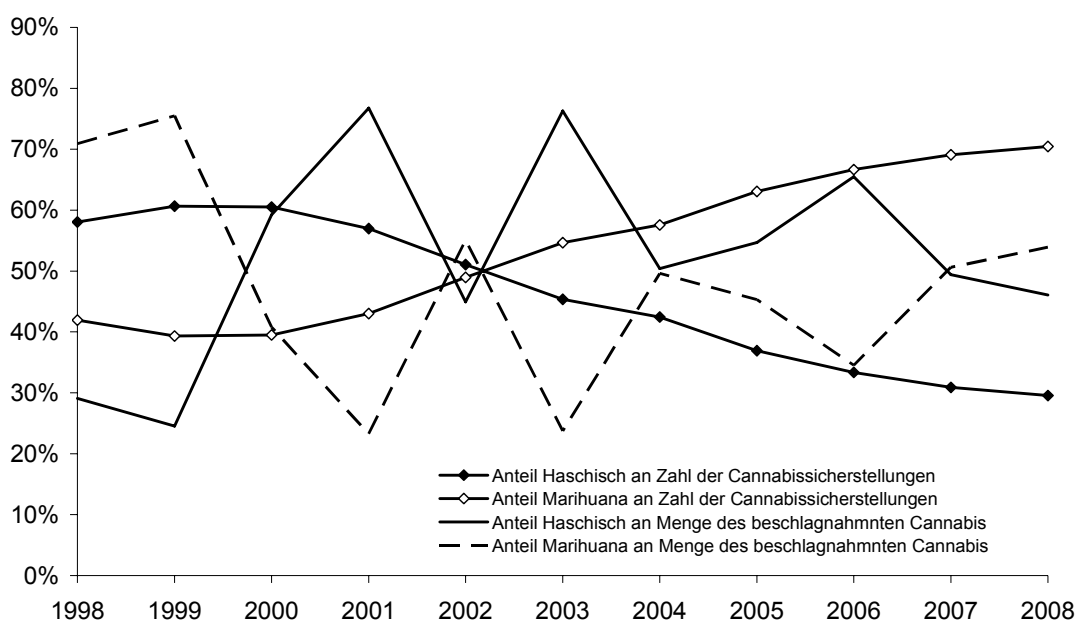
Da diese Suche häufig auch Geschäfte ergab, die keine oder eine nur spärliche Internetpräsenz hatten, wurde anschließend bei der Google-Suche "Warenkorb" ergänzt und geprüft, ob es sich bei den gefundenen Seiten tatsächlich um Online-Head- oder Growshops handelt.

Ausgeschlossen wurden Onlineshops, die ihre(n) Firmensitz(e) ausschließlich im Ausland haben.

11.1.3 Konsumentenmarkt

Verfügbare Indikatoren zur Bestimmung der Anteile der verschiedenen Cannabiszubereitungen Kraut, Blüten, Harz und Öl auf dem deutschen Markt sowie deren Beliebtheit unter den Konsumenten sind Sicherstellungszahlen des BKA, Daten aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2006, der CARED-Bericht (Simon et al. 2004) und die Antworten aus der DBDD-Konsumentenbefragung 2009.

Wie aus Abbildung 11.1 deutlich wird, hat sich der Anteil von Haschisch an der Gesamtzahl der Cannabissicherstellungen von 1998 (58,0%) bis 2008 (29,5%) quasi halbiert. Der Anteil von Haschisch an der Gesamtmenge (in kg) des beschlagnahmten Cannabis schwankte dagegen seit 1998 sehr stark, scheint sich aber in den letzten beiden Jahren bei etwas unter 50% der Gesamtsicherstellungsmenge stabilisiert zu haben. Anhand der Zahlen des BKA scheint Haschisch in den letzten Jahren bei den einzelnen Sicherstellungen jeweils in größeren Mengen beschlagnahmt worden zu sein als Marihuana. Da der Anteil beider Produkte an der Gesamtmenge jedoch relativ gleich groß ist und erheblichen Schwankungen unterlag, lassen sich anhand dieses Indikators keine klaren Trends zur Präferenz ableiten.



BKA KT 34 2009, persönliche Mitteilung.

Abbildung 11.1 Anteile von Marihuana und Cannabis an Zahl und Menge der Cannabissicherstellungen

In der ESA 2006 (Sonderauswertung für den REITOX-Bericht 2009) wurden Cannabiskonsumenten, die in den vorherigen zwölf Monaten konsumiert haben (367 von 7.887 Befragten zwischen 18 und 64 Jahren) nach der Form des Cannabiskonsums befragt (Tabelle 11.2). Anhand der vorliegenden Daten lässt sich erkennen, dass Marihuana (27,5% „häufig“) dem

Haschisch (12,0%) eindeutig vorgezogen wird. Der Konsum von Cannabisöl spielt keine Rolle.

Tabelle 11.2 Form des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten nach ESA 2006

	gültige Antworten	nie	selten	manchmal	häufig
Marihuana	330	34 (9,4%)	116 (31,6%)	78 (21,3%)	101 (27,5%)
Haschisch	312	97 (26,4%)	115 (31,4%)	56 (15,1%)	44 (12,0%)
Öl	275	259 (94,2%)	11 (4,0%)	4 (1,5%)	1 (0,4%)

ESA 2006, eigene Berechnungen.

Simon und Kollegen (2004) haben den „Zugang zu Drogen“, die „Konsumprävalenzen verschiedener Arten von Cannabis“ sowie den „räumlichen und sozialen Kontext“ von Cannabiskonsumern aus dem ESA 2004 und einer Teilstichprobe von Klienten mit einer primären cannabisbezogenen Störung aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) untersucht (CARED). Dabei zeigte sich, dass Marihuana innerhalb von 24 Stunden für beide Gruppen etwas schwieriger zu bekommen ist als Haschisch und – wenig überraschend – die Konsumentengruppe aus dem ESA zu beiden Arten schwerer Zugang hat, als die konsumereffahrenen Klienten aus der Teilstichprobe der DSHS.

Der Konsum und die Präferenz von Cannabisöl spielen sowohl in der Teilstichprobe aus dem ESA 2004 als auch unter den Klienten der DSHS kaum eine Rolle. Der Konsum von Haschisch liegt leicht über dem von Marihuana, obwohl die Konsumenten beider Gruppen angeben, Marihuana gegenüber dem Haschisch leicht zu bevorzugen. Bevorzugt wird in den beiden befragten Gruppen Cannabis per (Wasser-) Pfeife konsumiert, danach folgen Joints und Shillums. Je mehr die Befragten konsumieren, desto stärker manifestiert sich diese Reihenfolge. Der orale Konsum (z.B. in Keksen, Tees, Milch) ist, unter anderem wegen Problemen bei der optimalen Dosierung, vergleichsweise wenig beliebt und wird vor allem in der Niedrigrisikogruppe⁴¹ häufig gemieden.

Die häufigste Umgebung, in der Cannabiskonsum stattfindet, ist das private Umfeld, d.h. die Wohnung von Freunden, zu Hause und auf Privatpartys. Außer im Freien findet der Konsum vergleichsweise selten im öffentlichen Raum statt. Seltener ist der Konsum im Auto und am Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz.

Der Cannabiskonsum in der Klientengruppe findet am häufigsten im Beisein von Freunden statt. Mit großem Abstand liegt an zweiter Stelle der Konsum allein, wiederum mit großem Abstand gefolgt vom gemeinsamen Konsum mit Bekannten, Unbekannten und Partnern, die fast gleichauf liegen. Der gemeinsame Konsum mit Geschwistern findet praktisch nicht statt.

Durchschnittlich gab jede Person aus der Klientengruppe 15 Freunde an (im Folgenden waren Mehrfachnennungen möglich), von denen nur durchschnittlich 2,34 Personen kein

⁴¹ Gruppe von Klienten, die sich in einer Clusteranalyse aufgrund von Umfang und Art ihres Cannabiskonsums als Niedrigrisikogruppe erweisen

Cannabis konsumiert haben. 6,31 Freunde konsumieren ohne Probleme, 4,40 mit nicht näher spezifizierten Problemen gewohnheitsmäßig Cannabis.

Die DBDD-Konsumentenbefragung 2009 zeigt noch deutlicher als die oben genannten Untersuchungen unter Konsumenten eine klare Präferenz für Marihuana. Von 151 Konsumenten, die eine gültige Antwort gaben, konsumierten 108 (71,6%) „überwiegend Kraut/kaum Harz“ oder „nur Kraut/kein Harz“, während nur 23 (15,3%) angaben, überwiegend oder ausschließlich Harz zu konsumieren.

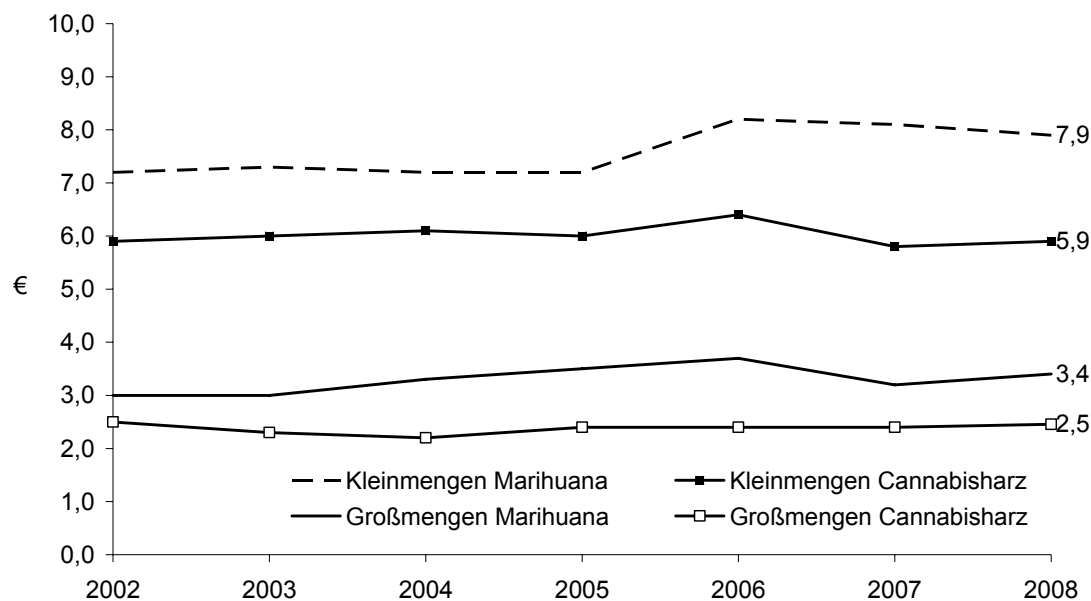
11.1.4 Aufteilung des nationalen Marktes

Zur Aufteilung des nationalen Marktes liegen keine validen Daten vor.

11.1.5 Handelspreise von Cannabis

Die angegebenen Handelspreise basieren auf Angaben des BKA zu sichergestelltem Cannabis, können aber nicht mit der Reinheit in direkte Relation gesetzt werden (zur Methode und Reinheit siehe Kapitel 10). Grundsätzlich unterscheidet das BKA zwischen Großmengen (Preise in 1.000€/kg) und Kleinmengen (Preise in €/g). Marihuana ist seit 2002 sowohl bei Groß- als auch bei Kleinmengen konstant etwa 30% teurer als Haschisch (Abbildung 11.2). Insgesamt sind die Preise von Haschisch in Klein- und Großmengen (ca. 6,0€/g bzw. 2,5€/g) und von Marihuana in Großmengen (zwischen 3,0€/g und 3,5€/g) zwischen 2002 und 2008 sehr stabil geblieben. Eine Ausnahme ist der Kleinhandelspreis von Marihuana, der bis 2005 bei 7,2€/g lag, 2006 auf 8,2€/g gestiegen ist und sich seitdem bei etwa 8,0€/g eingependelt hat.

Die aus Frankfurt/M. berichteten Preise auf Straßenhandelsebene (Werse et al. 2009) für Haschisch (ca. 6€/g) und Marihuana (ca. 8€/g) entsprachen 2008 dem Bundesdurchschnitt.



1) Das BKA gibt die Preise für Kleinmengen in €/g und für Großmengen in 1.000 €/kg an. Für die Darstellung wurden die Großhandelspreise durch 1.000 dividiert.

BKA 2009, persönliche Mitteilung.

Abbildung 11.2 Handelspreise von Cannabis

11.1.6 Organisation des Kleinhandels

In der DBDD-Konsumentenbefragung 2009 (N=178) in Drogenhilfeeinrichtungen (s.a. 11.1.3) wurde auch die Frage gestellt, von wem das konsumierte Cannabis bezogen wird (Mehrfachnennungen möglich) und ob die Cannabisquellen auch andere illegale Drogen weitergeben und wenn ja, welche.

Als Bezugsquelle werden am häufigsten „bekannte Dealer“ (N=82 Nennungen) und „von Freunden gekauft“ (N=78) genannt, danach folgen mit größerem Abstand „von Freunden geschenkt“ (N=42), „von unbekanntem Dealern gekauft“ (N=34) sowie „aus dem Ausland selbst importiert“ und „aus Eigenanbau“ (je N=24 Nennungen). Diese Zahlen zeigen ebenso wie die Beschreibung des Konsumverhaltens im CARED-Bericht (Simon et al. 2004) (s.a. 11.1.3), dass der Konsum und die Weitergabe von Cannabis zum großen Teil im privaten, freundschaftlichen Umfeld stattfindet.

Die Frage, ob die „Cannabisquellen auch andere illegale Drogen weitergeben“, wurde bei 102 gültigen Antworten 42 Mal bejaht. Die am häufigsten genannten anderen beim Cannabiswerb zur Verfügung stehenden illegalen Drogen sind Ecstasy, Amphetamine (je 22,7%) und Kokain (18,2%). Halluzinogene wie LSD, Pilze und Meskalin kommen auf zusammen 16,7%; Opioide (4,5%), Sedativa und weitere synthetische Drogen (je 1,5%) sind eher eine Ausnahme. Diese Zahlen scheinen ein Hinweis darauf zu sein, dass die Märkte für Cannabis, Cannabis + Clubdrogen und Drogen der offenen Szene (Opioide, Crack, Benzodiazepine) relativ strikt getrennt sind.

11.1.7 Quellen und Handelsgrößen

Informationen zu Preisen und Handelsgrößen sind in Abschnitt 11.1.5 dargestellt.

In Abschnitt 11.1.6 wurde dargestellt, dass die Klienten aus der DBDD-Konsumentenbefragung 2009 ihr Cannabis (v.a. Marihuana) vorzugsweise über ihren Freundes- und Bekanntenkreis beziehen und fast 14% ihr Cannabis selbst anbauen. Die Hauptgründe für den Eigenanbau oder den Kauf von Cannabis bei einem Eigenanbauer sind (n=115 gültige Datensätze; Mehrfachantworten möglich) „weniger Verunreinigungen“ (41,7%) und der „niedrigere Preis“ (41,4%). Weitere Gründe sind die Vermeidung von „Kontakt zu harten Drogen“ (18,3%), „höherer Wirkungsgrad“ (15,7%), die „geringere Gefahr vor Strafverfolgung“ (11,3%) und das „Fehlen anderer Quellen“ (8,7%). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in dieser Gruppe der regelmäßigen Cannabiskonsumenten die wahrgenommene Kenntnis der Herkunft des Cannabis die wichtigste Voraussetzung beim Erwerb der Droge ist.

11.2 Beschlagnahmungen

11.2.1 Kontext Angebotsreduktion

Organisation der Polizei

Die Exekution des Betäubungsmittelgesetzes im Sinne von Angebotsreduktion obliegt der Polizei. Die deutsche Polizei ist föderal strukturiert und auch die Organisation des Unterbaus (der örtlichen Dienststellen) fällt unter die Hoheit der Bundesländer. Bei den Landeskriminalämtern (LKÄ) und den örtlichen Dienststellen gibt es teilweise Abteilungen und Sondereinheiten, die für die Prävention und Verfolgung von Rauschgiftkriminalität zuständig sind, eine Spezialisierung auf Cannabisdelikte findet jedoch grundsätzlich nur fallbezogen statt. Eine Ausnahme bildet das Referat SO22/Sachgebiet Cannabis des BKA, in dem fünf ständige Mitarbeiter vor allem die Berichterstattung über die Cannabiskriminalität in Deutschland übernehmen. Eine weitere Ausnahme sind die Gemeinsamen Ermittlungsgruppen Rauschgift (GER), eine Kooperation von Polizei und Zoll, die fallbezogen zusammenarbeitet, insbesondere wenn es sich um grenzüberschreitenden Verkehr von Betäubungsmitteln handelt. Wie bei den LKÄ (in unterschiedlicher Form organisiert) gibt es auch beim Zoll eine Abteilung, die für Rauschgiftdelikte zuständig ist, aber auch hier findet eine weitere Spezialisierung auf Cannabisdelikte nur fallbezogen statt (BKA 2009, persönliche Mitteilung).

Ein Beispiel für eine ausschließlich auf Cannabiskriminalität bezogene Aktion auf Länderebene ist das vom LKA Nordrhein-Westfalen (NRW) im Jahr 2004 initiierte Projekt „Cannabisplantagen“ unter Beteiligung aller Polizeibehörden des Landes NRW⁴² zur Bekämpfung von Cannabis-Indoor-Plantagen. Die dadurch bei den Ermittlungsbehörden gesteigerte Sensibilisierung dürfte ein Grund für die zweistelligen Steigerungsraten in den Deliktsbereichen

⁴² Zugriff unter: <http://pol.duesseldorf-lka.polizei.nrw.de/cannabis.htm>.

illegaler Anbau von Betäubungsmitteln (Illegaler BtM-Anbau: +43,8%; BtM-Anbau, Herstellung und Handel als Mitglied einer Bande: +25,0%) in NRW bis zum Jahr 2007 sein (Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen 2008).

Technologie

Nordrhein-Westfalen war seit 2003/2004 das erste Bundesland, das zum Aufspüren von Indoor-Plantagen anlassbezogen Hubschrauber mit Wärmebildkameras eingesetzt hat. Dieses Vorgehen hat sich inzwischen im gesamten Bundesgebiet etabliert. In Niedersachsen wurden im Jahr 2005/2006 Maßnahmen durchgeführt, bei der anlassunabhängig größere Gebiete in der Nähe zu den Niederlanden mit Wärmebildkameras beobachtet wurden. Aufgrund des hohen Ressourceneinsatzes wurde dieses Verfahren aber inzwischen wieder eingestellt.

Beim Aufspüren von Indoor-Plantagen sind den Ermittlern nicht selten Unfälle in Form von Kurzschlüssen oder Wasserschäden und Hinweise aus der Bevölkerung behilflich gewesen. Aus diesem Grunde versucht z.B. die Polizei NRW bei Informationsveranstaltungen die Bevölkerung für Cannabisplantagen durch Musterplantagen zu sensibilisieren (BKA 2009, persönliche Mitteilung).

11.2.2 Sicherstellungen von Cannabispflanzen

In Tabelle 11.3 sind die Sicherstellungen von Cannabispflanzen von 1998 bis 2008 dargestellt. Im Jahr 2008 gab es 1.526 Sicherstellungsfälle von Cannabispflanzen, bei denen insgesamt 121.663 Hanfpflanzen beschlagnahmt wurden (BKA 2009a). Zwischen 2002 und 2006 stieg die Zahl der Sicherstellungsfälle kontinuierlich an. Die Gesamtzahl der jährlich sichergestellten Pflanzen unterliegt dagegen erheblichen Schwankungen. Dies verdeutlicht z.B. der Wert von 2006, in dem ca. 75.000 Pflanzen enthalten sind, die aus einer Aussaat von 5kg Hanfsamen resultierten und bei denen es sich um Nutzhanf gehandelt haben dürfte. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Zahl der beschlagnahmten Pflanzen in 2008 um ca. 10% zurückgegangen.

Tabelle 11.3 Sicherstellung von Cannabispflanzen

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Menge ¹⁾	81.097	168.833	25.277	68.698	29.352	35.863	68.133	93.936	190.241	135.252	121.663
Fälle	1.661	1.254	1.048	785	887	750	1.008	1.035	1.121	1.463	1.526

1) in Stück.

BKA 2009a.

Laut Antwort des LKA NRW auf Anfrage der DBDD beobachtet das LKA NRW seit 2004 den Cannabisanbau, speziell den Indoor-Anbau, in NRW und den anderen deutschen Bundesländern. Nach Einschätzung des LKA hat der Cannabisanbau in NRW und bundesweit seit 2004 kontinuierlich zugenommen. Lagen in den ersten Jahren die Plantagen in NRW fast ausschließlich in Grenznähe zu den Niederlanden und waren (insbesondere an den Profi-

plantagen) fast immer Niederländer beteiligt, so hat sich besonders seit 2007 eine deutliche Verschiebung nach Osten und in die östlichen Bundesländer ergeben. Heute werden nach Erkenntnissen des LKA Plantagen in NRW zunehmend von deutschen (Einzel-) Tätern oder gemischt nationalen Tätergruppen betrieben, die zuvor im Handel mit anderen Betäubungsmitteln (Heroin, Kokain, Amphetamine) involviert waren. Zudem gibt es konkrete Hinweise darauf, dass niederländische Betreiber ihre Plantagen von der Grenze weg ins „deutsche Hinterland“ verlegen, weil die Sicherstellungen von Plantagen in Grenznähe zu den Niederlanden steigen. Letzteres dürfte u. a. auf ein Fahndungs- und Bekämpfungskonzept zurückzuführen sein, das das Landeskriminalamt NRW 2006/2007 entwickelt und in allen Polizeibehörden des Landes NRW umgesetzt hat (s.a. Abschnitt 11.2.1). Für 2009 muss aufgrund der bisher vorliegenden Informationen aus dem Sondermeldedienst Rauschgiftkriminalität mit einem weiteren quantitativen und qualitativen Anstieg des Cannabisanbaus in NRW gerechnet werden.

11.2.3 Herkunft der Cannabisprodukte

Wie in den Vorjahren waren auch 2008 die Niederlande der mit Abstand bedeutendste Herkunfts- bzw. Transitstaat von Cannabisprodukten nach Deutschland. Mitunter gelangten größere Mengen Haschisch aber auch über Belgien und Frankreich nach Deutschland. Zudem wurde Marihuana in meist kleineren Mengen, aber hoher Frequenz, aus Österreich und der Schweiz nach Deutschland geschmuggelt (BKA 2009a). Vor allem Haschisch wird seit vielen Jahren in großen Mengen aus Marokko nach Westeuropa geschmuggelt. Zudem wurden in der jüngeren Vergangenheit auch vereinzelt Großlieferungen von Haschisch aus Südwestasien sichergestellt, von denen auch Deutschland bereits betroffen war.

Der Antwort des Bayerischen LKAs auf Anfrage der DBDD zufolge liegt das Hauptanbaugelände für Cannabis unverändert in Marokko. Von Marokko aus werden Schätzungen zufolge ca. 70% bis 80% des europäischen Marktes mit Cannabis versorgt. Im Rahmen eines aktuellen Ermittlungsverfahrens in Würzburg wurde bekannt, dass mindestens 100kg Haschisch aus Nepal nach Bayern geschmuggelt wurden, um den regionalen Konsum zu decken.

Die auf dem illegalen Markt in Deutschland gehandelten Cannabisprodukte werden laut BKA auf Anfrage der DBDD zum weit überwiegenden Teil aus dem Ausland importiert. Vor allem die Niederlande sind Ziel zahlreicher Beschaffungsfahrten von Konsumenten oder Kleinhandlern aus Deutschland. Wie bereits in den Abschnitten 11.1.1 und 11.2.2 berichtet, findet in Deutschland neben dem in zahlreichen Fällen betriebenen Einfuhrschmuggel ein umfangreicher Anbau von Cannabis auf Außenflächen und seit einigen Jahren verstärkt auch in so genannten „Indoor-Plantagen statt“. Diese Indoor-Plantagen befinden sich beispielsweise in Gewächshäusern, Firmen- bzw. Lagerhallen, Scheunen oder Wohnobjekten und sind häufig mit professioneller Technik und Geräten zur Züchtung von Pflanzen mit relativ hohen Gehalten an Tetrahydrocannabinol (THC) ausgestattet. Obwohl immer mehr Betreiber ihre Indoor-Plantagen weiter nach Osten verlegen, befinden sich nach wie vor viele der in Deutschland entdeckten Profi- und Großplantagen in relativer Grenznähe zu den Niederlanden. Die dort gezüchteten Cannabispflanzen sind nicht selten für den Vertrieb der Endprodukte in den

niederländischen Coffee-Shops bestimmt. Generell aber hat das Phänomen des Cannabisanbaus in Indoor-Anlagen inzwischen in nahezu allen Regionen Deutschlands an Bedeutung gewonnen. Darüber hinaus gab es 2008 mehrere Fälle, in denen die Erträge von NRW-Plantagen an Großabnehmer im süddeutschen Raum geliefert wurden.

Nach Auskunft des BLKA gelangen weiterhin Cannabisprodukte mit hohen THC-Gehalten (teilweise über 40%), produziert in den Niederlanden, Deutschland (vorwiegend NRW und Niedersachsen) sowie Großbritannien, auf den illegalen Rauschgiftmarkt. In Bayern wurde bislang noch keine Indoor-Plantage mit einer Anbaukapazität von über 1.000 Pflanzen entdeckt. Zugleich ist aber eine Zunahme des illegalen Anbaus von Cannabis, insbesondere für den Eigenbedarf, in Bayern festzustellen. So weist die Statistik einen Anstieg des illegalen Cannabisanbaus von 524 Fällen im Jahr 2007 auf nunmehr 602 Delikte im Jahr 2008 aus.

Die Cannabiskonsumenten aus der DBDD-Konsumentenbefragung 2009 wurden auch zur Herkunft des von ihnen konsumierten Cannabis befragt (Mehrfachnennungen möglich). Mit großem Abstand am häufigsten wurden als Herkunftsland die Niederlande (74 Nennungen) und Deutschland (41 Mal Eigenanbau und 35 Mal Profiplantage) angegeben. Marokko wurde 20 Mal, Afghanistan und Nepal wurden je zweimal, acht weitere Länder je einmal genannt. 77 Personen gaben an, dass sie keine Kenntnis von der Herkunft des Cannabis haben.

11.2.4 Differenzierung der Sicherstellungen

In Tabelle 11.4 sind die Sicherstellungsmengen von Haschisch und Marihuana in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2008 dargestellt. Die Zahl der Sicherstellungsfälle und die beschlagnahmte Menge schwanken über die Jahre teilweise sehr stark. Verändertes Kontrollverhalten der Polizei und des Zolls sowie Sicherstellungen größerer Einzelmengen können die Lageentwicklung wesentlich beeinflussen. So ist bei der Interpretation der Veränderungen von 2007 zu 2008 zu beachten, dass 2008 die jeweils größten Einzelmengen an Haschisch (ca. 4.000kg) und Marihuana (5.470kg) seit mehr als acht Jahren sichergestellt wurden (BKA 2009a). Die Zahl der Sicherstellungsfälle ist in den letzten zehn Jahren von ca. 30.000 auf inzwischen etwa 35.000 gestiegen. Entscheidenden Einfluss hat dabei der Anstieg von Fällen, in denen Marihuana beschlagnahmt wurde, während die Zahl der Haschischsicherstellungen im selben Zeitraum stark zurückgegangen ist. Aktuell scheint bei den einzelnen Fällen, in denen Marihuana beschlagnahmt wird, die jeweilige Menge geringer zu sein, als in den Fällen, in denen Haschisch sichergestellt wird (s.a. Abschnitt 11.1.3).

Tabelle 11.4 Sicherstellungsmengen von Cannabis in Deutschland 1998 bis 2008

	1998	2002	2006	2007	2008	Veränderung 2007-2008
Haschisch (Fälle)	17.166	13.953	11.764	9.762	10.313	+6%
Marihuana (Fälle)	12.406	13.380	23.506	21.831	24.594	+13%
Summe	29.572	27.333	35.270	31.593	34.907	+10%
Haschisch (Menge)	6.110	5.003	5.606	3.678	7.632	+108%
Marihuana (Menge)	14.897	6.130	2.954	3.770	8.932	+137%
Summe	21.007	11.133	8.560	7.448	16.564	+122%

BKA 2009a.

11.3 Straftaten

Differenzierungen nach Substanzen sind für Handels- und Konsumdelikte (s. Kapitel 9), möglich, bei Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz (§29 Abs.1, 29a Abs.1 Nr.2 und §30 Abs.1 Nr.4) anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht.

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. Bei diesen Delikten nimmt Cannabis mit einem Anteil von knapp 60% klar den ersten Platz ein. Nachdem die absolute Zahl der Delikte von 1982 bis 2004 kontinuierlich von ca. 27.000 auf über 130.000 angestiegen war, nahm sie seitdem stetig ab. Im Jahr 2008 wurden noch 100.652 (2007: 102.931) konsumnahe Delikte im Zusammenhang mit Cannabis registriert (BMI 2009).

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. Die Trends der Handelsdelikte lassen sich, bei niedrigeren Gesamtzahlen, ähnlich wie die der konsumnahen Delikte beschreiben. Von 1998 an ist die Zahl der Handelsdelikte Jahr für Jahr von 25.543 auf den bisherigen Höchstwert 43.062 im Jahr 2004 gestiegen. Seitdem ist die Zahl der Handelsdelikte kontinuierlich zurückgegangen und lag 2008 bei 31.868 (2007: 38.460), was einem Wert Ende der 1990er Jahre entspricht (BMI 2009).

12 Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger

12.1 Überblick

Belastbare Daten zum Thema *Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger* stehen in Deutschland vor allem für Opioidkonsumenten zur Verfügung. Daher beschäftigt sich das vorliegende Sonderkapitel vorrangig mit dieser Konsumentengruppe. Betrachtet werden die letzten zehn Jahre. Untersuchungen und Statistiken weisen heute einen größeren Anteil älterer Opioidkonsumenten auf als vor zehn Jahren, das Durchschnittsalter ist in diesem Zeitraum gestiegen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Menschen mit einer Abhängigkeit heute einerseits länger überleben und andererseits weniger junge Menschen Opioide konsumieren.

Als wesentliche Ursache für das Überleben trotz fortgesetzten Drogenkonsums gilt die Einführung von Harm Reduction-Strategien. Seit Mitte der 1980er Jahre werden in der Suchthilfe Überlebenshilfen angeboten, die nicht strikt auf Abstinenz ausgerichtet sind und eine größere Zahl Abhängiger erreichen. Die Ausweitung der Substitutionsbehandlung hat wesentlich zum Überleben vieler Drogenabhängiger beigetragen. Die Professionalisierung niedrigschwelliger Angebote führte zu einer Reduzierung des Infektionsrisikos mit Hepatitis und HIV, zu einer Verminderung tödlicher Überdosierungen und zu einer insgesamt gestiegenen Lebenserwartung.

Trotz dieser gesundheitlichen Fortschritte ist die soziale und gesundheitliche Situation älterer Drogenabhängiger äußerst problematisch. Sie sind betroffen von Exklusion aus der Gesellschaft und aus der Drogenszene und weisen gravierende physische und psychische Gesundheitsprobleme auf.

Gesetzliche Regelungen, die sich auf die spezifischen Bedarfe älterer Drogenabhängiger beziehen, existieren bislang nicht. Das komplizierte System des deutschen Sozialrechtes, mit unterschiedlichen Institutionen und Zuständigkeiten bei Behandlung und Pflege, erfordert erhebliche Anstrengungen und Bemühungen von Sozialarbeitern beispielsweise bei der Einrichtung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für ältere (Ex-)Drogenabhängige. Experten der Suchthilfe und Wohlfahrtsverbände empfehlen eine enge Kooperation von Drogenhilfe und Altenpflege, die auf einer gesetzlichen Regelung der Versorgung und Zuständigkeiten basiert.

Datenanalyse und Datenquellen

Als ältere Drogenkonsumenten werden in diesem Sonderkapitel Konsumenten bezeichnet, die 40 Jahre und älter sind. Die sehr unterschiedlichen Studiendesigns der verschiedenen Erhebungen schränken eine Auswertung nach dieser Vorgabe stark ein – Altersgrenzen werden teils bei „35 Jahren und älter“ gesetzt, teils erst bei „45 Jahren“. Daher werden hier auch Studien und Fachliteratur, die der o.g. Altersdefinition der EBDD nicht entsprechen, berücksichtigt, soweit sie relevante Tendenzen oder Phänomene beschreiben.

Zur Beschreibung der älteren Drogenkonsumenten in Behandlung wurde eine Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) des Jahres 2008 analysiert. Darüber hinaus wurden die jährlich veröffentlichten Daten der DSHS miteinander verglichen, um Trends zu identifizieren und Daten der Krankenhausstatistik der Bundesgesundheitsberichterstattung ausgewertet. Die Angaben über Drogentote sind der „Falldatei Rauschgift“ des Bundeskriminalamts entnommen.

Desweiteren gingen auch Informationen aus dem Projekt SDDCARE in die Berichterstattung ein, das derzeit in den vier europäischen Ländern Deutschland, Österreich, Polen und Schottland durchgeführt wird. Im Rahmen des Projekts wird Grundlagenwissen zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage älterer Drogenabhängiger und ihrer Versorgungsbedürfnisse erarbeitet. Als ältere Drogenabhängige werden in dem Projekt die über 35-Jährigen erfasst. Im ersten Halbjahr 2009 liegen Zwischenergebnisse des bis Mitte 2010 laufenden Projektes vor. Aus dem Projekt stammen eine Analyse der nationalen Datenlage zum Thema ältere Drogenabhängige (Vogt et al. 2009) sowie eine Übersichtsarbeit zu rechtlichen Rahmenbedingungen der Behandlung älterer Drogenabhängiger (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

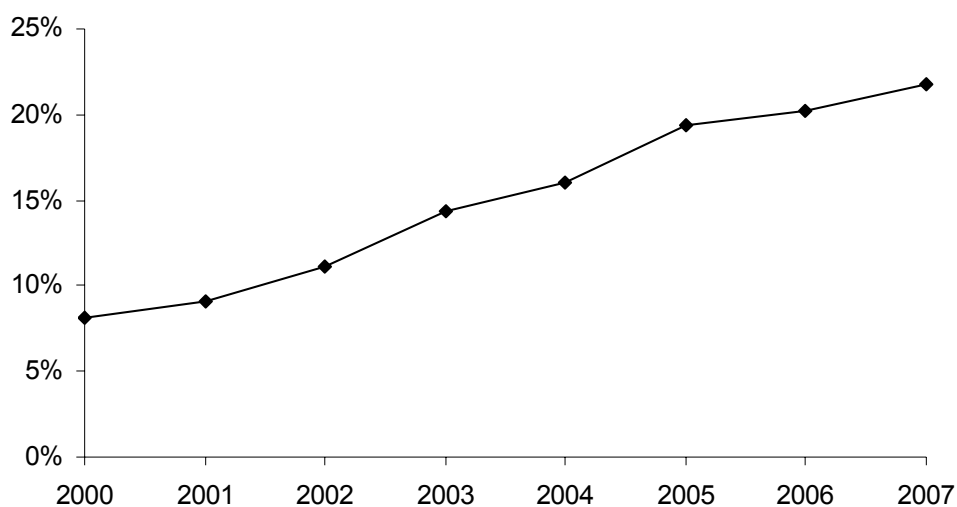
Darüber hinaus hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) als Teilknotenpunkt der DBDD Experten aus der Suchthilfe um kurze Stellungnahmen oder persönliche Berichte zur gesundheitlichen und sozialen Situation älterer Drogenabhängiger gebeten. Dabei beziehen sich die Experten in der Regel auf Patienten in Substitutionsbehandlung und psychosozialer Betreuung, die das 40ste Lebensjahr überschritten haben.

12.2 Älterwerden von Drogenabhängigen

12.2.1 Alterstrends Drogenabhängiger

Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

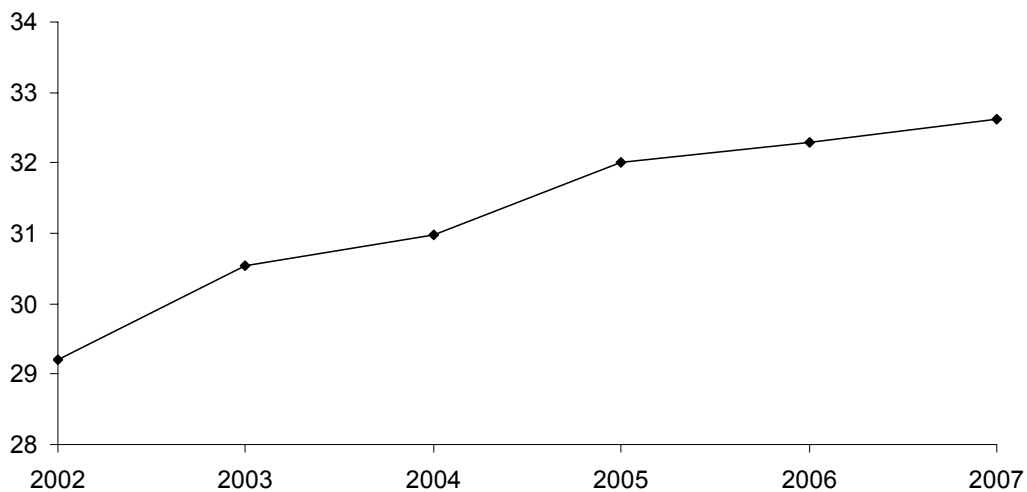
Die Daten der DSHS zu den in ambulanten Einrichtungen behandelten Personen mit Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit (gruppiert nach unter 40-Jährigen und über 40-Jährigen) zeigen einen eindeutigen Alterstrend zwischen den Jahren 2000 und 2007. Der Anteil von dokumentierten Betreuungen/Behandlungen über 40-Jähriger stieg kontinuierlich von 8,2% im Jahr 2000 auf 21,8% im Jahr 2007.



DSHS 2001-2007.

Abbildung 12.1 Anteil der über 40-Jährigen Personen an allen Patienten mit einer Opioid-Hauptdiagnose in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen 2000-2007

Ein Vergleich des Durchschnittsalters bei Behandlungsbeginn von Personen mit einer Opioid-Hauptdiagnose der Jahre 2002-2007 zeigt einen steigenden Alterstrend von 29,2 Jahren auf 32,6 Jahre.



DSHS 2001-2007.

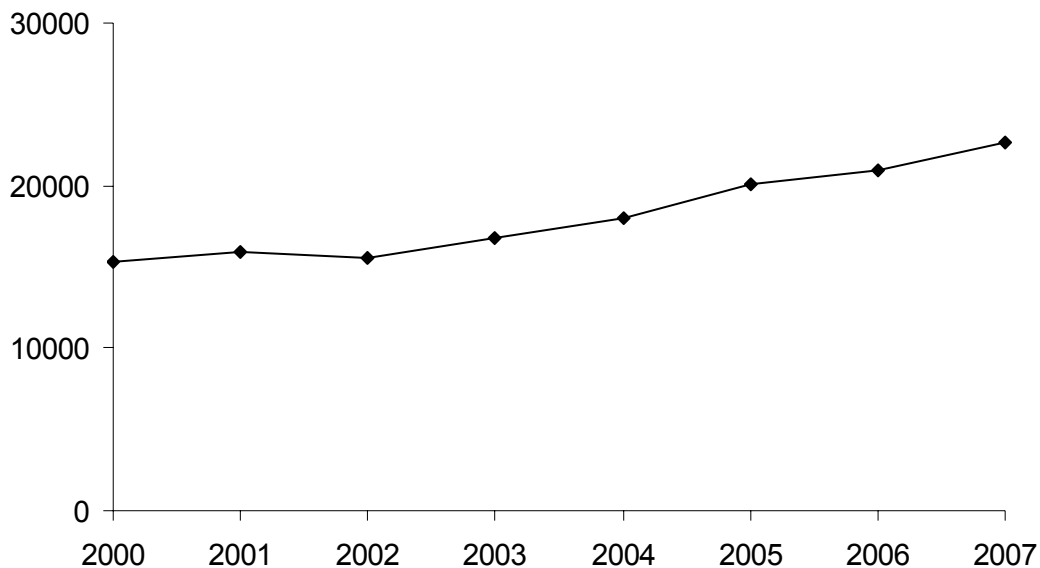
Abbildung 12.2 Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn von Personen mit einer Opioid-Hauptdiagnose in ambulanten Einrichtungen 2002-2007

Hamburger Basisdokumentation

Im Statusbericht 2007 der Hamburger Basisdokumentation, einer Auswertung der ambulanten Suchthilfe der Stadt Hamburg, wurde im Berichtsjahr 2007 eine Spezialauswertung zum Thema "Alter und Sucht" durchgeführt. Als ältere Drogenabhängige wurden Klienten ab einem Alter von 45 Jahren definiert. Auch hier zeigte sich im Zeitraum 1997 bis 2007 ein deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters der Opioidabhängigen von 32,0 Jahren (1997) auf 38,1 Jahre (2007) (Verthein et al. 2008).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes lassen sich Diagnosedaten der vollstationären Patienten der Krankenhäuser entnehmen (vgl. dazu auch die Datenquellen in Kapitel 5). Ein Vergleich der Daten zwischen 2000 und 2007 weist ebenfalls auf einen steigenden Alterstrend der behandelten Drogenkonsumenten hin (ICD-10 Codes F11-F16, F18-F19).



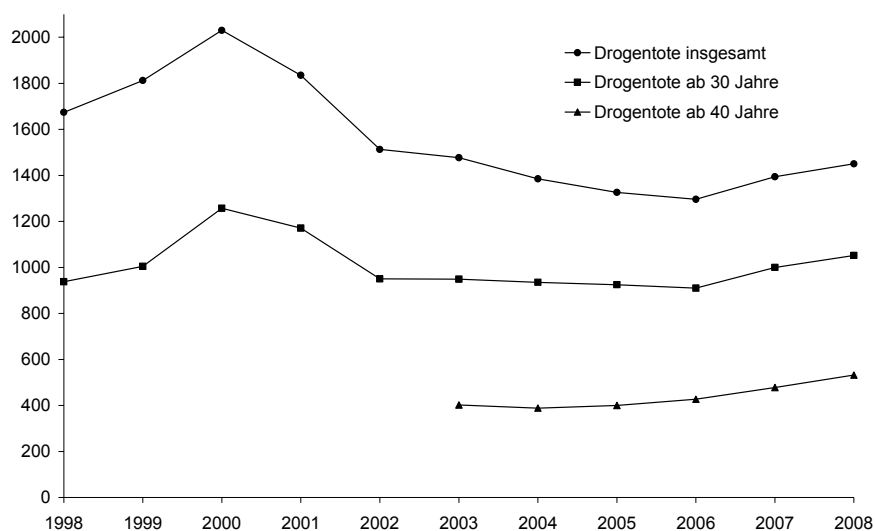
Krankenhausdiagnosestatistik 2000-2007.

Abbildung 12.3 Anzahl vollstationär in Krankenhäusern behandelter Patienten über 40 Jahre (Diagnosen: F11-F16, F18-F19; 2000-2007)

Abbildung 12.3 zeigt die Veränderung der absoluten Zahl der mit substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) vollstationär in Krankenhäusern behandelten Patienten über 40 Jahre im Zeitraum von 2000 bis 2007. Mit Ausnahme des Jahres 2002 ist ein kontinuierlicher Anstieg der Patientenzahlen zu beobachten (2000: 15.263; 2007: 22.600). Gleichzeitig stieg im selben Zeitraum auch der Anteil der über 40-Jährigen an allen Patienten von 18% (2000) auf 25% (2007).

Drogentote

Zahlen über Drogentote lassen sich der Berichterstattung des Bundeskriminalamtes entnehmen. Alterstrends für die Kategorie „ab 30 Jahre“ lassen sich seit 1998 nachvollziehen. Seit 2003 stehen auch Daten für die Kategorie „über 40 Jahre“ zur Verfügung.⁴³



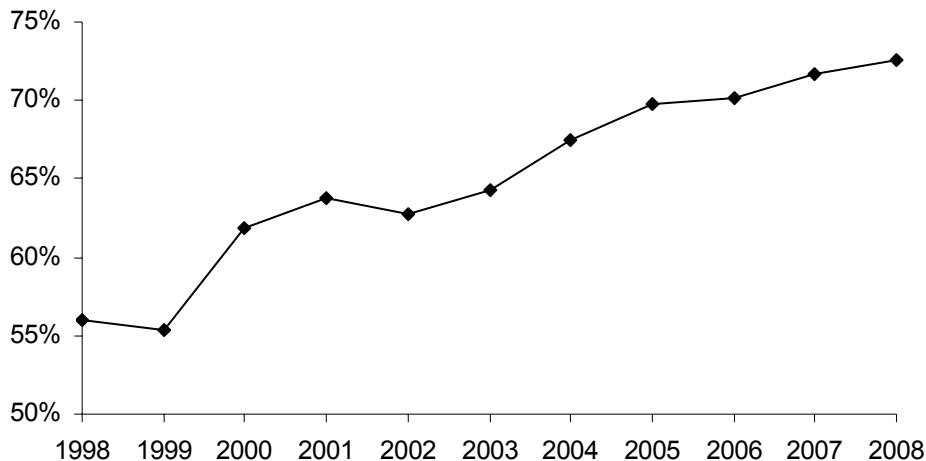
BKA 2008.

Abbildung 12.4: Drogentote insgesamt, Drogentote über 30 Jahre und Drogentote über 40 Jahre

In den Daten des BKA zeigt sich eine deutliche Verringerung der Gesamtzahl der Drogentoten zwischen den Jahren 2000 und 2002 (von 2.030 auf 1.513). Auch die Zahl der über 30-Jährigen Drogentoten nahm zwischen den Jahren 2000 und 2002 stark ab (von 1.257 auf 950), danach verflacht die abnehmende Kurve stärker als die der Drogentoten insgesamt. Der Anteil der Drogentoten über 30 Jahren an der Gesamtzahl der Drogentoten ist zwischen 1998 und 2008 von 56% auf 72,6% gestiegen (Abbildungen 12.4 und 12.5).

Im selben Zeitraum ist das Durchschnittsalter der Drogentoten von 31 auf 36 Jahre angestiegen. Aufgrund der Altersstrukturen der Heroinabhängigen ist erwartbar, dass auch die absolute Zahl der älteren Drogentoten in Zukunft weiter ansteigt oder auf hohem Niveau verbleibt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009; Vogt 2009b).

⁴³ Zur Standardberichterstattung im Rahmen des REITOX-Berichtes gehören auch Angaben zu den Drogentoten die auf Auswertungen des Allgemeinen Sterberegisters (Todesursachenstatistik) des Statistischen Bundesamtes beruhen. Alterstrends hierzu lassen sich in diesem Bericht der Abbildung 6.2 entnehmen. Unter den Drogentoten zeichnet sich dort ein Trend hin zu älteren Drogentoten ab.



BKA 2008.

Abbildung 12.5 Anteil der Drogentoten über 30 Jahren an Drogentoten insgesamt

12.2.2 Einflussfaktoren auf das Älterwerden und die gestiegene Lebenserwartung von Drogenabhängigen

Seit Mitte der 1980er Jahre wurde in Deutschland eine hauptsächlich auf Abstinenz ausgerichtete Drogenhilfe durch eine stärkere Betonung von Harm-Reduction-Ansätzen ergänzt. Struktur und Organisation des Suchthilfesystems wandelten sich insbesondere durch die breite Einführung der Substitutionsbehandlung, den Aufbau niedrighschwelliger Hilfsangebote und die Förderung von Selbsthilfeinitiativen (Ebert & Sturm 2006; 2009). Bei niedrighschwelliger Angeboten führten insbesondere die Einführung von Nadelaustauschprojekten, Konsumräumen und Kondomvergabe zu einem kontinuierlichen Absinken der Neuinfektionen mit HIV in den letzten 15 Jahren (Vogt 2009b).

Durch eine stärkere Einbeziehung des medizinischen Versorgungssystems in die Arbeit der Drogenhilfe können auch Begleiterkrankungen (z.B. Infektionserkrankungen) seitdem insbesondere von den substituierenden Ärzten mit behandelt werden (Verthein et al. 2008; Vogt 2009b). In der Folge verbesserte sich die gesundheitliche Situation von Opioidabhängigen, Morbidität und Mortalität sanken und Lebensqualität und Lebensspanne der Betroffenen stiegen. Das Überleben trotz Abhängigkeitserkrankung und fortgesetztem Konsum über Jahre, teilweise Jahrzehnte wurde möglich (Ebert & Sturm 2006; 2009; Verthein et al. 2008). Auch Experten der Suchthilfe sehen in dieser Umstrukturierung des Hilfesystems – insbesondere im Ausbau der Substitutionsangebote - eine Ursache für die gestiegene Überlebenschancen der Betroffenen (Wagner, persönliche Mitteilung). Der Rückgang der Zahl der Drogentoten zwischen 2000 und 2006 um 36% ist vermutlich wesentlich durch die Einführung und den Ausbau schadensminimierender Maßnahmen zu erklären (Lenski & Wichelmann-Werth 2009). Zum Anstieg des Durchschnittsalters trägt überdies die Tatsache bei, dass weniger Erstkonsumenten von Opioiden festzustellen sind. Bei Betreuungsbeginn in ambulanten Einrichtungen waren im Jahr 2002 noch 33,3% der Klienten mit einer Opioid-

Hauptdiagnose unter 25 Jahre alt, im Jahr 2007 waren es nur noch 17,8% (DSHS 2002, 2007)⁴⁴.

12.3 Drogenkonsum, gesundheitliche und soziale Merkmale älterer Drogenabhängiger

12.3.1 Merkmale älterer Drogenabhängiger

Für das Jahr 2008 wurde eine Sonderauswertung der DSHS der Bezugsgruppe „40 Jahre und älter“ durchgeführt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a). Die folgende deskriptive Auswertung umfasst soziodemografische Daten der Bezugsgruppe wie Lebens-, Wohn-, Erwerbssituation und weitere relevante Merkmale. Der Fokus dieser Beschreibung liegt auf den älteren Opioidkonsumenten. Ältere Konsumenten von Kokain, Cannabis und Stimulantien werden als Vergleichsgruppe herangezogen.

Alter bei Betreuungsbeginn und Erstkonsum

Bei Betreuungsbeginn war die Mehrheit der älteren Drogenkonsumenten zwischen 40 und 50 Jahre alt. Bei allen aufgeführten Substanzen gehören über 80 Prozent dieser Altersgruppe an. Danach sinkt der Prozentanteil deutlich. Opioid- und Kokainkonsumenten, die eine Betreuung erst mit über 60 Jahren beginnen, machen unter 1% der Betroffenen aus. Bei Cannabis- bzw. Stimulanzienkonsumenten sind es 1,7% bzw. 2,1% (Tabelle 12.1).

Tabelle 12.1 Hauptdiagnose und Alter bei Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Alter bei Betreuungsbeginn		
	40-49	50-59	60+
Opioide	83,3%	15,8%	0,9%
Cannabinoide	83,6%	14,7%	1,7%
Kokain	87,3%	12,1%	0,5%
Stimulantien	86,0%	11,9%	2,1%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Heute ältere Opioidabhängige begannen im Durchschnitt mit 24,4 Jahren Opiode zu konsumieren. Knapp 75% der Population haben vor dem 30sten Lebensjahr erstmalig Opiode zu sich genommen. Sie weisen im Alter von 40 Jahren also bereits eine Konsumkarriere von mindestens 10 Jahren auf.

Über 40-Jährige Cannabiskonsumenten haben im Durchschnitt früher mit dem Drogenkonsum begonnen. Im Mittel betrug das Alter des Erstkonsums hier 18,4 Jahre. Bei älteren

⁴⁴ Homepage der Deutschen Suchthilfestatistik: www.suchthilfestatistik.de; Die Tabellenbände der stationären und ambulanten Betreuungen, „Zugänge/Beender“ und „Alle Betreuungen“ der Jahre 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007. Letzter Zugriff 11.08.2009.

Kokainkonsumenten erfolgte der Erstkonsum im Durchschnitt mit 27,6 Jahren, beinahe ein Jahrzehnt später. Während nur noch sehr wenige der älteren Cannabiskonsumenten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr mit dem Cannabiskonsum begannen, ist dies bei jedem dritten älteren Kokainkonsumenten der Fall (Tabelle 12.2).

Tabelle 12.2 Alter bei Erstkonsum

Hauptdiagnose	Alter bei Erstkonsum								Mittelwert
	-14	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40+	
Opioide	5,0%	17,0%	14,2%	23,6%	14,8%	10,5%	7,5%	7,5%	24,4
Cannabinoide	22,1%	40,2%	12,3%	11,9%	5,5%	3,2%	3,9%	0,9%	18,4
Kokain	3,6%	9,8%	8,6%	19,3%	13,1%	20,2%	15,7%	9,8%	27,6
Stimulantien	8,7%	24,4%	14,2%	12,6%	11,0%	10,2%	9,4%	9,4%	24,1

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Erwerbs-, Lebenssituation und Wohnverhältnisse

Insbesondere ältere Opioidkonsumenten sind von Arbeitslosigkeit betroffen (Tabelle 12.3). Mehr als drei Viertel sind am Tag vor dem Betreuungsbeginn erwerbslos. Aber auch unter den Konsumenten anderer Drogen ist im Alter mehr als jeder Zweite erwerbslos.

Tabelle 12.3 Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn			
	Angestellt Erwerbstätig	Selbstständig Erwerbstätig	Erwerbslos	Sonstiges
Opioide	13,6%	1,1%	77,1%	8,3%
Cannabinoide	26,3%	5,3%	58,7%	9,7%
Kokain	24,8%	9,5%	60,5%	5,2%
Stimulantien	21,7%	4,5%	62,1%	11,6%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Etwas mehr als die Hälfte der Opioidkonsumenten über 40 Jahre lebt allein. Ebenso verhält es sich bei den Cannabiskonsumenten. Konsumenten von Kokain und Stimulantien leben zu mehr als 50% nicht allein.

Nicht allein lebende Konsumenten aller Substanzen leben am häufigsten mit einem Partner/einer Partnerin zusammen, häufig auch mit einem oder mehreren Kindern. Jeweils mehr als ein Viertel der älteren Konsumenten leben mit sonstigen Personen (z.B. Freunden) zusammen (Tabelle 12.4).

Tabelle 12.4 Lebenssituation

Hauptdiagnose	Lebenssituation					
	Alleinlebend	Nicht alleinl.	Zusammenlebend mit			
			Partner/in	Kind(ern)	Eltern(teil)	Sonstiger/n Person/en
Opioide	52,5%	47,5%	53,0%	28,7%	9,5%	26,3%
Cannabinoide	50,5%	49,5%	51,5%	37,9%	8,5%	24,3%
Kokain	45,4%	54,6%	56,9%	30,5%	7,4%	29,8%
Stimulanzien	41,0%	59,0%	48,3%	38,1%	11,9%	30,5%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Die große Mehrheit der Opioidkonsumenten lebt in stabilen Wohnverhältnissen (Tabelle 12.5). Das trifft auch für die Konsumenten anderer Substanzen zu. Opioidkonsumenten befinden sich jedoch im Vergleich häufiger in einer „nicht stabilen Wohnsituation“ (ohne Wohnung oder in Notunterkünften) als die Konsumenten anderer Drogen.

Etwa jeder vierte Kokain- und Stimulantienkonsument ist in Einrichtungen des Justizvollzugs untergebracht.

Tabelle 12.5 Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn				
	Stabile Wohnsituation	Nicht stabile Wohnsituation	(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitations-einrichtung	JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	Sonstiges
Opioide	81,0%	5,7%	2,3%	8,6%	2,4%
Cannabinoide	84,9%	2,0%	1,5%	10,5%	1,0%
Kokain	70,8%	1,7%	3,2%	23,7%	0,6%
Stimulanzien	70,9%	0,5%	2,4%	25,2%	1,0%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Vermittlung zur Betreuung

Ältere Konsumenten begeben sich häufig selbst in Behandlung (jeweils etwa 40% der Betroffenen) (Tabelle 12.6). Im Vergleich zu den anderen Klientengruppen werden Opioidabhängige seltener durch die eigene Familie in Behandlung oder Betreuung vermittelt. Etwa ein Drittel der Opioidkonsumenten - und damit deutlich mehr als bei allen anderen Substanzen - werden durch Ärzte/Psychotherapeuten an die jeweilige Suchthilfeeinrichtung vermittelt. Auffallend ist auch, dass im Vergleich zu Opioidkonsumenten Justizbehörden bei Cannabis-, Kokain- und Stimulantienkonsumenten häufiger die in Betreuung vermittelnde Institution darstellen.

Tabelle 12.6 Vermittlung zur Betreuung

Vermittlung durch	Hauptdiagnose			
	Opioide	Cannainoide	Kokain	Stimulanzien
keine / Selbstmelder	39,0%	40,5%	41,1%	41,4%
Familie	2,7%	5,1%	7,0%	7,0%
Ärztliche Einrichtung, Praxen und Krankenhäuser, Institutsambulanz	31,0%	8,6%	6,4%	8,4%
Suchtberatungs-/behandlungsstelle, Einrichtungen der Drogenhilfe, Reha-Einrichtungen	13,8%	15,5%	18,3%	17,7%
Einrichtungen der Justiz	6,4%	12,9%	16,1%	18,6%
Sonstiges	6,9%	17,2%	11,1%	5,6%

Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a.

Soziale Situation

Langfristiger Drogenkonsum führt oft zu einer Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen. Der permanente Beschaffungsdruck und das Leben in Illegalität führen oft zum Verlust an sozialen Kontakten außerhalb der Szene. Die sich bildenden Drogenszenen in den Großstädten sind auf diese Weise eine stark isolierte Gruppe. Dabei sind ältere Drogenkonsumenten offenbar stärker von Ausgrenzung und Stigmatisierung betroffen als jüngere, da sie weniger variable Konsum- und Verhaltensmuster an den Tag legen und sich weniger flexibel an unterschiedliche Situationen anpassen (Vogt 2009a; 2009b). Auch Kontakte zu Familienmitgliedern und Angehörigen werden häufig abgebrochen, bei älteren Drogenabhängigen eventuell auch der Kontakt zu eigenen Kindern (Ebert & Sturm 2006; 2009).

In Drogenszenen verändern sich Regeln und Rituale häufig schnell, mitunter werden sie auch von jüngeren Konsumentengenerationen bewusst verändert, um sich abzugrenzen. Mit zunehmendem Alter wird auch die Beschaffung schwieriger und die Chance, Opfer von Gewalt- oder Raubdelikten innerhalb der Szene zu werden, größer. Dies führt neben einer Verdrängung durch jüngere auch zu einem Rückzug älterer Drogenabhängiger. Es kommt dadurch zu einer doppelten Exklusion älterer Drogenabhängiger: aus der Gesellschaft und aus der Drogenszene. Bei Opioidabhängigen zeigt sich, dass sich mit zunehmendem Alter im Verlauf der Suchterkrankung die soziale Isolation und Einsamkeit erhöhen. Dies trifft auch auf zusammenlebende Paare zu. Bestehende Partnerschaften sind häufig von gemeinsamen Suchtproblemen geprägt, dies verringert die Chance, Konsum- und Abhängigkeitsprobleme zu überwinden (Verthein et al. 2008). Mangelnde Teilhabemöglichkeiten an der Arbeitswelt und Freizeitkultur verstärken das Problem der Isolation (Wessel, persönliche Mitteilung). Perspektivlosigkeit und Isolation wirken sich häufig auch negativ auf den psychischen Zustand der Betroffenen aus und verstärken z.B. depressive Störungen (Vogt 2009a; 2009b) (Claas, persönliche Mitteilung).

Physische gesundheitliche Situation

Insbesondere ältere Drogenabhängige mit langjähriger Konsumgeschichte leiden neben ihrer Abhängigkeit häufig zusätzlich an akuten und chronischen Krankheiten.

Infektionserkrankungen wie Hepatitiden und HIV sind dabei das Hauptproblem. Vor dem Hintergrund der in Deutschland seit 15 Jahren insgesamt zurückgehenden HIV Neuinfektionen ist festzustellen, dass das Risiko einer Neuinfektion mit dem Alter wieder leicht zunimmt, dies gilt auch für ältere Drogenabhängige. Die Infektionsrate bei Drogenabhängigen über 50 Jahren liegt basierend auf einer Untersuchung von Goordroad (2003; zitiert nach Vogt 2009b) mit 10% überdurchschnittlich hoch. Daten aus der DSHS für die Population der über 40-Jährigen weisen 3,6% der älteren Opioidkonsumenten als positiv auf HIV getestet aus, 57,0% sind negativ getestet. Bei der Interpretation dieser Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass der HIV-Status bei 39,3% der Betreuten unbekannt ist (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a).

Hepatitis C ist das häufigste gesundheitliche Problem älterer Drogenkonsumenten. Bei 42,2% der älteren Opioidabhängigen ist Hepatitis C chronisch, bei 3,7 ist die Krankheit akut. Allerdings ist auch hier der Infektionsstatus bei fast jedem dritten Klienten unbekannt (29,9%) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009a).

Durch jahrelangen Beikonsum weiterer legaler und illegaler Drogen kommen häufig Organschädigungen hinzu, bzw. werden verstärkt. Leber- und Lungenerkrankungen sind ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem unter älteren Drogenabhängigen (Ebert & Sturm 2006; Vogt 2009b).

Experten aus der Suchthilfe berichten zudem von Durchblutungsstörungen, Hypertonie und Nierenfunktionsstörungen, die bei älteren Patienten in Substitutionsbehandlung typischerweise prävalent sind (Meyer-Thompson, persönliche Mitteilung). Desweiteren werden Krebserkrankungen (Wessel, persönliche Mitteilung) und durch jahrelangen i.v. Konsum verursachte Schädigungen der Blutgefäße sowie Abszesse, Thrombosen und Embolien genannt. Im schlimmsten Fall haben die Schädigungen Amputationen von Gliedmaßen zur Folge (Hoffmann, persönliche Mitteilung). Darüber hinaus wird berichtet, dass bei etwa der Hälfte der Klienten eine chronische Pankreatitis besteht (Müller, persönliche Mitteilung). Auch Zahnerkrankungen sind ein weit verbreitetes Problem unter Drogenabhängigen. Mangelnde Zahnhygiene und falsche Ernährung führen oft zu Zahnerkrankungen, die über Jahre und Jahrzehnte nicht behandelt werden. Somit kommt es oft bereits im Alter zwischen 25 und 35 Jahren zum Verlust sämtlicher Zähne (Vogt 2009b).

Bei langjährigen Drogenabhängigen über 40 Jahren ist oft ein vorzeitiger und beschleunigter Alterungsprozess feststellbar. Alterungsprozesse im menschlichen Organismus werden durch Drogenkonsum beschleunigt, altersbedingte Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose und Altersdemenz treten bei Drogenabhängigen früher auf. Dies ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, die mit dem Drogenkonsum und Lebenswandel in Illegalität einhergehen: (zeitweise) Obdachlosigkeit, Gewalterfahrungen, Prostitution, mangelnde Hygiene, mangelnde Regenerationsmöglichkeiten, Fehl- und Mangelernährung sowie

Folge- und Begleiterkrankungen. Daraus resultiert bei Drogenkonsumenten schon ab 40 Jahren eine Pflegebedürftigkeit, die derjenigen von nicht drogenkonsumierenden Senioren entspricht (Lenski & Wichelmann-Werth 2009; Vogt 2009b). Auf die vorzeitige Vergreisung machen auch Experten aus der Suchthilfe aufmerksam. Die meisten Klienten seien 15 Jahre und mehr vorzeitig gealtert, sowohl körperlich wie auch psychisch (Hoffmann, persönliche Mitteilung). Dabei wurde auch beobachtet, dass der Alterungsprozess mitunter sehr plötzlich eintritt und dann beschleunigt voranschreitet (Wagner, persönliche Mitteilung).

Wichtig ist, dass die Folgewirkungen von Suchterkrankungen im Alter⁴⁵ als solche erkannt werden und nicht dem Alterungsprozess zugeschrieben werden. Symptome sind häufige Stürze, Fehlernährung, nachlassende körperliche Leistung, Hirnleistungsstörungen, Antriebs- und Interesselosigkeit, Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug und nachlassende Körperhygiene bis hin zur Verwahrlosung (Diakonie 2008).

Psychische gesundheitliche Situation

Drogenabhängige leiden in vielen Fällen unter Mehrfachabhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Zu einer Abhängigkeit von Opioiden kommen oftmals weitere Abhängigkeiten von legalen und illegalen Drogen. Polytoxikomanie ist auch bei älteren Drogenabhängigen weit verbreitet (Vogt 2009b).

Unter langjährigen Opioid-Konsumenten ist psychiatrische Komorbidität ein häufiges Problem. Insbesondere affektive Störungen sowie schizophrene Erkrankungen sind häufig. Verschiedene Autoren sind der Auffassung, dass sich mit zunehmendem Alter und Dauer der Abhängigkeit Depressionen, Angststörungen und Psychosen häufen (Ebert & Sturm 2006; Vogt 2009b). Andererseits kommen die Autoren des BADO Berichtes nicht zu dem Ergebnis, dass sich der psychische Zustand im Alter verschlechtert und berichten psychische Störungen in vergleichbarem Umfang auch schon bei jüngeren Drogenabhängigen. Die o.g. psychischen Störungen entwickeln sich demnach anscheinend schon in frühen Jahren der Drogenkonsumkarriere und bleiben dann bestehen (Verthein et al. 2008).

Altersbedingte Veränderungen des Metabolismus

Im Fokus von Untersuchungen zum Substanzmissbrauch im Alter standen bislang eher Alkohol und Arzneimittel als der Missbrauch von illegalen Drogen. In einigen Untersuchungen wurde der Aspekt gleich bleibender Dosierung von psychotropen Substanzen bei einem sich durch den Alterungsprozess verändernden Metabolismus aufgegriffen.

Insbesondere bei der Einnahme von Arzneimitteln kann aufgrund der physiologischen Veränderungen die Resorption und Verteilung der Substanz im Stoffwechsel zu einer relativen Dosissteigerung trotz gleich bleibender Dosis der Einnahme führen. Patienten denken bei der Einnahme von Medikamenten selten an einen missbräuchlichen Konsum oder eine Abhängigkeit, wenn die Medikamente von einem Arzt verschrieben werden. Der sich verän-

⁴⁵ Die Quelle bezieht sich hauptsächlich auf Alkohol- und Medikamentabhängigkeiten, jedoch auch auf Suchtkranke allgemein.

dernde Stoffwechsel erfordert es, dass Ärzte laufend die Indikatoren einer Verschreibung überprüfen und die Dosis gegebenenfalls anpassen. Geschieht dies nicht, kann es unbemerkt zu einer Abhängigkeit kommen (Förster & Thomas 2009). Die pharmakokinetischen Veränderungen im Alter wurden auch im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch untersucht. Auch hier wird eine zunehmende Empfindlichkeit mit zunehmendem Alter festgestellt, mit der eine abnehmende Toleranz einhergeht. Die gleiche Trinkmenge führt im Alter zu einer stärkeren körperlichen Wirkung (Schäufele 2009).

Die durch das Altern bedingten körperlichen Veränderungen betreffen auch Konsumenten anderer psychotroper Substanzen. Dennoch wären spezielle Untersuchungen für den Konsum z.B. von Opioiden notwendig. Ob eine wie bei Alkohol und Medikamenten beobachtete relative Dosissteigerung auch beim Konsum von Opioiden auftritt, ist zum Beispiel für die Substitutionsbehandlung von älteren Drogenabhängigen durchaus relevant.

12.4 Behandlung, Administration und Pflege von älteren Drogenabhängigen

12.4.1 Politische Regulierungen und Strategien

Aus dem deutschen Grundgesetz (Artikel 20 Abs. 1 GG) ergibt sich, dass sozial Schwache und Bedürftige ein Recht auf Unterstützung haben. Für ältere Drogenabhängige kommen alle Leistungen des Sozialrechts in Betracht, die einerseits die Behandlung einer Abhängigkeit betreffen, andererseits aber auch der Pflegebedürftigkeit einer Person begegnen.

Die Bedarfslagen älterer Drogenabhängiger verdeutlichen, dass Konzepte notwendig sind, die speziell auf diese Personengruppe zugeschnitten sind. Sie müssen sowohl die Behandlung der Abhängigkeit als auch die Pflegebedürftigkeit, die die Gruppe von anderen Drogenabhängigen unterscheidet, berücksichtigen. Spezielle gesetzliche Regelungen, die sich gezielt auf die Bedarfe älterer Drogenabhängiger beziehen, gibt es bislang nicht.

Für Versorgung, Behandlung, Unterbringung etc. älterer Drogenabhängiger relevante Teile des Sozialrechts sind vor allem die gesetzliche Sozialversicherung (SGB IV), welche die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Rentenversicherung (SGB VI) und Pflegeversicherung (SGB XI) umfasst. Relevant sind außerdem Bestimmungen der Arbeitslosenversicherung (SGB III), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) und insbesondere die Sozialhilfe (SGB XII) (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

Ältere Drogenabhängige haben je nach dem, welcher Bedarf (z.B. Pflegebedürftigkeit oder gesundheitliche Rehabilitation) im Vordergrund steht, unterschiedliche Ansprüche auf Leistungen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen. Somit ergeben sich unterschiedliche Konstellationen, die jeweils im Einzelfall überprüft werden müssen. Einheitliche Regelungen speziell für ältere Drogenkonsumenten gibt es nicht.

Für die Behandlung einer Abhängigkeit im Sinne einer Krankheit kommt die Krankenversicherung auf. Krankenversichert ist (nach SGB II) über eine Pflichtversicherung jeder, der Anspruch auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende hat. Gerade das ist für ältere Drogen-süchtige jedoch problematisch, da der Anspruch auf Leistung nur für arbeitsfähige Klientel

gewährt wird. Dies ist bei älteren Drogenabhängigen allerdings oftmals nicht der Fall. Bei fehlendem Versicherungsschutz greift die Sozialhilfe (Krankenhilfe bzw. Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem SGB XII) als unterstes Netz der sozialen Sicherung (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

Zum Leistungsspektrum des Deutschen Sozialrechts bei der Behandlung von Abhängigkeiten gehört die ambulante und stationäre medizinische Behandlung einschließlich Entwöhnungsbehandlung und Substitutionsbehandlung mit begleitender psychosozialer Betreuung. Leistungen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind bei älteren Drogenkonsumenten eher selten anzunehmen, vielmehr stellt sich hier häufiger die Frage einer möglichen Pflegebedürftigkeit. Die Leistungen der Krankenpflege werden durch ambulante Pflegedienste oder in (teil-)stationären Einrichtungen erbracht. Ältere (und vorzeitig gealterte) Betroffene können diese Leistungen des Sozialrechts in Anspruch nehmen, aber gerade in stationären Einrichtungen der Altenpflege wird den spezifischen Bedürfnissen Klientel nicht ausreichend begegnet (Lenski & Wichelmann-Werth 2009).

12.4.2 Gesundheits- und sozialpolitische Handhabung

Strategien der Schadensverminderung

Zu den schadensminimierenden Strategien gehört unter anderem die Aufklärung über mögliche Infektionsrisiken und Maßnahmen zu deren Vermeidung. Darüber hinaus werden niedrigschwellige Zugänge zu Hilfeeinrichtungen bereitgehalten und medikamentöse Behandlungen ausgeweitet. Dies umfasst z.B. Nadeltauschprojekte, Notschlafstellen, Drogenkonsumräume, Safer Use-Kampagnen, Kondomvergabe und auch Impfprogramme gegen Hepatitis A und B sowie Substitutionsbehandlungen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009; Vogt 2009a).

Seniorenwohnheime

Das Konzept von speziellen Seniorenwohnheimen für ältere Drogenabhängige oder die Unterbringung von älteren Drogenabhängigen in normalen Seniorenwohnheimen wird vor dem Hintergrund der Bedarfslage diskutiert. Derzeit existieren derartige Einrichtungen im Rahmen von Modellversuchen. Beide Unterbringungsformen werden jedoch lediglich als Kompromisslösung betrachtet, die nicht allen Bedürfnissen der Personengruppe begegnen kann.

In der Diskussion wird als Argument gegen die Einrichtungen spezieller Seniorenheime für ältere Drogenabhängig angeführt, dass eine Verringerung der (Re-)Integrationschancen der Bewohner sowie eine möglicherweise verstärkte Stigmatisierung und Ausgrenzung durch das Umfeld der Einrichtung zu erwarten wäre. Als Argument für die Einrichtung solcher Heime wird angeführt, dass gleichzeitig Betreuung (psychosoziale Betreuung der Substitutionsbehandlung) und medizinische Behandlung der Bewohner durch geschultes Personal geleistet werden kann. Gegen die Unterbringung in gewöhnlichen Senioreneinrichtungen spräche, dass das Personal der Altenpflege für den Umgang mit Drogenabhängigen, deren Beratung und psychosozialen Betreuung nicht geschult und nicht vorbereitet ist (Ebert &

Sturm 2006; 2009). Drogenabhängige selbst lehnen die Unterbringung in normalen Altenheimen eher ab, da sie unterschiedliche Alltagsabläufe und festgefahrene und für sie schwer zu ändernde Verhaltensangewohnheiten haben, die mit dem Betrieb üblicher Altenheime schwer vereinbar sind. Sie befürchten vielmehr, mit Vorurteilen und Stigmatisierung konfrontiert zu werden (Vogt 2009b).

Ambulant Betreutes Wohnen

In der Drogenhilfe dient das Betreute Wohnen der Stabilisierung der Lebenssituation von Drogenabhängigen nach einer stationären Betreuung. Diese Form der aufsuchenden Betreuung ermöglicht den betreuten Personen ein hohes Maß an Eigenständigkeit in einem privaten Umfeld bei gleichzeitiger Betreuung, die auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sein kann. Für alte Drogenabhängige lassen sich die Vorteile der Altenpflege und der Drogenhilfe in dieser betreuten Wohnform kombinieren (Ebert & Sturm 2006; 2009).

In der Praxis können Wohngruppen des ambulant betreuten Wohnens zum Beispiel für langjährig substituierte Patienten gebildet werden, um die Isolation älterer Drogenabhängiger zu überwinden (Hoffmann, persönliche Mitteilung).

Substitution

Bei der medizinischen Behandlung Opioidabhängiger ist die Substitutionsbehandlung die wichtigste und die häufigste Behandlungsoption. Das Durchschnittsalter der Substituierten liegt einer Studie über die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opioidabhängiger zufolge etwa bei 35 Jahren (Vogt 2009b; Wittchen et al. 2004).

Die psychosoziale Betreuung ist Bestandteil der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger. Es ist anzunehmen, dass ältere Drogenkonsumenten aufgrund ihrer speziellen Situation (Stichwort: doppelte Exklusion) einen gesteigerten Bedarf an psychosozialer Betreuung haben, die ihnen Wege der Reintegration in die Gesellschaft ermöglicht.

Soziale Reintegration älterer Drogenabhängiger

Konzepte zur Reintegration von Drogenabhängigen, die sich speziell an Ältere richten, existieren derzeit (noch) nicht. Bisher sind Ziele der Reintegration hauptsächlich auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt) ausgerichtet. Die Ausarbeitung von Konzepten, die Reintegration auch unter dem Gesichtspunkt der Pflegebedürftigkeit und Fragen der Unterbringung betrachten, stehen derzeit noch aus. Vereinzelt werden solche Konzepte derzeit in Projekten und Modellversuchen erarbeitet.

Bei der Unterbringung pflegebedürftiger Personen sind nicht zuletzt auch Äußerungen der Drogenabhängigen selbst von Interesse. In einer nicht repräsentativen Erhebung befragte Fuhrmann Drogenabhängige, die älter als 40 Jahre sind, nach ihren Vorstellungen und Wünschen für die Zukunft. Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, soziale Reintegration, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Rückkehr in ein geregeltes Alltagsleben wurden als Wunsch genannt (zitiert nach Vogt 2009b). Die Behandlung und Betreuung älterer Dro-

genabhängiger kann derartige, von Betroffenen formulierte Anliegen in die Konzeption von Hilfsangeboten aufnehmen, wenn sie den Erfolg der Reintegration steigern. So entspricht zum Beispiel der Wunsch nach speziellen Unterbringungsmöglichkeiten älterer (Ex-) Drogenabhängiger den Einschätzungen der Drogenhilfe, dass spezialisierte Einrichtungen notwendig sind.

Qualitätssicherung und Best Practice

Vernetzung der Altenpflege und Drogenhilfe

Die Anzahl sowie der Anteil älterer Drogenabhängiger unter den Drogenkonsumenten wird vermutlich auch in Zukunft weiter zunehmen. Diese Menschen werden in einem höheren Maße nicht nur auf medizinische Behandlung der Abhängigkeit und die Drogenhilfe angewiesen sein, sondern auch auf Pflegeleistungen der Altenhilfe. Eine wichtige Rolle wird dabei die Unterbringung in geeigneten Einrichtungen der Altenhilfe oder Krankenpflege spielen. Kooperationsnetzwerke zwischen Altenpflege und Drogenhilfe sind wünschenswert, da Beschäftigte der Altenpflege in der Regel nicht auf besondere Bedürfnisse von Drogenabhängigen vorbereitet sind und Beschäftigte in der Drogenhilfe nicht auf die Bedürfnisse Älterer und Pflegebedürftiger (Kämper 2009; Vogt 2009b).

In der praktischen Arbeit mit Älteren ist der Bedarf an spezifischen Angeboten, die der sozialen und gesundheitlichen Situation der Zielgruppe Rechnung tragen, deutlich erkennbar. Um Angebote strukturiert kombinieren zu können und somit die Gruppe Älterer mit Suchterkrankungen zu erreichen und spezifische Hilfeangebote machen zu können, fehlen bislang gesetzliche Grundlagen, um die Versorgung sicherstellen. Der Vernetzung von bestehenden Diensten, Case Management und dem Ausbau von ambulanten Pflegeleistungen wird dabei besondere Bedeutung zugemessen (Diakonie 2008). Auch Experten der Suchthilfe berichten davon, dass sie zunehmend mit älteren und/oder pflegebedürftigen Patienten konfrontiert sind, was den Ausbau von Kooperationsstrukturen der Pflegedienste und der Drogenhilfe erforderlich macht (Hoffmann, persönliche Mitteilung).

Unterbringung älterer Drogenabhängiger: Modellprojekt LÜSA

Vereinzelt existieren bereits Einrichtungen, die ihre Hilfsangebote auf die spezielle Situation von alten Drogenabhängigen ausgerichtet oder ihr normales Angebot für diese Zielgruppe erweitert haben. Diese werden allerdings als Modellprojekte durchgeführt und haben keinen Regelcharakter.

Das erste dieser Art, das seit 1997 existierende Projekt „Langzeit Übergangs- und Stützungs-Angebot (LüSA)“, setzt seit 2002 das Konzept einer „Dauerwohneinrichtung für alternende und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen“ um. Das Angebot des Projektes beinhaltet dauerhaft stationäre Betreuung älterer, suchtkranker Menschen, aber auch ambulante Wohnformen. Ältere Drogenabhängige können in Wohngemeinschaften die ambulante Hilfe von Drogenhilfe und Altenpflege in Anspruch nehmen. Dabei obliegt es dem Projektträger, stets im Einzelfall zu prüfen, ob Unterstützung primär von einer Bedürftigkeit der Behandlung einer Drogensucht ausgeht oder ob pflegerische Aspekte bei der Inan-

spruchnahme von Hilfsdiensten im Vordergrund stehen (LÜSA 2007). Die Homepage der Einrichtung ist unter dem Link: www.luesa.de im Internet erreichbar.

Einrichtungen mit speziellen Angeboten für Ältere

Einrichtungen, die spezielle Angebote für ältere Drogenkonsumenten bereithalten, können in der Einrichtungssuche der DHS Homepage recherchiert werden. Über 230 Einrichtungen (Beratungsstellen, Ambulante und stationäre Behandlungseinrichtungen) in Deutschland geben an, Angebote für ältere Drogenabhängige bereitzuhalten (<http://www.dhs.de/web/einrichtungssuche/index.php>).

TEIL C: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

13 Bibliographie

13.1 Literatur zum Bericht

AG Freie Wohlfahrtspflege NRW - Arbeitsausschuss Drogen und Sucht (2009). Entwurf zur Verbesserung des Übergangsmanagements bei suchtkranken Gefangenen in die aufnehmende Kommune [online]. Diakonisches Werk Westfalen, Münster. Verfügbar unter: http://www.aidshilfen.de/CMS/newsletter/upload/01_NL_ahnrw/2009/2009_02_04_NL_03/Entwurf1-09_JVA-Uebergangsmanagement_Stand_20090126.pdf [letzter Zugriff: 31.08.2009].

Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis; Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Backmund, M. (2008). HIV-Infektion und Opioidabhängigkeit. Sucht 54 (4) 222-228.

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 (2) 76-77.

Backmund, M., Meyer, K., Holzke, D., & Bernhard-Wehmeier, W. (2008a). Suchtverlauf nach Entlassung aus der qualifizierten Entzugsbehandlung am Klinikum Schwabing (2005-2007). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (4) 215-221.

Backmund, M., Bogner, J., Rockstroh, J., Gölz, J., & Pauli-Volkert, R. (2008b). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.), der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte (DAGNÄ): HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen (IVD). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 187-194.

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.

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. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.

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

Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorder in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? Drug and Alcohol Dependence 99 (1-3) 68-78.

Bernhard-Wehmeier, W., Meyer, K., & Backmund, M. (2009). Auswirkungen unterschiedlich schneller Abdosierungen mit DL-Methadon 1% während der stationären qualifizierten Entzugsbehandlung bei Opioidabhängigen. In: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (Hrsg.): 17.Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin - Abstractband. Berlin.

Bernow, N. & Fehr, C. (2009). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (2) 63-70.

Böger, R. & Schmidt, G. (2008). Analgetika. In: U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.): Arzneimittelverordnungs-Report 2008 231-247. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Böhme, C. (2009). Suchtprävention für Kinder und Jugendliche vor Ort: September 2008 bis Juni 2009. Dokumentation. Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin.

Bonnet, U., Harries-Heder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., & Tossmann, P. (2004). AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie FDN 72 (6) 318-329.

Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

Bundeskriminalamt (BKA) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.

Bundeskriminalamt (BKA) (2008). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2007 - Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.

Bundeskriminalamt (BKA) (2009a). Rauschgift Jahreskurzlage 2008. Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.

Bundeskriminalamt (BKA) (2009b). Rauschgiftkriminalität - Bundeslagebild 2008 - Tabellenanhang. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.

Bundesministerium des Innern (BMI) (2009). Polizeiliche Kriminalstatistik 2008. Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 1 [online]. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=4b94952134b19392b32dbb0550871b49&id=toolbox1.2> [letzter Zugriff 22.07.09]

Bundesverfassungsgericht (2004). 1 BvR 2652/03 vom 21.12.2004, Absatz-Nr. (1 - 34) [online]. Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20041221_1bvr265203.html [letzter Zugriff: 8-8-2008].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008 - Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum (in Bearbeitung). BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009a). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009c). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln (Vorabveröffentlichung).

Casati, A., Pfeiffer-Gerschel, T., & Küfner, H. (2009). Medikamentenmissbrauch: Was Suchtkranke zusätzlich einnehmen. -Ergebnisse des Monitoring Systems Phar-Mon. Suchttherapie (eingereicht).

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., Fry-Smith, A., Day, E., Lintzeris, N., Roberts, T., Burls, A., & Taylor, R. S. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 11 (9) 1-171.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch [online]. Stand: 23.06.2008. DHS, Hamm. Verfügbar unter: <http://www.dhs.de> [letzter Zugriff: 12.08.2009].

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2007a). Rehabilitation 2005. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 159. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2007b). Rehabilitation 2006. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 164. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2008). Rehabilitation 2007. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 169. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.

Diakonie (2008). Sucht im Alter - Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie [online]. Verfügbar unter: http://www.diakonie.de/Texte_09_2008_Sucht_Alter_Positionspapier.pdf [letzter Zugriff: 04-06-2009].

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008). Arbeitsbericht des Drogen- und Sucht-rates von 2006 bis 2008 [online]. Verfügbar unter: http://www.bj-diagnostik.net/downloads/service/_20.pdf [letzter Zugriff: 31.08.2009].

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit, 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.

Dünkel, F., Drenkhahn, K., Dudeck, M., Morgenstern, C. & Zolondek, J. (2009). Langstrafenvollzug und Menschenrechte – Erste Ergebnisse einer international vergleichenden Studie zu den Lebens- und Haftbedingungen von Gefangenen mit langen Freiheitsstrafen. Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Kriminologie, Greifswald.

Ebert, K. & Sturm, S. (2006). "Alte Junkies": Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens? Akzeptanzorientierte Drogenarbeit 3 (3) 19-30.

Ebert, K. & Sturm, S. (2009). „Alte Hasen – neue Hilfen“ – Was muss die Drogenhilfe für alternde Konsumenten tun? In: W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik - Kritische Gegenwartsdiagnosen. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Vol. 45 55-74. VBM, Berlin.

Ebner, N., Wanner, C., Winklbaur, B., Matzenauer, C., Aeschbach Jachmann, C., Thau, K., & Fischer, G. (2008). Chronische Hepatitis C bei opiatabhängigen Patienten: Behandlungserfolg mit pegyliertem Interferon alfa-2a und Ribavirin. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 84.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2009). Preventing later substance use disorders in at risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic Papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.

European Commission (2007). Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the Functions of Government (COFOG). Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.

Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“ des Drogen- und Suchtrates (2009a). Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung für ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention [online]. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Alkohol_Aktionsplan.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Alkohol_Aktionsplan.pdf [letzter Zugriff: 31-08-2009].

Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“ des Drogen- und Suchtrates (2009b). Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung für ein Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention [online]. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_091/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Tabak/Empfehlungen-Nationales-Aktionsprogramm-Tabak.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Empfehlungen-Nationales-Aktionsprogramm-Tabak.pdf [letzter Zugriff: 31-08-2009].

Flöter, S. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Analyse der Länderkurzberichte 2008. DBDD, München (in Bearbeitung).

FOKUS-Institut (2009). Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV) - Ergebnisse einer soziologisch-empirischen Studie. FOKUS-Institut Halle Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e.V., Halle (Saale).

Förster, M. & Thomas, C. (2009). Aspekte der Substanzabhängigkeit im Alter aus geriatrisch-gerontopsychiatrischer Sicht. Suchttherapie 10 (1) 12-16.

Fuchs, W., Martens, M.-S., & Verthein, U. (2008). Opiatabhängige Eltern mit minderjährigen Kindern - Lebenssituation und Risikoindikatoren. Suchttherapie 9 (3) 130-135.

Gerlach, R. & Stöver, H. (2005). Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Giesel, J., Thane, K., & Haasen, C. (2008). Intravenöser Methadonkonsum - Risiken und Auswirkungen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 181-186.

Gudlowski, Y. & Lautenschläger, M. (2008). Einflüsse von Cannabiskonsum auf die Gehirnentwicklung und das Erkrankungsrisiko für schizophrene Psychosen. Das Gesundheitswesen 70 (11) 653-657.

Havemann-Reinecke, U., Küfner, 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.

Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I., & Püschel, K. (2002). Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener: Eine katamnestiche Analyse von Hafterfahrungen von drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. Suchttherapie 3 162-167.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2009). Papilio in Hessen 2006-2008. Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt.

Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2006). Dritter Suchtbericht für das Land Hessen 2003-2004. Hessisches Sozialministerium - Referat Öffentlichkeitsarbeit, Wiesbaden.

Holzbach, R. (2008). Qualifizierter Entzug bei Medikamentenabhängigkeit. Sucht 54 (6) 362.

Kämper, B. (2009). Drogenabhängigkeit und ambulante Pflege - Eine Falldarstellung. Suchttherapie 10 (1) 25-27.

Keppler, K. (2008). Substitution im stationären Setting: Haftanstalten. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 88.

Kleiber, D. & Söllner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.

Klein, M. & Schaunig, I. (2008). Suchtgefährdung im Jugendalter - Welche Rolle spielen schulische Faktoren. Sucht 54 (5) 308.

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1) S3-S86.

Kraus, L. & Baumeister, S. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (Sonderheft 1) 6-15.

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.

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., 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., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A., & Steiner, S. (2008a). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. IFT Institut für Therapieforchung, München.

Kraus, L., Steiner, S. & Pabst, A. (2008b). 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. IFT Institut für Therapieforchung, München.

Krause, J. & Krause, K.-H. (2003). ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Schattauer, Stuttgart.

Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmissbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). Gesundheitswesen 70 (5) 305-314.

Küfner, H., Rösner, S., Pfeiffer-Gerschel, T., & Casati, A. (2009). Missbrauch von Antidepressiva bei Suchtpatienten in psychosozialen Beratungsstellen. Suchtmed 11 (3) 106-114.

Küstner, U., Thomasius, R., Sack, P. M., & Zeichner, D. (2008). Drogenambulanz. In: M. Klein (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen 441-449. Schattauer, Stuttgart.

Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50 (5/6) 600-608.

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2008). Rauschgiftkriminalität - Lagebild Nordrhein-Westfalen 2007. Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Larney, S. & Dolan, K. (2009). A Literature Review of International Implementation of Opioid Substitution Treatment in Prisons: Equivalence of Care? European Addiction Research 15 (2) 107-112.

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.

Lenski, R. & Wichelmann-Werth, B. (2009). Rechtliche und Finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung Älterer Drogenabhängiger in Deutschland [online]. Verfügbar unter: <http://www.sddcare.de/images/PDF/frameworkgermany.pdf> [letzter Zugriff: 18-05-2009].

Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2008). Hypnotika und Sedativa. In: U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2008 605-618. Springer, Heidelberg.

LÜSA (2007). Modellprojekt "Dauerwohneinrichtung für alternde und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen" [online]. Verfügbar unter: <http://www.luesa.de/download/download.php?datei=dawo-konzeptentwurf> [letzter Zugriff: 18-05-2009].

Michels, I. (2008). Fachtagung Psychosoziale Betreuung der Substitution. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 195-202.

Michels, I. I., Stöver, H., and Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany [Open Access]. Harm Reduction Journal 4 (5). Verfügbar unter: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> [letzter Zugriff: 28-8-2007].

Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (im Druck). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Gesundheitswesen.

Müller, O., Bernard, C. & Werse, B. (2007). Bericht - MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2006. CDR Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2008). Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln

Neubacher, D. (2008). Hepatitis C-Therapie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 206-208.

Nickel, J., Ravens-Sieberer, U., Richter, M., & Settertobulte, W. (2008). Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Richter, M. et al. (Hrsg.), S. 63-92. Juventa, Weinheim.

Patzak, J. (2009). Bundesgerichtshof setzt die »nicht geringe Menge« von Metamfetamin von 30 Gramm Metamfetamin-Base auf 5 Gramm Metamfetamin-Base herab. Sucht 55 (1) 30-34.

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 (Supplement 1) 36-42.

Perkonig, 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.

Perkonig, A., Bühringer, G., Arnold, M., Böhm, A., Antoni, J., Erbas, B., Gorgas, B., Hirtziefer, K., Kronthaler, F., Küfner, H., Lubinski, A., Rieger, W., Sonntag, G., Tretter, F., & Wiggenhauser, K. (2009). Verbesserung der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (3) 151-163.

Pfeiffer-Gerschel, T. & Simon, R. (2008). Cannabisbezogene Störungen - Neue Ansätze in Prävention und Behandlung. Sucht 54 (4) 229-233.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009a). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Alle Einrichtungsarten. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender. Sonderauswertung: 40 Jahre und älter. IFT Institut für Therapieforchung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009b). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. IFT Institut für Therapieforchung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009c). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforchung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009d). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009e). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Piontek, D., Kraus, L., & Pabst, A. (2009). The ESPAD Cannabis Module. Cannabis-related problems among adolescents in 17 ESPAD countries. In: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries, Hibell, B. et al. (Hrsg.), S. 164-170. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), Stockholm.

Rabbata, S. (2005). Präventionsgesetz: Verordnete Vorbeugung. Deutsches Ärzteblatt 102 (8) A-477 / B-407 / C-377.

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.

Reimer, J. (2008). Substitution und infektiologische Behandlung in bundesdeutschen Haftanstalten. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 85.

Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poethke, T., and Wolstein, J. (2003). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen [online]. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/076-002.htm> [letzter Zugriff: 28-8-2007].

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. Juventa, Weinheim.

Robert Koch-Institut (RKI) (2007a). Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS - Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt Mai/Juni 2007 [online]. Verfügbar unter: http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Inhalt_KiGGS_Basispublikation_MaiJuni.pdf [letzter Zugriff: 30-8-2009].

Robert Koch-Institut (RKI) (2007b). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Robert Koch-Institut, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2009a). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008. Datenstand: 01. März 2009. Robert Koch-Institut, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2009b). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland Virushepatitis B, C und D im Jahr 2008. Epidemiologisches Bulletin Nr. 20. Robert Koch-Institut, Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2009c). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin Nr. 21. Robert Koch-Institut, Berlin.

Ruhwinkel, B. (2009). Medikamente im Alter. Sucht Magazin 3 18-19.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2009). 1. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht. Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Dresden.

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 376-386. Thieme, Stuttgart.

Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. & Wiessing, L. (2008). Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final Report CT.06.EPI.150.1.0. EMCDDA, Lissabon.

Schäfer, A., Wittchen, H.-U., Backmund, M., Soyka, M., Gözl, J., Siegert, J., Schäfer, M., Tretter, F., & Kraus, M. R. (2009). Psychopathological changes and quality of life in hepatitis C virus-infected, opioid-dependent patients during maintenance therapy. Addiction 104 (4) 630-640.

Schäfer, B. (2009). Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenösen Drogengebrauchern unter Substitutionstherapie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (2) 76-80.

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

Schäufele, M. (2009). Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. Suchttherapie 10 (1) 4-11.

Scherbaum, N. (2008). Psychotherapeutische Behandlung opiatabhängiger Patienten in der Substitution. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 81.

Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Schnackenberg, K., Schulte, B., Haasen, C., Verthein, U., & Reimer, J. (2008). HCV/HIV-Prävalenz bei opiatabhängigen KlientInnen mit und ohne Migrationshintergrund im ambulanten Suchthilfesystem Hamburg. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 107.

Schneider, H. J., Rühl, B., Meyer, K., Keller, R., & Backmund, M. (2008). Efficacy of a Polyethylene Glycol Marker System in Urine Drug Screening in an Opiate Substitution Program. European Addiction Research 14 (4) 186-189.

Schouler-Ocak, M. & Haasen, C. (2008). Sucht und Migration. Sucht 54 (5) 268-270.

Schulte, B., Gansefort, D., Schütt, S., Haasen, C., Verthein, U., & Reimer, J. (2008). Antivirale HCV-Therapie bei Opiatabhängigen in Heroinsubstitution. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 106-107.

Schütze, C., Buth, S., Kalke, J., & Rascke, P. (2007). Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen. Jahresbericht 2006. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Bd. 8. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Kiel.

Schwabe, U. (2007). Arzneimittelsucht - Wird das Ausmaß maßlos überschätzt? [online]. Ärztezeitung 26.04.2007. Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/04/26/077a0602.asp?cat=> [letzter Zugriff: 31-8-2009].

Senatsverwaltung für Gesundheit Soziales und Verbraucherschutz (2005). Evaluation Drogenkonsumräume in Berlin. Pressemitteilung 20.7.2005. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2008). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) 2007 - Berliner Zahlen. Pressemitteilung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009). Zahl der Berliner Drogentoten 2008 sinkt - Drogenhilfesystem bewährt. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.

Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen – Maßnahmen, Mann, K., Havemann-Reinecke, U., & Gassmann, R. (Hrsg.). Lambertus Verlag, Freiburg.

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 Institut für Therapieforschung, München.

Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G., & Kraus, L. (2004). Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland (Forschungsbericht 138). Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn.

Simoni-Wastila, L., Ritter, G., & Strickler, G. (2004). Gender and Other Factors Associated with the Nonmedical Use of Abusable Prescription Drugs. Substance Use & Misuse 39 (1) 1-23.

Smith, M., Bailey, J., Woody, G., & Kleber, H. (2007). Abuse of Buprenorphine in the United States: 2003-2005. Journal of Addictive Diseases 26 (3) 107-111.

Sonnenmoser, M. (2008). Für Jugendliche besonders riskant. Deutsches Ärzteblatt 2008 (1) 34-35.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. IFT Institut für Therapieforschung, München.

Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Der Nervenarzt 76 (1) 72-77.

Soyka, M., Lieb, M., Kagerer, S., Zingg, C., Koller, G., Lehnert, P., Limmer, C., Kuefner, H., & Hennig-Fast, K. (2008a). Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment: results of a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychopharmacology 28 (6) 699-703.

Soyka, M., Zingg, C., Koller, G., & Kuefner, H. (2008b). Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: results from a randomized study. The International Journal of Neuropsychopharmacology 11 (5) 641-653.

Spring, J. F. & Philips, J. L. (2007). The institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programmes and practice. EMT Associates, Folsom, CA.

Statistisches Bundesamt (2008a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2006. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2008b). Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2007. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009a). Rechtspflege - Strafverfolgung 2007. Fachserie 10 Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2009b). Rechtspflege - Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. 2008. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009c). Verkehr - Verkehrsunfälle Dezember 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Step (2008). Jahresbericht 2007 - Schritte in die Zukunft. Step, Hannover.

Step (2009). Jahresbericht 2008 - Schritte in die Zukunft. Step, Hannover.

Stimmel, B. (2007). Buprenorphine Misuse, Abuse and Diversion: When Will We Ever Learn? Journal of Addictive Diseases 26 (3) 1-3.

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., Schulte, B., & Reimer, J. (2009). Drogenabhängigkeit und Versorgungsangebote in Haft. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 11 (1) 31-37.

Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Das DBDD-Einrichtungsregister: Hintergrund, Zielsetzung und aktueller Stand. Sucht 55 (1) 54-55.

Thomasius, R. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Originalarbeit). Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie FDN 72 (12) 679-695.

Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabisforschung. Konturen 32 (3) 32-35.

Thomasius, R. & Stolle, M. (2008a). Der Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen - Die spezifischen Behandlungsanforderungen. Konturen 34 (3) 18-22.

Thomasius, R. & Stolle, M. (2008b). Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen durch Cannabiskonsum. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2008 (2) 225-240.

Thomasius, R. & Stolle, M. (2008c). Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter - diagnostische und therapeutische Strategien. Sucht Aktuell 2 41-48.

Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart

Verthein, U., Neumann, E., Buth, S., & Martens, M. S. (2008). Ambulante Suchthilfe in Hamburg - Statusbericht 2007 der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e.V., Hamburg.

Vogt, I. (2009a). Hilfen für ältere Drogenkranke - EU-Projekt: Senior Drug Dependents and Care Structures - SDDCARE - Zwischenergebnisse [online]. Verfügbar unter: <http://www.sddcare.de/images/PDF/fachtagungvogt> [letzter Zugriff: 19-05-2009].

Vogt, I. (2009b). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. Suchttherapie 10 (1) 17-24.

Vogt, I. & Schmid, M. (2008). Heroinpolitik. Suchttherapie 9 (3) 111-118.

Vogt, I., Simmedinger, R., & Kuplewatzky, N. (2009). Re-Analysis of selected German national and local data [online]. Verfügbar unter: <http://www.sddcare.de/images/PDF/datagermany.pdf> [letzter Zugriff: 18-05-2009].

Walter, U., Krauth, C., Kurtz, V., Salmann, R., & Machleidt, W. (2007). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Der Nervenarzt 78 (9) 1058-1061.

Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., & Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In: Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses, Heide, M. & Lieb, H. (Hrsg.), S. 123-139. Nagel, Bonn.

Wedekind, D. & Havemann-Reinecke, U. (2008). Suchterkrankungen, Komorbidität und das serotonerge System. In: 9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 10 (2) 90.

Werse, B. (Hrsg.) (2008). Drogenmärkte. Strukturen und Szenen des Kleinhandels. Campus Verlag, Frankfurt/Main.

Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2009). Jahresbericht MoSyD - Drogentrends in Frankfurt am Main 2008. Centre for Drug Research, Frankfurt am Main.

Winkler, KR. (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 [online]. Verfügbar unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/fix/17/Wittchen_PREMOS_dgs-info17.doc [letzter Zugriff: 28-8-2008].

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.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Christl, B., Hagenau, K. A., Groß, A., Klotsche, J., & Soyka, M. (2004). Die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opiatabhängiger (COBRA). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 6 (1) 80-87.

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008a). 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 and Alcohol Dependence 95 (3) 245-257.

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, 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 and Alcohol Dependence 95 (3) 245-257.

Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008c). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. International Journal of Methods in Psychiatric Research 17 (S1) S16-S29.

Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonigg, A., Rehm, J., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). A typology of cannabis-related problems among individuals with repeated illegal drug use in the first three decades of life: Evidence for heterogeneity and different treatment needs. Drug and Alcohol Dependence 102 (1-3) 151-157.

13.2 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

Wichtige Einrichtungen

Website	Inhalt
www.bmg.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Federal Ministry for Health
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Federal Center for Health Education (FCHE)
www.dbdd.de	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) German Centre for Addiction Issues
www.drogenbeauftragte.de	Drogenbeauftragte der Bundesregierung Drug Commissioner of the Federal Republic of Germany
www.drugcom.de	BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger FCHE information for young people and party goers
www.drugscouts.de	Landesprojekt in Sachsen für junge Leute Laender project from Saxony for young people
www.emcdda.europa.eu	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html	Goethe Universität Frankfurt am Main Centre For Drug Research (CDR)
www.prevnet.de	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
www.psychologie.tu-dresden.de	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> • Allocated substance abuse treatments to patient heterogeneity • Deutsches Suchtforschungsnetz German Addiction Research Network
www.rki.de	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin
www.suchthh.de	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Büro für Suchtprävention

Website	Inhalt
www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Websites zu Forschungseinrichtungen

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den Websites der Forschungsverbünde:

Website	Inhalt
www.bw-suchtweb.de/	Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg
www.psychologie.tu-dresden.de/asat/	Suchtforschungsverbund Bayern/Sachsen
www.suchtforschungsverbund-nrw.de/	Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen
www.medizin.uni-greifwald.de/epidem/forschung/intervention/earlint_koord.html	Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT))
www.dg-sucht.de	Deutsche Gesellschaft für Sucht
www.heroinstudie.de	Deutsche Heroinstudie
www.premos-studie.de	Premos-Studie
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/en/137.php?PHPSESSID=d0a4c0911d2d3f8182463a3536a75789	Suchtforschung gefördert vom Ministerium für Erziehung und Wissenschaften

Websites anderer relevanter Institutionen/Arbeitsgruppen

Website	Inhalt
www.fachstelle-faire.de	Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker
www.zis-hamburg.de	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg
www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html	Zentrum für Drogenforschung der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt/M.
www.indro-online.de	Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster
www.zi-mannheim.de	Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
www.fh-frankfurt.de/de/forschung	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main
www.iss-ffm.de	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M.
www.psychologie.tu-dresden.de/klinische/	Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden
www.addiction.de	Kompetenzplattform Suchtforschung an der katholischen Fachhochschule NRW

Website	Inhalt
www.suchtforschungsverbund.de	Suchtforschungsverbund an Fachhochschulen (SFFH) mit den Standorten Frankfurt/M., Köln, Aachen und Mainz
www.ift.de	Institut für Therapieforschung München
www.indro-online.de	Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster

Spezifische Cannabisprojekte

Website	Inhalt
www.dhs.de/web/projekte/cannabis.php	Projekt „AVerCa“, das sich den Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs zum Ziel gesetzt hat
www.candis-project.de	Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen
www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1351270/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/Glossar-Drogenbeauftragte/Projekt_20Can_20Stop.html	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
www.drugcom.de	Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de . nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum
www.incant.de	International Cannabis Need of Treatment Study
www.realize-it.org	Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz
www.be-u-online.de	Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt

Partyprojekte

Website	Inhalt
www.partypack.de	Drogenhilfe Köln e.V.
www.drugscouts.de	SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig
www.eve-rave.net	Verein zur Förderung der Partykultur und Minderung der Drogenproblematik e.V. Berlin
www.party-project.de	Party Project e.V. Bremen
www.chill-out.de	chill-out - gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen
www.alice-project.de	Alice Projekt - Frankfurt
www.drobs-hannover.de	Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover

14 Tabellen

Tabelle 2.1	Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland	28
Tabelle 2.2	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen	30
Tabelle 2.3	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht (M/F) und Substanzen (12-25 Jahre) (DAS 2008).....	31
Tabelle 2.4	„Spice“ – Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz sowie mehr als 5maliger Konsum (%) in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährige nach Altersjahrgängen (MoSyD).....	39
Tabelle 2.5	Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien	41
Tabelle 2.6	Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien.....	42
Tabelle 4.1	Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2004 bis 2007 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)	66
Tabelle 5.1	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2008)	87
Tabelle 5.2	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2008)	88
Tabelle 5.3	Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2008).....	89
Tabelle 5.4	Zahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2008).....	89
Tabelle 5.5	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	91
Tabelle 5.6	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2008)	93
Tabelle 5.7	Rehabilitation bei Suchtproblemen (Entwöhnungsbehandlungen)	98
Tabelle 5.8	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2004-2007	99
Tabelle 5.9	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2002-2008).....	99
Tabelle 6.1	Drogentodesfälle 2003-2008 nach Substanzen	114
Tabelle 6.2	Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend	120
Tabelle 8.1	Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen	128
Tabelle 9.1	Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen.....	141
Tabelle 9.2	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte.....	143
Tabelle 9.3	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen	145

Tabelle 9.4	Anteil intravenöser Drogenkonsumenten und drogenassoziierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung.....	146
Tabelle 10.1	Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2007 und 2008.....	153
Tabelle 10.2	Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000	155
Tabelle 10.3	Preise verschiedener Drogen 2007 bis 2008 (alle Preise in €).....	156
Tabelle 10.4	Kleinhandelspreise (in €/g) verschiedener Drogen 2007-2008 in Frankfurt/M.....	157
Tabelle 10.5	Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1998 bis 2008 (Median) in Prozent.....	157
Tabelle 10.6	Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE	159
Tabelle 11.1	Produktpalette von Head-/Growshops	163
Tabelle 11.2	Form des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten nach ESA 2006	165
Tabelle 11.3	Sicherstellung von Cannabispflanzen	169
Tabelle 11.4	Sicherstellungsmengen von Cannabis in Deutschland 1998 bis 2008	172
Tabelle 12.1	Hauptdiagnose und Alter bei Betreuungsbeginn.....	179
Tabelle 12.2	Alter bei Erstkonsum	180
Tabelle 12.3	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	180
Tabelle 12.4	Lebenssituation	181
Tabelle 12.5	Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	181
Tabelle 12.6	Vermittlung zur Betreuung	182

15 Abbildungen

Abbildung 2.1	Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen 1979-2008 (DAS).....	35
Abbildung 2.2	Regelmäßiger Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen 1993-2008 (DAS).....	36
Abbildung 2.3	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2008 (MoSyD).....	37
Abbildung 2.4	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2008 (MoSyD)	38
Abbildung 3.1	Thematisierte Verhaltenssuchte.....	49
Abbildung 3.2	Settings von Präventionsmaßnahmen	50
Abbildung 4.1	In Phar-Mon dokumentierte Anteile missbräuchlichen Konsums von Substitutionsmitteln zwischen 2002 und 2008	73
Abbildung 4.2	Verlauf des Substitutionsmittel und Tranquilizer/Hypnotika Missbrauchs zwischen 2002 und 2008 für Patienten der Hauptdiagnosegruppe Opioide	74
Abbildung 5.1	Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2008)	94
Abbildung 5.2	Langfristige Veränderungen der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant, 1994-2008; 1994=100%).....	97
Abbildung 6.1	Codierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2007).....	117
Abbildung 6.2	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen 1998-2007.....	118
Abbildung 6.3	Drogenbezogene Todesfälle nach Geschlecht und Altersgruppe im Vergleich 1998 und 2007	118
Abbildung 6.4	Verteilung der Substanzkategorien bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2007 mit ICD X/Y- Codierung	119
Abbildung 9.1	Entwicklung von Handelsdelikten.....	136
Abbildung 9.2	Entwicklung von Konsumdelikten.....	137
Abbildung 9.3	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.....	139
Abbildung 9.4	Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.....	140

Abbildung 10.1	Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 1997 bis 2008	154
Abbildung 10.2	Wirkstoffgehalt von Cannabis.....	158
Abbildung 10.3	Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetaminen	160
Abbildung 11.1	Anteile von Marihuana und Cannabis an Zahl und Menge der Cannabissicherstellungen	164
Abbildung 11.2	Handelspreise von Cannabis	167
Abbildung 12.1	Anteile der über 40-jährigen Personen an allen Patienten mit einer Opioid-Hauptdiagnose in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen 2000-2007	175
Abbildung 12.2	Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn von Personen mit einer Opioid-Hauptdiagnose in ambulanten Einrichtungen 2002-2007	175
Abbildung 12.3	Anzahl vollstationär in Krankenhäusern behandelter Patienten über 40 Jahre (Diagnosen: F11-F16, F18-F19; 2000-2007)	176
Abbildung 12.4	Drogentote insgesamt und Drogentote über 30 Jahre	177
Abbildung 12.5	Anteil der Drogentoten über 30 Jahren an Drogentoten insgesamt	178