



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



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

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Unter Mitarbeit von
Alicia Casati, IFT Institut für Therapieforschung

Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

Neue Entwicklungen und Trends

DEUTSCHLAND

Drogensituation 2012/2013

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

Verantwortlich für Kapitel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 10

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel (Leiter der DBDD)	Parzivalstr. 25
Dr. Stephanie Flöter	D - 80804 München
Dr. Ingo Kipke	Tel.: +49 (0) 89 - 360804-40
Lisa Jakob	Fax: +49 (0) 89 - 360804-49
Alicia Casati	E-Mail: pfeiffer-gerschel@ift.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Prävention)

Verantwortlich für Kapitel 3

Axel Budde
Michaela Goecke

Ostmerheimer Str. 220
D - 51109 Köln
Tel.: +49 (0) 221 - 8992-529
Fax: +49 (0) 221 - 8992-300
E-Mail: axel.budde@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Verantwortlich für Kapitel 5

Christina Rummel
Gabriele Bartsch

Westenwall 4
D - 59065 Hamm
Tel.: +49 (0) 2381 - 9015-24
Fax: +49 (0) 2381 - 9015-30
E-Mail: rummel@dhs.de

Nationale Experten

Die DBDD benennt im Rahmen ihrer Tätigkeit als Knotenpunkt für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) nationale Experten für die fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren. Diese Experten dienen als Ansprechpartner für die EBDD und nehmen an den jährlichen europäischen und nationalen Expertentreffen zur Harmonisierung und Weiterentwicklung der Schlüsselindikatoren teil. Zusätzlich tragen sie durch das Verfassen von Texten und durch Rückmeldung zu den Entwurfsfassungen der einzelnen Kapitel zur Entstehung dieses Jahresberichts bei.

- Schlüsselindikator Bevölkerungsumfragen (Kapitel 2)
Nationaler Experte: Dr. Ludwig Kraus, IFT München
- Schlüsselindikator Prävalenzschätzung zum problematischen Drogenkonsum (Kapitel 4)
Nationaler Experte: Dr. Ludwig Kraus, IFT München
- Schlüsselindikator Drogenbezogene Infektionskrankheiten (Kapitel 6)
Nationale Expertin: Dr. Ruth Zimmermann, Robert Koch-Institut
- Schlüsselindikator Behandlungsnachfrage (Kapitel 5)
Nationaler Experte: Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel, IFT München
- Schlüsselindikator Drogenbezogene Todesfälle (Kapitel 6)
Nationaler Experte: Dr. Axel Heinemann, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Neben den oben genannten Personen haben weitere Experten an der Erstellung des Jahresberichts mitgewirkt:

Heiko Hergenbahn, BKA Wiesbaden (Kapitel 10), Boris Orth, BZgA (Kapitel 2 und 10), Dr. Bernd Werse, CDR Frankfurt (Kapitel 2).

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..... 9

1.3.1 Nationale Strategie 9

1.3.2 Implementierung und Evaluation der nationalen Strategie..... 11

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik..... 18

1.3.4 Koordinierung 18

1.4 Ökonomische Analyse 18

1.4.1 Einleitung 18

1.4.2 Öffentliche Ausgaben und Budgets..... 19

1.4.3 Soziale Kosten..... 20

2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG UND SPEZIFISCHEN UNTERGRUPPEN 21

2.1 Überblick..... 21

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung 25

2.2.1	Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen	25
2.2.2	Konsum einzelner Drogen im Vergleich	26
2.3	Drogenkonsum in der Schule und unter Jugendlichen	31
2.3.1	Konsum legaler psychotroper Substanzen.....	32
2.3.2	Konsum illegaler Drogen	33
2.4	Drogenkonsum in spezifischen Gruppen	48
2.5	Weitere Forschungsergebnisse und Befunde.....	51
3	PRÄVENTION	55
3.1	Überblick.....	55
3.1.1	Institutionelle Grundlagen und Rahmenbedingungen	55
3.1.2	Aktuelle Entwicklungen und Trends	55
3.1.3	Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention	58
3.2	Universelle Prävention	60
3.2.1	Schule.....	61
3.2.2	Familie	63
3.2.3	Kommunale Prävention	64
3.2.4	Freizeit und Sportvereine	65
3.3	Selektive Prävention	66
3.3.1	Risikogruppen.....	66
3.3.2	Risikofamilien.....	67
3.3.3	Selektive Prävention im Freizeitbereich	69
3.4	Indizierte Prävention	70
3.4.1	Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten.....	70
3.4.2	Kinder mit ADHS.....	71
3.4.3	Früherkennung und Frühintervention	71
3.4.4	Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen.....	72
4	PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM.....	75
4.1	Überblick.....	75
4.2	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum	77
4.2.1	EBDD-Schätzverfahren (Indirekte Schätzungen).....	77
4.2.2	Inzidenzschätzungen über problematischen Drogenkonsum.....	80

4.3	Daten zu problematischen Drogenkonsumenten, die nicht auf Behandlungsdaten beruhen.....	80
4.4	Intensiver, häufiger, langzeitlicher und anderer problematischer Gebrauch von Drogen	81
4.4.1	Gebrauchsformen außerhalb der PDU-Definition der EMCDDA	81
4.4.2	Prävalenzschätzungen bei intensivem, häufigem, langzeitlichem und anderen problematischen Konsumformen außerhalb der PDU-Definition	81
4.4.3	Missbrauch von Medikamenten	84
5	DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG: BEHANDLUNGSNACHFRAGE UND BEHANDLUNGSVERFÜGBARKEIT	91
5.1	Überblick.....	91
5.2	Strategie, Politik.....	94
5.3	Behandlungssystem	96
5.3.1	Organisation und Qualitätssicherung	97
5.3.2	Verfügbarkeit und Behandlungsformen.....	100
5.4	Charakteristika der behandelten Personen.....	102
5.4.1	Ambulante Behandlung	102
5.4.2	Stationäre Behandlung	108
5.5	Behandlungstrends.....	112
5.5.1	Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich	112
5.5.2	Substitutionsbehandlung	117
5.5.3	Andere aktuelle Entwicklungen	120
6	GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN.....	125
6.1	Überblick.....	125
6.1.1	Infektionskrankheiten.....	125
6.1.2	Drogenbezogene Todesfälle	126
6.2	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	128
6.2.1	HIV/AIDS und virale Hepatitiden B und C	128
6.2.2	Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektions-krankheiten	132
6.2.3	Daten zu Risikoverhaltensweisen.....	133
6.3	Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen ...	133
6.3.1	Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle.....	133

6.3.2	Andere interessante Themen	136
6.4	Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten	139
6.4.1	Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen)	139
6.4.2	Sterblichkeit und Todesfälle unter Drogenkonsumenten (Kohortenstudien über Todesfälle)	144
6.4.3	Spezifische Todesfälle, die indirekt in Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen	145
7	UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS	147
7.1	Überblick	147
7.2	Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von	147
7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten	148
7.4	Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter	153
8	SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND SOZIALE WIEDEREINGLIEDERUNG.....	155
8.1	Überblick	155
8.2	Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum	155
8.2.1	Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten	155
8.2.2	Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen	156
8.3	Soziale Reintegration	156
8.3.1	Unterkunft	157
8.3.2	Bildung, berufliche Ausbildung	157
8.3.3	Beschäftigung	157
9	DROGENBEZOGENE KRIMINALITÄT, PRÄVENTION VON DROGENBEZOGENER KRIMINALITÄT UND GEFÄNGNIS.....	159
9.1	Überblick	159
9.2	Drogenbezogene Kriminalität	159
9.2.1	Gesetzesverstöße in Zusammenhang mit Drogen	159
9.2.2	Andere Kriminalität in Zusammenhang mit Drogen	166
9.3	Prävention von drogenbezogener Kriminalität	168
9.4	Interventionen im Strafjustizsystem	169
9.4.1	Alternativen zu Gefängnisstrafen	169

9.4.2	Andere Interventionen im Strafjustizsystem	171
9.5	Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen.....	171
9.5.1	Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten	176
9.5.2	Verhinderung von Überdosen nach Haftentlassung.....	177
9.6	Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung	178
10	DROGENMÄRKTE.....	179
10.1	Überblick.....	179
10.2	Verfügbarkeit und Versorgung.....	181
10.2.1	Wahrgenommene Verfügbarkeit, Kontakt und Zugang	181
10.2.2	Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe.....	185
10.2.3	Handelsmuster, nationale und internationale Ströme, Wege, modi operandi und Organisation von heimischen Drogenmärkten	186
10.3	Beschlagnahmungen	187
10.3.1	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen	187
10.3.2	Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen von Grundstoffen zur Produktion von illegalen Drogen.....	190
10.3.3	Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten	190
10.4	Preis / Reinheit	191
10.4.1	Preise illegaler Drogen auf Wiederverkaufsebene	191
10.4.2	Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen.....	194
	TEIL B: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG.....	197
11	BIBLIOGRAPHIE	197
11.1	Literatur zum Bericht.....	197
11.2	Websites	214
12	TABELLEN.....	217
13	ABBILDUNGEN	219

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AlkopopStG	Alkopopsteuergesetz
AMG	Arzneimittelgesetz
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
APA	American Psychiatric Association
APAAN	α -Phenylacetoacetonitril
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
AVerCa	Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BADO	Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich
BÄK	Bundesärztekammer
BayStVollzG	Bayerisches Strafvollzugsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BbgJVollzG	Brandenburgisches Justizvollzugsgesetz
BBBSD	Big Brothers Big Sisters Deutschland
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BKA	Bundeskriminalamt
bke	Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BMK	Benzylmethylketon
BNichtrSchG	Bundesnichtraucherschutzgesetz
BtM	Betäubungsmittel
BtMÄndV	Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz

BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CaSu	Caritas Suchthilfe
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CDR	Centre for Drug Research
CND	Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CRA	Community Reinforcement Approach
CTC	Communities That Care
DAH	Deutsche Aidshilfe
DAS	Drogenaffinitätsstudie der BZgA
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DDD	Definierte Tagesdosis (defined daily dose)
DeStatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DG-SPS	Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
DHC	Dihydrocodein
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DmMV	Dopingmittel-Mengen-Verordnungen
Dot.sys	Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention
DPIP	Drug Prevention and Information Programme
DRUCK	Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSR	Drogen- und Suchtrat
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
EBDD/EMCDDA	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EKhd	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
ESA	Epidemiological Survey of Addiction (früher „Bundesstudie“)
ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
EU	Europäische Union
EU-DAP	European Drug Prevention Trial
EUFAS	European Federation of Addiction Societies
FCTC	Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle
fdr	Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.
FDR	Falldatei Rauschgift
FeV	Fahrerlaubnisverordnung
fMRI	funktionelle Magnetresonanztomographie
FreD	Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten
GastG	Gaststättengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBL	γ -Butyrolacton
GG	Grundgesetz
GHB	Gammahydroxybutyrat
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVS	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
HBSC	Studie "Health Behavior in School-aged Children"
HBV	Hepatitis B-Virus
HCV	Hepatitis C-Virus
HD	Hauptdiagnose
HDG	Horizontale Gruppe "Drogen" des Rates der Europäischen Union
HGB	Heroin gestützte Substitutionsbehandlung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLS	Hessische Landesstelle für Suchtfragen
HmbStVollzG	Hamburgisches Strafvollzugsgesetz
HStVollzG	Hessisches Strafvollzugsgesetz
HVV	Hamburger Verkehrsverbund
ICD	International Classification of Diseases
IFT	Institut für Therapieforschung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IMK	Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder
INCB	Suchtstoffkontrollamt der Vereinten Nationen

IPA	Instrument für Heranführungshilfe (Instrument for Pre-Accession Assistance)
ISFF	Institut für Suchtforschung Frankfurt/Main
ITT	Intention-to-Treat
i.v.	intravenös
IVD	intravenös Drogengebrauchende
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JUP	Jugendpsychotherapie
JuSchG	Jugendschutzgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt
JVollzGB	Justizvollzugsgesetzbuch
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KBS	Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KE	Konsumeinheit
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
KI	Konfidenzintervall
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
KOALA e.V.	Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.
KOLIBRI	Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit
KT	Kriminaltechnisches Institut
LJVollzG	Landesjustizvollzugsgesetz
LKA / LKÄ	Landeskriminalamt / Landeskriminalämter
LMS	Local Monitoring System
LSA	D-Lysergsäureamid
LSD	Lysergsäurediethylamid
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LZ	Lebenszeit
M-CIDI	Münchener Composite International Diagnostic Interview
m-CPP	1-(3-Chlorphenyl)piperazin
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDFT	Multidimensionale Familientherapie
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
MI	Motivational Interviewing
MODRUS IV	Vierte Studie "Moderne Drogen- und Suchtprävention"

MoSyD	Frankfurter Monitoringsystem Drogen
MPH	Methylphenidat
MRV	Maßregelvollzug
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MuSchuG	Mutterschutzgesetz
MVV-RL	Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“
NEWIP	Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project
NJVollzG	Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz
NPS	neue psychoaktive Substanzen
NRW	Nordrhein-Westfalen
OMT	Aufrechterhaltender Substitutionsbehandlung (Opioid Maintenance Treatment)
OST	Opioid-Substitutionstherapie
PDMP	Prescription Drug Monitoring Programme
PDU	Problem Drug Use (Epidemiologischer Schlüsselindikator der EBDD)
PHP	Public Health Programme
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PREMOS	Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment - Studie
ProPK	Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
RC	Research Chemicals
RCT	randomisiert-kontrollierte Studie
REITOX	Europäisches Informationsnetzwerk zu Drogen und Sucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RKI	Robert Koch-Institut
RV	Rentenversicherung
SächsStVollzG	Sächsisches Strafvollzugsgesetz
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SKOLL	Selbstkontrolltraining
SLStVollzG	Saarländisches Strafvollzugsgesetz
SPIN	Sozialräumliche Prävention in Netzwerken
SQ	Strukturierter Fragebogen
ST	Standardtabelle
StGB	Strafgesetzbuch
StMJV	Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
StVG	Straßenverkehrsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung

StVollzG	Strafvollzugsgesetz
StVollzG M-V	Strafvollzugsgesetz Mecklenburg-Vorpommern
TAU	Treatment as usual
TDI	Treatment Demand Indicator (Epidemiologischer Schlüsselindikator der EBDD)
THC	Tetrahydrocannabinol
UdSSR	Sowjetunion
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UNODC	Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZIS	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung

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 REITOX¹-Knotenpunkt) dient.

Die Berichterstattung an die EBDD konzentriert sich weitgehend auf illegale Drogen. Die Verbreitung und der Konsum anderer Substanzen (v. a. Alkohol und Tabak) werden in diesem Kontext vor allem dann berücksichtigt, wenn sie z. B. in Verbindung mit illegalen Substanzen in Erscheinung treten oder konsumiert werden. Im Unterschied zur Fokussierung der EBDD auf illegale Drogen verfolgt die deutsche Sucht- und Drogenpolitik einen ganzheitlichen Ansatz, der "Sucht" umfassend betrachtet und auch der Relevanz anderer Stoffe (v. a. Alkohol und Tabak) und verwandter Probleme (z. B. pathologisches Glücksspiel) Rechnung trägt (vgl. dazu auch die Ausführungen zur Nationalen Strategie in Kapitel 1). Aufgrund der europäischen Vorgaben an die Berichterstattung wird dieser umfassende Ansatz in der jährlichen REITOX-Berichterstattung aber nur teilweise abgebildet.

Der aktuelle Bericht der DBDD für das Berichtsjahr 2012/2013 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 2012, berücksichtigt aber auch neuere Ergebnisse aus 2013, 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. Diese Teile des Berichtes sind optisch abgesetzt (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

¹ Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies.

EBDD verwiesen, die eine Reihe von Informationen enthalten und über das Statistische Bulletin der EBDD verfügbar sind². Auf Anfrage werden sie gern auch über die DBDD elektronisch zur Verfügung gestellt.

Der diesjährige Bericht enthält im Gegensatz zu den Vorjahren keine Sonderkapitel, in denen spezielle Themen oder Aspekte vertieft analysiert werden. Diese Form der Sonderkapitel wurde durch interaktive Onlineberichte namens „Perspectives on Drugs“ abgelöst, die unter <http://www.emcdda.europa.eu/edr2013> abrufbar sind und in diesem Jahr die Themen „Kampagnen der Massenmedien“, „Hepatitis-C-Behandlung“, „Synthetische Cannabinoide“, „Prävention tödlicher Überdosen“, „Trends des Heroinkonsums“, „Die neue EU-Drogenstrategie“, „Kontrolle neuer Drogen“, „Regelmäßige Cannabiskonsumenten“, „Synthetische Drogenproduktion“, „Kokain bezogene Notfälle“ sowie „Legale Abgabe von Cannabis“ behandeln.

Im Namen der DBDD möchte ich allen Expertinnen und Experten, die uns auch in diesem Jahr durch ihre Arbeit unterstützt und uns mit vielen wertvollen Informationen versorgt haben, für die Zusammenarbeit während des vergangenen Jahres ausdrücklich danken. Nur dank eines großen Netzwerkes ist die umfangreiche und übergreifende REITOX-Berichterstattung möglich.

Abschließend möchte ich Sie noch auf die 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.

München, August 2013

Tim Pfeiffer-Gerschel

Geschäftsführer der DBDD

² www.emcdda.europa.eu/stats13

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 Institut für Therapieforchung (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

Die deutsche Drogen- und Suchtpolitik verfolgt einen substanzübergreifenden Ansatz, der gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen an die Drogen- und Suchtpolitik und aktueller Entwicklungen hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012 eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ vorgestellt. Ziel der Drogen- und Suchtpolitik ist, wie bereits in der Vergangenheit, die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel sowie die Vermeidung der drogen- und suchtbedingten Probleme in der Gesellschaft. Die Nationale Strategie versteht sich als gesundheitspolitische Leitlinie für eine moderne Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland.

Mit der 27. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) wurden mit Wirkung zum 17.07.2013 26 neue psychoaktive Substanzen in die Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen. Bei den Substanzen handelt es sich um synthetische Cannabinoide sowie um synthetische Derivate des Cathinons, Amphetamins und Phencyclidins. Ebenfalls dem BtMG unterstellt werden die beiden Benzodiazepine Etizolam und Phenazepam.

Am 17. Januar 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)“ für den Bereich der diamorphingestützten Behandlung von Schwerstopiatabhängigen beschlossen. Die neuen Regelungen sehen für die diamorphinsubstituierenden Einrichtungen Erleichterungen bei den räumlichen und personellen Anforderungen vor. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs bei über 60-jährigen Menschen hat das Bundesgesundheitsministerium einen Förderschwerpunkt zu Sucht im Alter aufgelegt. Darüber hinaus wurden auch im Berichtsjahr wieder zahlreiche Projekte auf regionaler, Bundes- oder internationaler Ebene im Drogenbereich mit Unterstützung insbesondere des BMG durchgeführt.

Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen

2013 sind die Ergebnisse des aktuellen epidemiologischen Suchtsurveys (ESA), der 2012 durchgeführt wurde, veröffentlicht worden. Demnach hat nach wie vor rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen. Unverändert bei etwa 5 % liegt der Anteil derjenigen Erwachsenen, der in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert hat, weniger als 3 % haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Cannabis ist nach wie vor die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nennenswerte Werte erreichen darüber hinaus nur noch in absteigender Reihenfolge Kokain, Amphetamine und Ecstasy (jeweils bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz). Der Konsum von Heroin, LSD, Pilzen und Crack ist nach wie vor auf bestimmte und zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppen beschränkt. Unter einem Prozent liegt in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung auch die Lebenszeitprävalenz für sogenannte „Neue Psychoaktive Substanzen“ (NPS)³, die 12-Monats-Prävalenz ist mit der von Heroin vergleichbar.

Die Ergebnisse der letzten Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie die Ergebnisse der deutschen Erhebung im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurden bereits im REITOX-Bericht 2012 vorgestellt. In Ergänzung zum aktuellen ESA wurden 2013 auch Ergebnisse der aktuellen Schülerbefragung im Rahmen des Frankfurter Monitoringsystems Drogen (MoSyD), und aus der offenen Drogenszene Frankfurt vorgelegt. Darüber hinaus liegen aus dem MoSyD auch Informationen aus dem Trendscoutpanel vor. 2013 liegen weiterhin aktuelle Daten aus der Erhebung „Hamburger Schulbus“ vor. Zum fünften Mal (zuletzt: 2009) liegen damit neben den Daten aus Frankfurt auch Angaben aus einer zweiten deutschen Großstadt zum Substanzkonsum unter (14- bis 17-jährigen) Schülern vor. Abschließend werden auch noch Daten aus einer (bereits Ende des Schuljahres 2009/2010 durchgeführten) Erhebung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) im Saarland vorgestellt. Das KFN hat hier repräsentative Befragungen unter Schülern der vierten und neunten Jahrgangsstufe zum Thema delinquentes Verhalten und dessen Bedingungsfaktoren durchgeführt.

Prävention

Im Zusammenwirken von Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention konnte in Deutschland das Rauchverhalten von Jugendlichen auf einen historischen Tiefstand gesenkt werden.

Cannabis ist die unter 12-bis 25-Jährigen am häufigsten konsumierte illegale Droge. Daher bleibt es erforderlich, Cannabis in geeigneten präventiven Maßnahmen zu thematisieren.

³ Im Rahmen der Datenerhebung zum ESA wurde nach „Spice, Smoke, Space, Badesalzen, Cathinonen o.a.“ gefragt. Damit handelt es sich um eine Mischkategorie einzelner Produkte sowie verschiedener Gruppen von Substanzen, die teilweise auch so genannte „Legal Highs“ sowie „Research Chemicals“ jenseits der (cannabinoidhaltigen) Räuchermischungen beinhalten. „Spice“ und vergleichbare Kräutermischungen (die nachweislich synthetische Cannabinoide enthalten) sind bereits Anfang 2009 infolge gesetzlicher Änderungen weitgehend vom Markt verschwunden, wenngleich in den Folgejahren immer wieder ähnliche Produkte auf dem Markt erschienen sind, die vor allem über das Internet vertrieben werden.

Gerade der gleichzeitige Konsum von Alkohol und einer illegalen Droge stellt ein weit verbreitetes Risikoverhalten dar. Die Fachkräfte in der Suchtprävention reagieren darauf mit einer hohen Anzahl von präventiven Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug gerade zu Alkohol und Cannabis, um so den risikoarmen Umgang mit Alkohol zu fördern und den Konsum von legalen und illegalen Suchtstoffen in allen Altersgruppen der Bevölkerung zu reduzieren. Besonders der Rückgang der Drogenerfahrung, der sich bei Jugendlichen zeigt, soll weiter befördert werden, um darüber Veränderungen auch bei jungen Erwachsenen zu erzielen. Die Zugangswege über die „Neuen Medien“, wie das Internet oder soziale Netzwerke, sind ebenso bedeutsam in der Suchtprävention wie die Hinweise auf (Online-) Ausstiegshilfen oder die Angebote lokaler Beratungsstellen.

Neben substanzbezogenen Präventionsaktivitäten sind substanzübergreifende Maßnahmen wie zum Beispiel die Förderung von Gesundheits-, Risiko- und Lebenskompetenzen sowie die Bildung kritischer Einstellungen gegenüber Suchtstoffen in Deutschland etwa gleich weit verbreitet.

Im Themenfeld universelle Suchtprävention sind Eltern neben Kindern und Jugendlichen vor allem für substanzübergreifende Maßnahmen eine wichtige Zielgruppe. Eltern werden häufig im Setting Schule angesprochen sowie als direkte Zielgruppe in der familienbasierten Prävention. Neben der Förderung der Erziehungs- und Handlungskompetenzen von Erziehungsberechtigten und der Stärkung des Zusammenhalts in der Familie wird Eltern ihre Vorbildfunktion für den Substanzkonsum ihrer Kinder bewusst gemacht. Der Freizeit- und Sportbereich stellt neben den Arbeitsfeldern Schule, Familie und Kommune für universell oder selektiv angelegte frühe Präventionsaktivitäten ein wichtiges Betätigungsfeld dar. Die flächendeckende Existenz von Sportvereinen ermöglicht eine hohe Erreichbarkeit auch von sozial benachteiligten Gruppen.

Problematischer Drogenkonsum

2013 wurde das Verfahren zur Schätzung von Personen mit problematischem (d. h. riskantem, schädlichem und abhängigem) Heroinkonsum für den Multiplikator „Behandlungsnachfrage“ überarbeitet und basiert nun auf den gemeldeten Klientenzahlen in ambulanter und stationärer Betreuung, der Gesamtzahl der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sowie auf einem Multiplikator für die Erreichung der Zielgruppe. Dieses Verfahren wurde (z. T. rückwirkend) auf die Jahre seit 2005 angewendet.

Berechnungen des Umfangs problematischen Konsums von Heroin auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung von 62.000 und 203.000 Personen (1,1 bis 3,8 Personen pro 1.000 Einwohner) in der Altersgruppe 15-64 Jahre. Seit 2005 sind die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“ rückläufig. Auch für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ gilt dies für die Jahre seit 2008. Die Schätzwerte aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ sind zwischen 2005 und 2007 gesunken, zum Jahr 2008 hin deutlich gestiegen und nach nur leichten Schwankungen in den Jahren 2008 und 2009 wieder leicht angestiegen. Es ist also keine eindeutige Tendenz zu beobachten.

Es werden Daten aus der Szenebefragung der aktuellen MoSyD-Studie vorgestellt. Die Daten zeigen, dass in der offenen Drogenszene in Frankfurt Heroin und Crack im Hinblick auf die Anteile täglicher Konsumenten nach wie vor dominieren (68 % bzw. 75 %). Nicht verschriebene Substitutionsmittel spielen für den aktuellen Konsum nur bei einem kleinen Teil der Szeneangehörigen eine Rolle (30-Tages-Prävalenz von Methadon: 12 % bzw. Buprenorphin: 7 %; 24-Stunden-Prävalenz von Methadon: 3 % bzw. Buprenorphin: 1 %). Ein regelmäßiger bzw. alltäglicher Konsum dieser Substanzen ohne Verschreibung scheint also nach wie vor auf Einzelfälle beschränkt zu sein.

Zudem werden Ergebnisse des Projekts Phar-Mon vorgestellt. Sein Ziel ist es, das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Arzneimitteln zu erfassen sowie einen Beitrag zur Identifikation von Trends des missbräuchlichen Konsums zu leisten.

Behandlung: Behandlungsnachfrage und Behandlungsverfügbarkeit

Weniger als die Hälfte (41,1 %; 2011: 44,9 %) der Klienten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulante Suchtberatungsstellen kommen, hatten 2012 ein primäres Problem aufgrund des Konsums von Opioiden, etwas mehr als ein Drittel (36,5 %; 2011: 34,7 %) litten primär unter einem Cannabisproblem. Bei den Personen, die das erste Mal in Suchtbehandlung waren, lag der Anteil der Cannabisfälle bei 58,4 % (2011: 56,6 %), Opioide spielen in dieser Population eine weniger wichtige Rolle (15,0 %; 2011: 18,1 %). Stimulanzien waren bei 16,6 % (2011: 15,0 %) der Fälle der Grund für eine erstmalige Kontaktaufnahme mit einer ambulanten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, unter allen Zugängen/Beendern machten sie 12,3 % (2011: 10,5 %) aus.

Im stationären Bereich spielen Opioide unter den illegalen Drogen nach wie vor die größte Rolle. Im Akutbereich (Krankenhausbehandlungen) waren unter den substanzbezogenen Störungen (ohne Alkohol) in jedem zehnten Fall Vergiftungen mit Sedativa/Hypnotika Grund der Kontaktaufnahme. In den Fachkliniken, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, waren in 6,7 % (2011: 6,9 %) der Fälle Kokain und in 15,5 % (2011: 12,7 %) der Fälle Stimulanzien Hauptgründe der Behandlung.

Nachdem die Zahl der Substitutionsbehandlungen seit Einführung der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich gestiegen war, sank sie in den letzten beiden Jahren jeweils und lag 2012 bei 75.400 (2011: 76.200). Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurden im Jahr 2012 2.954 neu diagnostizierte Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) gemeldet. Die Zahl ist damit gegenüber dem Jahr 2011 (2.694) um 9,7 % angestiegen, was aber teilweise auf eine bessere Erfassung von Erstdiagnosen zurückgeführt wird. Mit 4 % bilden Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über intravenösen (i.v.) Drogengebrauch erworben haben, die drittgrößte Gruppe.

Außerdem wurden dem RKI für das Jahr 2012 insgesamt 4.982 Fälle einer erstmalig diagnostizierten Hepatitis C übermittelt. Damit lag die Inzidenz der gemeldeten

Erstdiagnosen mit 6,1 pro 100.000 Einwohner niedriger als der Median der Jahre 2007 bis 2011 (6,7). Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.202 Fälle (87 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt.

Im Jahr 2012 kamen insgesamt 944 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, was einen weiteren Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (986) und den niedrigsten Stand der Anzahl drogenbezogener Todesfälle seit 24 Jahren bedeutet. Bei der Aufschlüsselung der Todesursachen wurde 2012 zum ersten Mal eine überarbeitete Tabelle verwendet, die weniger Möglichkeiten für Mehrfachzählungen enthält und mehr Substanzen einzeln aufschlüsselt. Aufgrund dieser neuen Erfassung ist die Vergleichbarkeit mit den Daten aus den Vorjahren teilweise eingeschränkt. Dennoch kann festgestellt werden, dass die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) mit 427 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache (45 %) darstellt.

Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

Verschiedene Maßnahmen sollen dabei helfen, drogenbezogene Notfälle und Todesfälle zu verhindern und Infektionskrankheiten vorzubeugen. Derzeit gibt es in Deutschland in sechs Bundesländern in 15 Städten insgesamt 23 stationäre Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil. Deutschlandweit werden in vielen Drogenhilfeeinrichtungen Spritzen getauscht, auch über 160 Spritzenautomaten zählen im Sinne der Schadensminimierung (Harm Reduction) zum Angebot für i.v. Drogengebraucher. Verschiedene Einrichtungen/Projekte versuchen zudem durch niedrigschwellige Testangebote und weitere Präventions- und Safer-Use-Angebote ihre Klientel bezüglich Infektionsrisiken zu sensibilisieren und zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren. Auch die Behandlung von Infektionskrankheiten, insbesondere Hepatitis C, bei Drogengebrauchern ist in den vergangenen Jahren verstärkt zum Thema geworden und Studien zeigen immer wieder, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch diese Population wirksam therapiert werden kann und sollte.

Soziale Begleiterscheinungen und soziale Wiedereingliederung

Die soziale Situation vieler Suchthilfeklienten, insbesondere in niedrigschwelligen Einrichtungen, ist weiterhin prekär. Das Leben vieler Suchtkranker ist immer noch stark von Wohnungslosigkeit, fehlender regulärer Arbeit und geringem Einkommen, nicht zuletzt aufgrund des niedrigen Bildungsniveaus, geprägt.

Verschiedene regionale Modellprojekte setzen insbesondere am Problem der Arbeitslosigkeit an und fördern Kooperationen zwischen Suchthilfe, Rehabilitationskliniken und den Jobcentern, um arbeitslose Abhängige frühzeitig in Therapie zu vermitteln und die (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben zu fördern.

Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

Im Jahr 2012 wurden insgesamt rund 237.000 Rauschgiftdelikte erfasst, davon rund 173.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und rund 45.000 Handelsdelikte. Insgesamt sind somit die Rauschgiftdelikte im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben (+0,3 %), was einerseits auf einen deutlichen Rückgang der Handelsdelikte zurückzuführen ist (-6,7 %), andererseits auf eine deutliche Steigerung sowohl der Delikte wegen illegaler Einfuhr von Betäubungsmitteln (+5,1 %) als auch sonstiger Delikte (+4,9 %).

Die Zahl der Verurteilungen nach dem BtMG ist von 2010 (55.391) nach 2011 (55.391) stabil geblieben. Diese Stabilität zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg. Die Stabilität der Gesamtzahl ist auf einen leichten Anstieg der Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§ 29 Abs. 1 BtMG) und der Verstöße gegen § 30 Abs. 1 Nr. 4 bei einem gleichzeitigen leichten Rückgang der Handelsdelikte zurückzuführen

Die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten ist von 2011 auf 2012 um 8,1 % gesunken, womit wegen BtMG-Verstößen Inhaftierte einen Anteil von 14,0 % an allen Gefangenen ausmachen.

Drogenmärkte

Insgesamt hat sich bei der Reinheit, den Preisen und der Fallzahl der Beschlagnahmungen von illegalen Drogen zwischen 2011 und 2012 nur wenig geändert.

Im Vergleich der Jahre 2011 und 2012 stiegen die Beschlagnahmungsmengen von kristallinem Methamphetamin (Crystal), LSD, Haschisch, psychoaktiven Pilzen und Marihuana deutlich, wohingegen die Beschlagnahmungsmengen von Crack, Heroin, Ecstasy, Kokain und Amphetamin ebenso deutlich zurückgegangen sind. Während die Sicherstellungsmenge bei Crystal seit einigen Jahren kontinuierlich ansteigt und auf einen „echten“ Trend hindeutet, unterliegen die jährlichen Sicherstellungsmengen von Haschisch und Marihuana aufgrund großer Einzelbeschlagnahmungen, die die Werte deutlich erhöhen oder bei Ausbleiben im Vergleich zum Vorjahr verringern, mitunter starken Schwankungen.

Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin, Opium, Kokain, Crack, Amphetamin, Crystal, Ecstasy, Cannabisprodukten und LSD lag 2012 3,2 % über der von 2011. Maßgeblich für die erhöhte Gesamtfallzahl von Sicherstellungen sind die gestiegenen Fallzahlen zu Sicherstellungen von Crack, Crystal, Ecstasy, Cannabispflanzen und Marihuana. Deutliche Rückgänge der Sicherstellungsfälle im Vergleich zwischen 2011 und 2012 zeigten sich bei Heroin und bei Haschisch.

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise wurden von 2011 nach 2012 kaum signifikante Veränderungen festgestellt. Im Kleinhandel blieben die Preise für Kokain, Heroin, Marihuana, Crystal, Haschisch, Ecstasy, Amphetamin und LSD nahezu unverändert. Im Großhandel sind die Preise für Kokain für Mengen von 0,5 bis < 10 kg gesunken. Gesunken sind auch die Preise für Amphetamin bei Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg, Ecstasy bei Mengen von 1,5 bis < 10 kg sowie von Amphetamin und Marihuana bei Mengen von 10 bis < 100 kg.

Alle anderen Großhandelspreise sind im Vergleich zum Vorjahr entweder unverändert geblieben oder angestiegen.

Die durchschnittlichen Wirkstoffgehalte von Amphetamin und Cannabisprodukten haben sich auch bei einem Vergleich über die letzten fünf Jahre kaum verändert. Das galt bislang auch für den Reinheitsgehalt von Kokain im Straßenhandel, der aber im letzten Jahr um fast zwanzig Prozentpunkte zunahm und den mit Abstand höchsten Wert der vergangenen zehn Jahre erreichte. Der Wirkstoffgehalt von Heroin liegt seit zwei (Straßenhandel) bzw. drei (Großhandel) Jahren ziemlich unverändert auf vergleichsweise niedrigem Niveau.

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 the work performed by the German Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, DBDD), in which 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) cooperate and join forces. The DBDD is funded by the Federal Ministry for Health and Social Affairs and the EMCDDA. The overall report is structured according to the EMCDDA guidelines and is available for download at www.dbdd.de.

Drug policy: legislation, strategies and economic analysis

German drug and addiction policy follows a cross-substance approach which focuses on aspects common to all psychotropic substances. In light of new challenges posed to addiction and drug policy and to current developments, the Federal Government Commissioner on Narcotic Drugs presented a “National Strategy on Drug and Addiction Policy” in 2012. The objective of the Drug and Addiction Policy continues to be the reduction of the consumption of legal and illegal addictive substances as well as the avoidance of social problems caused by drugs and addiction. The National Strategy is designed to be a healthcare guideline for a modern drug and addiction policy in Germany.

The 27th Amending Regulation on Narcotic Drugs (Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, BtMÄandV) added 26 new psychoactive substances to schedule I to III of the German Federal Narcotics Acts (Betäubungsmittelgesetz, BtMG), effective as of 17 July 2013. The substances in question included synthetic cannabinoids as well as synthetic derivatives of cathinoids, amphetamines and phencyclidines. Both of the benzodiazepines, etizolam and phenazepam, were also added to the BtMG.

On 17 January 2013 the Common Federal Committee (G-BA) agreed on the changes to the “Statutory Health Insurance Approved Treatment” guidelines (MVV-RL) for the diamorphine-assisted treatment of high-dependency opiate addicts. The new regulations provide for increased support for facilities providing diamorphine-substitution treatment in meeting space and personnel demands. Against the backdrop of the increasing importance of alcohol and prescription medication abuse in the over-60 age group, the Federal Ministry of Health has made addiction among older people a funding priority. Furthermore, again in this reporting year, numerous projects were carried out on a regional, federal or international level in the area of drugs with the cooperation, in particular, of the Federal Ministry of Health (BMG).

Drug use in the population and specific targeted-groups

The results of the last Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA) carried out in 2012 were published in 2013. They show that about a quarter of the adult population in Germany has experience with drugs, as was the case in previous studies. The proportion of adults who took drugs in the last 12 months was still at 5 %; with less than 3 % using drugs in the last 30 days. Cannabis remains by far the most commonly used illicit drug. Apart from this, only cocaine, amphetamines and ecstasy (12 month prevalence) reach noteworthy levels. The use of heroin, LSD and crack remains limited to a specific group that is clearly smaller in number. In the general adult population the lifetime prevalence for so-called “new psychoactive substances” (NPS)⁴ is also less than one per cent and thus comparable to the prevalence for heroin.

The results of the most recent drug affinity study (DAS) of the Federal Centre for Health Education (BZgA) as well as the results of the German survey conducted as part of the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) were already detailed in the 2012 REITOX report. In addition to the current ESA, in 2013 the results of the current school pupil survey as part of the Frankfurt Monitoring System for Drugs (MoSyD) and from the public drug scene in Frankfurt were presented. The MoSyD also made information from the trend scout panel available. Furthermore, in 2013 current data from the “Hamburg School Bus” (“Hamburger Schulbus”) survey was available. This means that for the fifth time (last in 2009), in addition to the data from Frankfurt, we also have information on substance consumption among school pupils (14 to 17 year-olds) for a second, large German city. Finally, there was also data presented from a survey conducted in the Saarland at the end of the 2009/2010 school year by the Criminological Research Institute of Lower Saxony (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, KFN). The KFN conducted a representative study among school pupils in the fourth and ninth classes on the subject of delinquent behaviour and the factors influencing it.

Prevention

As a result of combined behavioural and conditional prevention measures, smoking has been reduced to a historically low level among the German youth.

Cannabis is the most commonly consumed illegal drug amongst 12 to 25 year olds. Thus, it remains necessary to address cannabis with suitable preventative measures. Specifically, the simultaneous consumption of alcohol and an illegal drug represents a widely spread risk

⁴ In the scope of the data collection on ESA, respondents were asked about “Spice, smoke, space, bath salts, cathinones and similar substances”. This therefore produced a mixed category containing individual products and different groups of substances, some of which include so-called “legal highs” or “research chemicals” beyond the (cannabinoid based) herbal mixtures. “Spice” and similar herbal mixtures (which verifiably contain synthetic cannabinoids) largely disappeared from the market back at the beginning of 2009 as a result of changes to the law, although similar products have continued to appear in the subsequent years which are primarily distributed via the internet. Representative data is available from the Frankfurt MoSyD for the city of Frankfurt on the consumption of herbal mixtures and related products.

behaviour. Experts in addiction prevention respond to this with a large number of preventative measures related to specific substances, specifically alcohol and cannabis, in order to promote a low risk approach to alcohol and to reduce the consumption of legal and illegal addictive substances in all age groups of the population. In particular, there are plans to further support the reduction in experience with drugs, being witnessed amongst adolescents, in order to achieve consequent changes in young adults. The access points via so-called new media, such as the internet or social networks, are equally significant in addiction prevention as (online) information on cessation assistance or the availability of local advice centres.

In addition to substance related prevention activities, cross-substance measures, such as the promotion of health, risk and life competence as well as the creation of critical attitudes to addictive substances in Germany are approximately equally widespread.

Within the framework of universal addiction prevention, parents are, alongside children and adolescents, an important target group especially for cross-substance measures. Parents are often approached in the school setting as well as being a direct target group in respect of family based prevention. In addition to improving child-rearing and decision-making skills of parents or legal guardians and the strengthening of cohesion within the family, parents are made aware of their role model function for the substance use of their children. The area of free time and sport also represents, alongside the spheres of school, family and local community, an important area of activity for universally or selectively designed early prevention measures. The existence of sports clubs throughout the country enables a high degree of penetration also amongst socially disadvantaged groups.

Problem Drug Use

In 2013 the method for estimating the number of people with problematic (i.e. risky, harmful and dependent) heroin use based on the multiplier “demand for treatment” was revised and is now based on the total number of clients registered for outpatient and inpatient treatment, the total number of outpatient and inpatient facilities, the total number of counselling facilities as well as the multiplier for reaching the target group. This method was, in part retroactively, applied to the years from 2005 to the present.

Based on figures from treatment facilities, police contacts and records of drug-related fatalities, estimates of the scale of problem drug use indicate that the number of problematic users of heroin range between 62,000 and 203,000 persons (1.1 to 3.8 persons per 1,000 inhabitants) in the age group of 15-64 years. Since 2005, the estimates for the multiplier “police contacts” are on the decline. The same applies to the multiplier “drug-related deaths” for the years since 2008. The estimates based on the multiplier “demand for treatment” fell from 2005 to 2007, then rose significantly up to 2008 and rose again slightly during 2008 and 2009. This means that no clear trend can be identified.

The findings of the MoSyD study are presented. This data shows that with regard to the share of daily consumers heroin and crack are still dominating Frankfurt’s open drug scene (65 % and 75 %). Only a small portion of the scene members presently consume non-

prescribed substitution substances (30 days prevalence for methadone: 12 % and for buprenorphine: 7 %; 24 hours prevalence for methadone: 3 % and for buprenorphine: 1 %). Consumption of these substances on a frequent or daily basis continues to be limited to single cases.

Moreover, the findings of the Phar-Mon project are presented. Its aim is to record the extent of the abuse of medicines by clients of outpatient addiction and drug therapy and to contribute to the identification of trends of abuse.

Drug-related Treatment: treatment demand and availability

Less than half (41.1 %; 2011: 44.9 %) of the clients who sought help from outpatient drug counselling facilities in connection with illicit drugs in 2012, had primary opioid-related problems; about a third (36.5 %; 2011: 34.7 %) suffered primarily from problems with cannabis use. Cannabis-related cases accounted for 58.4 % (2011: 56.6 %) of the patients who underwent therapy for the first time, while opioids played a minor role among this population (15.0 %; 2011: 18.1 %). In 16.6 % (2011: 15.0 %) of cases, stimulants were the reason for contacting an outpatient addiction counselling centre for the first time; among all clients beginning/ending treatment, stimulants accounted for 12.3 % (2011: 10.5 %).

In the inpatient setting, opioids continued to play the largest role in the area of illicit drugs. As for acute (hospital) treatments, amongst substance related disorders (excluding alcohol), toxicoses caused by sedatives/hypnotics were the reason for contacting the facility in about one case in ten. Cocaine was the main reason for treatment in 6.7 % (2010: 6.9 %) of the cases and stimulants in 15.5 % (2010: 12.7 %) of the cases treated in the specialist clinics that participate in the German Statistical Report on Treatment Centres for Substance Use Disorders.

After constantly rising year on year since the introduction of mandatory notification (2002) until 2010, the number of substitution treatments fell in the last two years and was 75,400 in 2012 (2011: 76,200). There are still considerable regional differences regarding the supply of and demand for substitution treatments.

Health correlates and consequences

In 2012, 2,954 newly-diagnosed Human Immunodeficiency Virus (HIV) infections were reported to the Robert Koch Institute (RKI). The number has thus increases by 9.7 % compared to 2011 (2,684). This however, must partly be attributed to a better recording of first diagnoses. Persons who have likely contracted their HIV infection through intravenous drug use make up the third largest group, at 4 % (n=90).

In addition, a total of 4,982 cases of newly diagnosed hepatitis C were reported to the RKI for 2012. The incidence of first diagnosis (6.1 per 100,000 population) was thus lower than the median of the years 2007 to 2011 (6.7). Intravenous drug use, which has a high probability of being causally related to the hepatitis C discovered, was reported for 1,202 cases (87 % of the cases with valid information as to the mode of transmission).

In 2012, 944 people died as a result of the use of illegal drugs. This represented a further reduction in comparison to the previous year (986) and is the lowest number of drug-related deaths in the past 24 years. For a breakdown of the causes of death, a revised table was used in 2012 for the first time, which reduces multiple counting and itemises more substances. Due to this change in data recording, comparability with previous years is partly limited. However, it can be concluded that overdosing on heroin/morphine (including the consumption of heroin/morphine in connection with other drugs), amounting to 427 cases, was once more the most common cause of death (45 %).

Responses to health correlates and consequences

A variety of measures are intended to help avoid drug-related emergencies and deaths and prevent infectious diseases. Currently in Germany there are a total of 23 in-patient drug consumption rooms in 15 cities in six Laender and a mobile drug consumption unit. Needles can be exchanged in many drug support facilities, and there are also over 160 needle dispensing machines, which are form part of the harm reduction measures for injecting drug users. There are a variety of facilities and projects that use offers of low-threshold testing and other prevention and safer-use programmes to raise awareness of infectious diseases among their clientele and to motivate them to engage in health promoting behaviour. The treatment of infectious diseases, in particular hepatitis C, has become an issue among drug users in recent years, and studies show time and again that under certain conditions these populations can and should also be effectively treated.

Social correlates and social reintegration

The social situation of many patients in the help system, especially in low-threshold facilities, is still precarious. The life of many addicts continues to be strongly marked by homelessness, lack of regular employment and low income that is not least caused by a low level of education.

Several regional model projects are designed in particular to tackle the problem of unemployment and promote cooperation between addiction support, rehabilitation clinics and the working groups formed by the employment agencies and the municipalities (the so-called Jobcenter). Their aim is to help unemployed addicts into therapy at an early stage and to support their (re-)integration into the world of work.

Drug-related crime, prevention of drug-related crime and prison

In 2012, a total of about 237,000 drugs offences were recorded, of which around 173,000 were general breaches of the Narcotics Act (BtMG) and about 45,000 were for dealing in drugs. Overall, this means that drugs offences remained stable in comparison to the previous year (+0.3 %), which is on one hand due to a clear decrease in dealing offences (-6.7 %), and on the other hand is the result of a clear rise in both illegal importation offences (-5.1 %) and other offences (+4.9 %).

The number of prosecutions under the BtMG remained stable from 2010 (55,391) to 2011 (55,391). This stability is evident across all age groups. The stability of the total number can be traced back to a combination of a slight increase in the number of cases of non-specific consumption offences (§ 29, Para. 1, BtMG) and of offences against § 30, Para. 1 (4) with a simultaneous slight fall in dealing offences.

The number of persons imprisoned due to BtMG related offences fell by 8.1 % from 2011 to 2012 which means that people imprisoned due to offences under the BtMG make up 14.0 % of all prisoners.

Drug Markets

All in all, there was little change in the development of purity, prices and number of seizures of illicit drugs between 2011 and 2012.

Comparing 2011 and 2012, the quantities of crystal methamphetamine (crystal), LSD, hashish, magic mushrooms and marijuana seized increased markedly, whereas seized quantities of crack, heroin, ecstasy, cocaine and amphetamine fell by a similar amount. While the amounts of crystal seized have continually increased for a number of years and point to a “real” trend, the annual seizures of hashish and marijuana have at times fluctuated strongly due to large individual seizures that markedly increase the numbers or falls in comparison to previous years.

The total number of seizures of heroin, opium, cocaine, crack amphetamine, crystal, ecstasy, cannabis products and LSD in 2012 was 3.2 % higher than the 2011 levels. The increasing seizure numbers for crack, crystal, ecstasy, cannabis plants and marijuana have had an important influence on the overall increase in drug seizures. There were marked decreases in seizures of heroin and hashish from 2011 to 2012.

As far as drug prices are concerned there were almost no significant changes between 2011 and 2012. The street prices for cocaine, heroin, marijuana, crystal, hashish, ecstasy, amphetamine and LSD were almost unchanged. At a wholesale level, the prices for cocaine volumes from 0.5 to < 10 kg fell. There were decreases in the price for amphetamine for quantities from 0.5 to < 1.5 kg, ecstasy quantities from 1.5 to < 10 kg and amphetamine and marijuana quantities from 10 to < 100 kg. All other wholesale prices were either unchanged in comparison to the previous year or rose.

The average purity of amphetamine and cannabis products has also changed little in the last five years. This had previously also applied to street-level cocaine; however there was an increase in purity for this product of almost 20 percent in the last year. These were by far the highest purity values of the last 10 years. The active ingredient content in heroin has been relatively unchanged and comparatively low for the last two to three years (at the street and wholesale level respectively).

TEIL A: NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Drogenpolitik: Rechtsprechung, Strategien und ökonomische Analyse

1.1 Überblick

1.1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Drogenpolitik“ bezog sich bis zum Ende des letzten Jahrhunderts 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 Störungen durch legale psychotrope Substanzen (z. B. Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch) und substanzübergreifende Aspekte (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 hinsichtlich legaler und illegaler Substanzen wird in Deutschland vorzugsweise der Begriff „Drogen- und Suchtpolitik“ verwendet.

Darüber hinaus hat sich das Blickfeld vom ursprünglichen Hauptinteresse an der Substanzabhängigkeit auch hin zu riskantem und schädlichem Konsumverhalten und damit zu einem weitergehenden Verständnis einer Gesundheitspolitik für substanzbezogene Störungen und Risiken erweitert. 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 Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (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“ umfasst hier 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“

Die Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland wird durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung koordiniert. Basis der nationalen Drogen- und Suchtpolitik sind die folgenden vier „Säulen“:

- Prävention
- Beratung und Behandlung, Hilfe zum Ausstieg
- Maßnahmen zur Schadensreduzierung
- Repression

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 und internationale Entwicklung. Die „Nationale Strategie der Drogen- und Suchtpolitik“ aus dem Jahr 2012 umschreibt ausführlich die aktuellen Schwerpunkte und Herausforderungen für Deutschland. Diese wurde am 15.02.2012 im Bundeskabinett verabschiedet, siehe dazu Abschnitt 1.3.1. Sucht wird dabei als ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild im breiten Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet, das mit Störungen auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene einhergeht und der Behandlung bedarf. Die vorhandenen Maßnahmen gegen die Sucht 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.

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 setzt er den rechtlichen Rahmen für die Drogenpolitik und gibt Standards vor. 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 die Krankenversicherungen getragen. Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation werden in der Regel 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 der EBDD, der über die DBDD zu beziehen ist.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

1.2.1 Gesetze, Regelungen, Weisungen oder Richtlinien im Drogenbereich

Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Das BtMG und die auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, wie etwa die wichtige Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV), enthalten die 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 BtM (z. B. MDMA, Heroin, Psilocybin)
- Anlage II: verkehrsfähige, nicht verschreibungsfähige BtM (z. B. Meprobamat, Methamphetamin)
- Anlage III: verkehrs- und verschreibungsfähige BtM (z. B. Amphetamine, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, Morphin und Opium)

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

Sozialgesetze (SGB)

Das Sozialgesetzbuch (SGB) definiert die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind hauptsächlich die Rentenversicherungsträger (SGB VI). Kostenträger für den körperlichen Entzug (Detoxifikation) und die substitions-gestützte Behandlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen (SGB V). Weitere Kostenträger sind örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger (SGB XII) und Kommunen als Träger der Jugendhilfe (SGB VIII).

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Sozialhilfebezieher der Sozialhilfe im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II und SGB III) 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 wichtige 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 Unterbringung suchtmittelabhängiger Straftäter im Maßregelvollzug regelt 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 BtMG räumt mit § 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 einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Die noch vor einigen Jahren bestehenden Unterschiede zwischen den Bundesländern sind im Laufe der letzten Jahre geringer geworden. Dennoch weisen die Landesregelungen in einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu auch Körner et al. 2012; Schäfer & Paoli 2006).

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

Fast alle 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 ist wichtig festzuhalten, dass es auch mit Blick auf diese Regelungen keinen Rechtsanspruch gibt, wonach in entsprechenden Fällen von der Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen abzusehen ist. Wird von einer 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 einer Grundsatzentscheidung 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). Mit Urteil vom 17.11.2011 hat der BGH die „nicht geringe Menge“ Methamphetaminracemat bei 10 g der wirkungsbestimmenden Base festgelegt. Ab dieser Menge bewegt sich der Täter nicht mehr im Vergehenstatbestand des § 29 Abs. 1 BtMG, der als mögliche Strafen Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren vorsieht, sondern er sieht sich einer Freiheitsstrafe nicht unter ein bzw. zwei Jahren gegenüber.

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

Nur einige Bundesländer haben auch Möglichkeiten für das Absehen von der Strafverfolgung im Zusammenhang mit anderen Betäubungsmitteln ausdrücklich geregelt. Sofern entsprechende Regelungen vorliegen, sehen diese beim Besitz von Heroin (1 g), Kokain (je nach Bundesland: 0,5-3 g), Amphetaminen (0,5-3 g) und Ecstasy (3 bis weniger als 20 Tabletten) die Möglichkeit vor, das Verfahren einzustellen (Patzak & Bohnen 2011).

Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung⁷

Mit dem am 21. Juli 2009 in Kraft getretenen „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ (BGBl. I vom 20. Juli 2009, S. 1801) wurden durch Änderungen des BtMG, des Arzneimittelgesetzes (AMG) und der BtMVV die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung aus dem Bundesdeutschen Modellprojekt in die Regelversorgung geschaffen. Das Gesetz regelt vor allem, dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin, sofern es als Fertigarzneimittel zur Substitution nach dem Arzneimittelrecht zugelassen ist) – unter engen Voraussetzungen – zur Substitutionsbehandlung von Schwerst opioidabhängigen verkehrs- und verschreibungsfähig ist (vgl. dazu die REITOX-Berichte 2007 und 2008).

Die Bundesförderung für die Länder und Städte, die ursprünglich an der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten klinischen Arzneimittelstudie („Heroinstudie“) beteiligt waren, ist Ende Februar 2008 ausgelaufen. Der Bund hat noch bis Ende 2011 die

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

Dokumentation und das Monitoring der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland gefördert, damit im Sinne der Qualitätssicherung eine Verlaufskontrolle der Behandlung erfolgt, was die Durchführungsstandards und Behandlungseffekte einschließt.

Frühjahrstagung der Innenminister

Im Rahmen ihrer Frühjahrstagung im Mai 2013 hat die Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (IMK) formal zur Kenntnis genommen, dass in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) die Möglichkeit geschaffen wurde, ab 01.01.14 Delikte im Zusammenhang mit den Betäubungsmitteln "Amphetamin" und "Methamphetamin" (insbesondere in der Erscheinungsform "Crystal") zu erfassen, womit eine weitere wesentliche Grundlage zur Erstellung von aussagekräftigen Lagebildern im Rauschgiftbereich geschaffen wird. Die IMK hat den Arbeitskreis II („Innere Sicherheit“), dem die jeweiligen Abteilungsleiter der Innenressorts der Länder und des Bundes sowie die Präsidenten des Bundeskriminalamtes und der Deutschen Hochschule der Polizei angehören, beauftragt, ein Lagebild zu erstellen, sobald aussagekräftige Daten vorliegen⁸.

Diamorphinbehandlung

Am 17. Januar 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)“ für den Bereich der diamorphingestützten Behandlung von Schwerstopiatabhängigen beschlossen. Die neuen Regelungen sehen für die diamorphinsubstituierenden Einrichtungen Erleichterungen bei den räumlichen und personellen Anforderungen vor. Nicht mehr erforderlich ist künftig die Anwesenheit von Ärzten im Umfang von drei Vollzeitstellen pro Einrichtung. Es genügt eine angemessene Anzahl von Arztstellen und qualifizierten nichtärztlichen Stellen, die innerhalb eines zwölfstündigen Zeitraums während der Vergabezeiten und Nachbeobachtung anwesend und darüber hinaus per Rufbereitschaft erreichbar sind. Zudem wird die strikte räumliche Trennung von Warte-, Ausgabe- und Überwachungsbereich aufgehoben. Bereits 2009 hatte der Gesetzgeber die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung geschaffen. Daraufhin hatte der G-BA die Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend angepasst. Allerdings stellten u. a. die darin formulierten Voraussetzungen die Einrichtungen vor so große Hürden, dass es bisher nicht gelungen war, neue diamorphinsubstituierende Einrichtungen aufzubauen (Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, 17.01.2013⁹). So konnten sowohl ein Teil der bereits existierenden als auch potentiell geplanter Einrichtungen nur mit Mühe (oder gar nicht) die personellen und räumlichen Anforderungen der „alten“ G-BA-Richtlinie erfüllen. Geplante, neue Einrichtungen scheiterten oder verzögerten sich aber auch aus anderen Gründen, z. B. den hohen Investitionskosten in die Sicherung des Gebäudes (Panzerschrank, Sicherungselektronik etc.).

⁸ Beschluss der IMK: http://www.imk2013.niedersachsen.de/download/78186/Statistik_PKS_Massnahmen_zur_Bekaempfung_der_Crystal-Problematik.pdf (Letzter Zugriff: 21.08.2013)

⁹ <http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2013-01/gba-aenderungen.html> (Letzter Zugriff: 20.08.2013)

Anfrage zur Genehmigung des Anbaus von Cannabis zu Forschungszwecken und Errichtung einer Cannabisagentur

Die Bundesregierung plant derzeit nicht, eine Cannabisagentur einzurichten. In einer Antwort (Bundestagsdrucksache [BT] 17/10328 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) auf eine Kleine Anfrage (BT 17/10232) wies die Regierung darauf hin, dass „die Errichtung einer Cannabisagentur [...] derzeit aus Sicht der Bundesregierung keine Priorität [hat].“ Ein solches Vorhaben müsse zudem durch ein Gesetz beschlossen werden. Gleichzeitig erklärt die Regierung, dass sie die Forschung an Cannabinoiden zu medizinischen und therapeutischen Zwecken begrüße. Für die Forschung an diesen Cannabinoiden sei der Anbau von Cannabis in Deutschland jedoch „nicht zwingend erforderlich“, führt die Regierung aus. Zu Forschungszwecken könne grundsätzlich auch auf Pflanzenmaterial aus dem Ausland zurückgegriffen werden (heute im bundestag 2012).

Anhörung im Ausschuss für Gesundheit zum Umgang mit Cannabis, Crystal Meth und so genannten „Legal Highs“

Mitte April 2013 hat sich der Ausschuss für Gesundheit des Bundestages im Rahmen einer Expertenanhörung dem angemessenen Umgang mit Cannabis, Crystal Meth und so genannten „Legal Highs“ gewidmet. Aufgrund der Heterogenität der thematisierten Substanzen ergab die Anhörung kein einheitliches Fazit. Allerdings unterstreicht die Anhörung die politische Relevanz der angesprochenen Themen. Betont wurde das potentielle Risiko, das mit einer Ausweitung der Verfügbarkeit und des Konsums von Methamphetaminen und neuen psychoaktiven Substanzen verbunden sei einerseits sowie die in verschiedenen Bereichen nach wie vor unbefriedigende Datenlage zur objektiven Einschätzung der mit diesen Substanzen verbundenen Risiken andererseits (epidemiologisch, gesundheitlich, strafrechtlich) (heute im bundestag 2013).

27. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (27. BtMÄndV)

Am 22. Mai 2013 hat das Kabinett die Siebenundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften beschlossen, die nach Zustimmung des Bundesrates zum 17.07.2013 in Kraft getreten ist. Mit dieser Verordnung wurden 26 neue psychoaktive Substanzen in die Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen, um deren Missbrauch einzudämmen, die Gesundheit Einzelner und der Bevölkerung zu schützen und die Strafverfolgung zu erleichtern (Bundesgesetzblatt 2013 Nr. 37 vom 16. Juli 2013).

Bei den Substanzen handelt es sich um synthetische Cannabinoide sowie um synthetische Derivate des Cathinons, Amphetamins und Phencyclidins. Ebenfalls dem BtMG unterstellt werden die beiden Benzodiazepine Etizolam und Phenazepam. Weiterhin wurde das kürzlich in Deutschland als Arzneimittel zur Behandlung von ADHS zugelassene Lisdexamphetamin

aufgenommen, da dieses über ein entsprechendes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential verfügt¹⁰.

Rechtsstatus neuer psychoaktiver Substanzen („Designerdrogen“)

In ihrem Jahresbericht weist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung darauf hin, dass der Begriff „Legal Highs“ irreführend sei (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013). Der Bundesgerichtshof (BGH) hat bereits vor 15 Jahren entschieden, dass Designerdrogen Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) sein können und deshalb die Straftatbestände der §§ 96 Nr. 4 und 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG zur Anwendung kommen können (Urteil Az. 2 StR 270/97 des BGH vom 3. Dezember 1997). Das AMG hat somit eine Auffangfunktion. Neue psychoaktive Substanzen sind bedenkliche Arzneimittel. Sie unerlaubt in den Verkehr zu bringen, ist insbesondere nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 AMG strafbar. In besonders schweren Fällen kann die Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahre betragen. Diese rechtliche Bewertung wurde 2011 durch mehrere Urteile gerichtlich bestätigt, zuletzt durch ein Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg vom 10. Dezember 2012. Mit Beschluss vom 28. Mai 2013 hat nun der BGH dem EuGH die Frage zur Vorabentscheidung vorgelegt, ob Neue Psychoaktive Substanzen unter den Arzneimittelbegriff der europäischen Arzneimittelrichtlinie fallen.

Fentanyl-Screeningtests – 116. Deutscher Ärztetag

Im Rahmen seiner 116. Sitzung im Mai 2013 hat der Deutsche Ärztetag die Kostenträger und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aufgefordert, Fentanyl, Tilidin und Tramadol in die Screeningtests bei Opioidabhängigen aufzunehmen. Zur Begründung hieß es, dass diese Substanzen bei normalen Screeningtests nicht erfasst werden, es wegen des häufigen Konsums bei Opioidabhängigen jedoch zwingend erforderlich sei, diese Substanzen bei Substitutionspatienten zu bestimmen. Insbesondere Fentanyl sei in den letzten Jahren zu einer häufig konsumierten Ersatzdroge von opioidabhängigen Patienten geworden¹¹.

1.3 Nationaler Aktionsplan, Evaluation und Koordination

1.3.1 Nationale Strategie

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. Die Umsetzung dieses Aktionsplans wurde ab 2005 durch den Drogen- und Suchtrat (DSR) begleitet.

Der DSR wird von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung berufen und unterstützt diese bei ihrer Arbeit. Er setzt sich aus Vertretern der gesellschaftlich relevanten Gruppen

¹⁰ http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl113s2274.pdf#_Bundesanzeiger_BGBl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D'bgbl113s2274.pdf'%5D__1377016249837 (Letzter Zugriff: 20.08.2013)

¹¹ http://116daet.baek.de/dev_baek_public/data/media/EVI64.pdf?t=1370026491 (Letzter Zugriff: 20.08.2013)

und Institutionen zusammen, die an der Vorbeugung und Reduzierung von Suchtproblemen und an Hilfen für Suchtkranke beteiligt sind. Die Arbeitsschwerpunkte des DSR bis 2008 wurden mittels repräsentativer durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführter Erhebungen evaluiert (zu den Ergebnissen dieser Evaluation vgl. die REITOX-Berichte 2009 und 2010).

Der Drogen- und Suchtrat der 17. Wahlperiode hat in seiner konstituierenden Sitzung am 10. November 2010 seine Arbeit aufgenommen. Der DSR ist unverändert ein beratendes Gremium der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und setzt sich aus Experten und Sachverständigen aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Vorsitzende des DSR ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Die Mitglieder und die Geschäftsordnung des DSR sind auf der Internetseite www.drogenbeauftragte.de abrufbar.

Am 15.02.2012 wurde die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ im Bundeskabinett verabschiedet (siehe dazu auch REITOX-Berichte 2011 und 2012), die den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ aus dem Jahr 2003 ablöst. Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist in ihrer Zielsetzung und in ihren Vorhaben Teil der derzeit in Vorbereitung befindlichen allgemeinen Präventionsstrategie der Bundesregierung im Bereich der Drogen- und Suchtpolitik. Beide Strategien betonen die zentrale Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik.

Qualitäts- und effizienzgesicherte Maßnahmen sollen in den Strategien die Gesundheit und Lebensqualität nachhaltig sicherstellen bzw. verbessern und den aktuellen Herausforderungen durch den demographischen Wandel in einer älter werdenden Gesellschaft begegnen. Prävention erhält damit neben den bestehenden Angeboten zur Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung sowie der Repression eine zentrale Bedeutung.

Die Bundesregierung verfolgt in der Suchtpolitik weiterhin einen integrativen Ansatz. Anders als in einigen anderen europäischen Ländern werden legale wie illegale Suchstoffe gemeinsam betrachtet. Die legalen Suchtmittel Alkohol, Tabak und psychotrope Medikamente finden aufgrund der weiten Verbreitung dabei eine besondere Beachtung bei der Weiterentwicklung der Suchtprävention und des Hilfesystems. Besonderes Augenmerk richtet die Nationale Strategie auf neue Herausforderungen in der Drogen- und Suchtpolitik, die sich unter anderem aus dem demografischen Wandel, gesellschaftlichen Veränderungen, alten und neuen Suchtformen und -mitteln (z. B. pathologischem Glücksspiel und so genannter Online-/Mediensucht) und daraus resultierenden Konsumtrends ergeben. Stärker als in der Vergangenheit wird nicht nur die Abhängigkeit in den Blick genommen, sondern auch riskantes Konsumverhalten, das gesundheitsschädlich und entwicklungseinschränkend ist, auch wenn es nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt.

1.3.2 Implementierung und Evaluation der nationalen Strategie

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.

Sucht im Alter

Im Rahmen ihrer Jahrestagung „Unabhängig im Alter – Sucht im Alter“ am 19. Juni 2013 hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung auf die zunehmende Bedeutung des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs bei den über 60-Jährigen zunehmend hingewiesen. Dabei betonte sie neben dem Verlust der Unabhängigkeit des Individuums aufgrund des Substanzkonsums auch die Gefahr schwerer Verletzungen aufgrund von Unfällen durch akute Intoxikationen sowie sinkende Gedächtnisleistungen. Aus diesen Anforderungen erwachse die Notwendigkeit besserer präventiver Maßnahmen und Hilfsangebote, einer engen Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern, Krankenkassen und kommunalen sowie kirchlichen Einrichtungen. Schätzungsweise 14 Prozent der älteren Menschen, die ambulant oder in Heimen betreut werden, sind von einem missbräuchlichen Alkohol- oder Medikamentenkonsum betroffen. Nach Einschätzung der Drogenbeauftragten müssen Ärzte und Pflegepersonal für die besondere Problematik sensibilisiert und für den Umgang mit älteren Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen geschult werden und die Alten- und Suchthilfe enger zusammenarbeiten, damit die Betroffenen erreicht werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat deshalb einen Förderschwerpunkt zu Sucht im Alter aufgelegt, um die Ausbildung der Fachkräfte und die Vernetzung der verschiedenen Arbeitsfelder voranzutreiben (Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, 19.06.2013¹²).

Weitere Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Die Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes werden nachfolgend in Tabelle 1.1 nur überblicksartig und in tabellarischer Form berichtet, die Reihenfolge orientiert sich an der Gliederung des REITOX-Berichtes. In den jeweiligen

¹² <http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2013-02/unabhaengigkeit-im-alter.html> (Letzter Zugriff: 20.08.2013)

Einzelkapiteln wird ggf. näher auf die jeweiligen Vorhaben eingegangen (sofern dies nicht bereits in den letzten REITOX-Berichten erfolgt ist).

Tabelle 1.1 Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

Geförderte Projekte	Laufzeit	Anmerkungen
Prävention		
Förderschwerpunkt: Innovative Präventionskonzepte in der Schwangerschaft, plus Evaluation	03/11 – 02/13 07/12 – 07/14 07/12 – 09/14	7 Modellprojekte in 1. Phase; 3 Modellprojekte in 2. Phase; Evaluationsprojekt
Prävention und Reduktion von Substanzkonsum bei Studierenden	04/13 – 10/15	3 Projekte
Hemmende und fördernde Faktoren zur Umsetzung von suchtpreventiven Ansätzen in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU)	03/12 – 02/13	Entwicklung von Konzepten zur Beratung und Intervention betroffener Personen im Bereich der KMU
Drogenkonsum in der Bevölkerung und spezifischen Untergruppen		
Schulbus	02/12 – 12/13	Entwicklung, Erprobung und Bereitstellung Tablet-PC gestützter Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln
FRED Strafverfolgung	05/13 – 02/14	Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten
Spice II Plus	03/13 – 02/15	Ko-Finanzierung EU-Projekt
Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss	04/12 – 03/15	Repräsentative Erhebung
Drogenbezogene Behandlung		
Förderschwerpunkt: Sucht im Alter, 2. Phase	01/13 – 12/13	7 Modellprojekte zur besseren Kooperation von Sucht- und Altenhilfe (Verlängerung)
Förderschwerpunkt: Sucht im Alter, Evaluation	03/13 – 05/14	Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunktes
Andere Projekte mit Förderung des BMG, die einen Bezug zu Drogen haben		
Selbstkontrolltraining (SKOLL) – Frühintervention für riskant Konsumierende psychotroper Substanzen, Qualitätssicherung	05/13 – 01/14	
Webbasierte Elternberatung	05/12 – 10/13	Entwicklung eines internetbasierten Beratungsprogramms für Eltern suchtgefährdeter Kinder u. Jugendlicher
Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen	10/10 – 12/12	Früherkennung suchtkranker alter Menschen
Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen, Folgeprojekt	05/13 – 01/14	Früherkennung suchtkranker alter Menschen
Nationaler Transfer der MDFT als familienbasierte Frühintervention in der Jugendsuchthilfe	09/12 – 12/13	Implementierung der multidimensionalen Familientherapie (MDFT)

BMG 2013, persönliche Mitteilung.

Projekte und Forschungsprojekte mit Förderung durch die Europäische Kommission

Deutsche Experten sind an einer Reihe internationaler Projekte und Forschungsvorhaben beteiligt, die mit Mitteln aus den verschiedenen Förderprogrammen der Europäischen Kommission (teil-)finanziert werden und einen Bezug zu Drogen und Sucht haben. Der REITOX-Bericht 2011 enthielt eine Übersicht über Projekte mit einem Bezug zu illegalen Drogen, bei denen deutsche Partner beteiligt oder als Koordinatoren in 2010/2011 aktiv waren. Eine Vielzahl dieser Projekte wurde auch im Berichtszeitraum fortgesetzt (siehe REITOX-Bericht 2011, Information zu den Laufzeiten).

Grundlage dieser Übersicht war eine Broschüre der Europäischen Kommission, die eine Zusammenstellung aller Projekte mit einem Bezug zu Drogen aus drei Förderprogrammen der Europäischen Kommission¹³ auflistet und nicht in einer aktualisierten Form vorliegt. Die Broschüre, die auch Kurzbeschreibungen der Projekte (sowie auch älterer und abgeschlossener Vorhaben) enthält, kann z. B. über die Website der EBDD heruntergeladen werden¹⁴. Aktuelle neue Beteiligungen deutscher Partner finden sich z. B. im Projekt ALICE-RAP¹⁵ (7. Forschungsrahmenprogramm, DG Research and Innovation).

Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Suchtpräventionsarbeit der BZgA zielt darauf, potenzielle und tatsächliche Konsumenten von abhängigkeits erzeugenden Substanzen zu motivieren, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und risikoarme Konsummuster bzw. Konsumverzicht zu erreichen. Im Vordergrund der Präventionsaktivitäten der BZgA stehen insbesondere die legalen Suchtmittel wie Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch, aber auch illegale Drogen. Weitere Präventionsbereiche sind „Bekämpfung des pathologischen Glücksspiels“¹⁶ und „Pathologische Internet- und Computerspielnutzung“¹⁷ ebenso wie Kampagnen zur Lebenskompetenzförderung und zu früher Suchtprävention¹⁸.

Das koordinierte Internetportal PrevNet¹⁹ zur Suchtvorbeugung nutzt seit seinem Launch in 2004 die Ressourcen der bestehenden regionalen Netzwerke und vernetzt Aufklärungsmaßnahmen zur Suchtvorbeugung von Bund und Ländern miteinander. Ein Relaunch erfolgte im Juli 2012. Seitdem steht PrevNet den Experten mit vereinfachter Navigationsstruktur, neuem Design und erweiterten Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung.

¹³ Drug Prevention and Information Programme (DPIP) (DG Just); Public Health Programme (PHP) (DG SANCO); Seventh Framework Programme (FP7) (DG Research)

¹⁴ www.emcdda.europa.eu/themes/research

¹⁵ www.alicerap.eu

¹⁶ www.check-dein-spiel.de

¹⁷ www.ins-netz-gehen.de

¹⁸ www.kinderstarkmachen.de

¹⁹ www.prevnet.de

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 16 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. 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 Übergangswohnheime, Heime für Wohnungslose), andere spezifische Angebote (Pflegeheime 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.

Anmerkung: Die Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesländer haben im Berichtsjahr 2012/2013 zahlreiche Aktivitäten und Projekte berichtet. Da die in der Vergangenheit an dieser Stelle berichteten Maßnahmen insgesamt nur eine Auswahl der zahlreichen mit Unterstützung der Länder durchgeführten Aktivitäten darstellten, die auf einer aktiven Berichterstattung der jeweiligen Länder an die DBDD beruhten, wurde das Format des REITOX-Berichtes dahingehend geändert, dass a) die Informationserhebung in den Bundesländern stärker entlang der Kapitel des REITOX-Berichtes strukturiert wurde und b) die jeweiligen Informationen thematisch den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zugeordnet wurden. Dadurch konnten sowohl die thematische Einbettung der berichteten Aktivitäten als auch die Lesbarkeit des Berichts verbessert werden.

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.

- Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zu „Sucht im Alter“
Am 19. Oktober 2013 fand die Jahrestagung der Drogenbeauftragten statt, um verschiedene Aspekte des Problems „Sucht im Alter“ mit Referenten und Teilnehmern aus dem In- und Ausland zu diskutieren. Das Thema "Sucht im Alter" gewinnt zunehmend an Bedeutung und wird hinsichtlich der Verbreitung von Störungen und Problemen aufgrund des Konsums vor allem von Alkohol, Tabak und Medikamenten in der Generation über 60 Jahre häufig unterschätzt. Experten aus der Sucht- und Altenhilfe, der Psychiatrie und der Pflegewissenschaft sowie Praktiker aus dem In- und Ausland trugen im Rahmen der Tagung bereits vorliegende Erfahrungen zum Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zusammen. Weitere wichtige Aspekte waren die Situation und Handlungsmöglichkeiten in den Städten und Gemeinden. Ein „Markt der Möglichkeiten“ mit erfolgreichen Beispielen und den Modellprojekten des Bundesministerium für Gesundheit zu „Sucht im Alter“ sowie weiteren Projekten rundeten das Tagungsprogramm ab.
- 1. Internationale Konferenz zur „Spice“-Prävention
Vom 25.-26. September 2012 fand in Frankfurt am Main die erste internationale Konferenz zum Thema „Spice“-Prävention statt, die sich mit den Risiken, der Verbreitung, der rechtlichen Kontrolle und neuen, spezifischen Ansätzen der Präventionsarbeit befasste. An der Konferenz nahmen Forensiker, Pharmakologen, Sozialwissenschaftler und Experten für Kriminalistik und Prävention aus 14 europäischen Ländern teil. Die Konferenz fand im Rahmen eines europäischen Projekts zu synthetischen Cannabinoiden statt (Projektleitung: Volker Auwärter, Freiburg), das von

der Europäischen Kommission, dem Bundesgesundheitsministerium und dem Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main finanziell gefördert wird. Die Konferenz wurde vom Centre for Drug Research (CDR) an der Frankfurter Goethe-Universität veranstaltet²⁰.

- 5. Deutscher Suchtkongress in Berlin
Der Deutsche Suchtkongress 2012 fand vom 03.-06. Oktober 2012 in Berlin auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité statt. Federführender Ausrichter war die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DG-Sucht in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie DG-SPS und mit Unterstützung zahlreicher weiterer Fachgesellschaften. Erstmals in diesem Jahr fand eine Kooperation mit einer Europäischen Fachgesellschaft EUFAS statt, wodurch internationale Referenten und international bedeutende Themen ihren Platz auf dem Deutschen Suchtkongress erhielten. Insgesamt wurden 155 Vorträge sowie 63 Poster im Rahmen von moderierten Postervorstellungen präsentiert. Dabei fand zum ersten Mal das eigenständige Symposium von Nachwuchsforschern statt.
- 21. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Unter dem Motto „Fit für den Alltag“ hat der 21. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) vom 2.-4. November 2012 in Berlin stattgefunden. Im Mittelpunkt standen neben zahlreichen inhaltlich breit gestreuten Veranstaltungen die kritische Auseinandersetzung mit Neuroenhancement und Suchtrisiko, Gehirndoping bei Studenten und der Frage „Wie fit für den Alltag sind unsere Patienten?“.
- 36. BundesDrogenKongress des Fachverbands für Drogen und Rauschmittel
Der 36. BundesDrogenKongress "Sucht und Gewalt" fand vom 6. bis 8. Mai 2013 in Dornach bei München statt. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) führt seit 1980 den Bundesdrogenkongress als Fachtagung der Suchtkrankenhilfe mit dem Schwerpunkt illegale Drogen durch. Die Dokumentation der Tagung ist unter www.fdr-online.info verfügbar²¹.
- Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Vom 19.-21. November 2012 fand in Leipzig die DHS-Fachkonferenz zum Thema " Die vier Säulen der Suchthilfe und Suchtpolitik auf dem Prüfstand " statt, an der zahlreiche nationale und internationale Referenten und Partner beteiligt waren²².

²⁰ Tagungsdokumentation: <http://www.uniklinik-freiburg.de/rechtsmedizin/live/SpiceConference.html> (Letzter Zugriff: 21.08.2013)

²¹ Tagungsdokumentation: <http://fdr-online.info/pages/infos-fuer-die-suchthilfe/tagungen-seminare-fortbildungen/bundesdrogenkongress.php> (Letzter Zugriff: 21.08.2013)

²² Tagungsdokumentation: <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenzen.html> (Letzter Zugriff: 21.08.2013)

- Kooperationstagung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Vom 22.-23. April 2013 fand in Weimar die Kooperationstagung der DHS zum Thema "Sucht- und Altenhilfe" statt²³.
- Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin
Vom 4.-6. Juli 2013 fand in München der 14. Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin statt, bei dem sich Spezialisten der Suchtmedizin und Suchttherapie trafen. Der Kongress bietet die Möglichkeit, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen und suchtmmedizinisches Grundlagenwissen zu erwerben²⁴.

Internationale Zusammenarbeit

Deutschland kooperiert aktiv mit den internationalen Institutionen im Bereich Sucht und Drogen. Die Europäische Kommission, die Horizontale Gruppe „Drogen“ des Rates der Europäischen Union (HDG) und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sind dabei die in der EU wichtigsten Partner. Deutschland nimmt neben zahlreichen bilateralen Kontakten auf internationaler Ebene aktiv an den Verhandlungen der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) teil und unterstützt als eines der wichtigsten Geberländer die Arbeiten des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Zudem ist mit Herrn Werner Sipp, dem ehemaligen Leiter des Referates im Bundesministerium für Gesundheit "Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr, Internationale Suchtstofffragen", ein international anerkannter, unabhängiger deutscher Experte im Suchtstoffkontrollamt der Vereinten Nationen (International Narcotics Control Board, INCB) vertreten. Bei der Vertretung Deutschlands in den europäischen und anderen internationalen Gremien, die sich mit Drogenpolitik befassen, kommt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eine wichtige koordinierende Funktion zu. Neben der Drogenbeauftragten vertreten die zuständigen Fachreferate unterschiedlicher Ministerien (Gesundheits-, Innenministerium, 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.

Im Berichtszeitraum fanden und finden darüber hinaus bilaterale Kooperationen zum Thema Drogen und Sucht z. B. mit der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien (IPA IV Projekt der EBDD), Zentralasien (Central Asian Drug Action Programme), Serbien (Twinning) sowie im Rahmen weiterer internationaler Projekte statt, in denen deutsche Experten mit Kollegen aus anderen Ländern innerhalb und außerhalb der EU zusammenarbeiten.

²³ Tagungsdokumentation: <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/kooperationstagungen.html> (Letzter Zugriff: 21.08.2013)

²⁴ Tagungsprogramm: http://www.sv-veranstaltungen.de/wp-content/uploads/2012/07/Suchtkongress_2013_HP_Internet_Stand-24_06_20131.pdf (Letzter Zugriff: 21.08.2013)

1.3.3 Andere Entwicklungen in der Drogenpolitik

Neben den an anderen Stellen dieses Berichtes erwähnten Veränderungen und Neuerungen gibt es keine weiteren Entwicklungen zu berichten.

1.3.4 Koordinierung

Die Koordinierung zwischen Bund und Ländern findet in den Fachministerkonferenzen und deren Gremien statt. Der DSR spielt in diesem Bereich ebenfalls eine wichtige Rolle, da auch hier ein sowohl vertikaler als auch horizontaler Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Bundes- sowie Landesministerien stattfindet. Mit Koordinierungsaufgaben befasst sich auch die Arbeitsgruppe „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ sowie die Arbeitsgruppe „Suchtprävention“ 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, z. B. in der AG Suchthilfe der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und dem Koordinierungskreis Suchtprävention der BZgA sowie projektbezogen statt.

Die BZgA ist auf Bundesebene verantwortlich für die Planung und Durchführung von Präventionskampagnen, das Monitoring suchtpräventiver Aktivitäten und deren Qualitätssicherung. Bei ihr liegt auch der Vorsitz der Arbeitsgruppe „Suchtprävention“, die ebenfalls dem DSR zugeordnet ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten. Teil dieser Behörde ist die Bundesopiumstelle, welche u. a. Erlaubnisse zur Teilnahme am Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehr erteilt und den Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehr bei den Erlaubnisinhabern überwacht sowie das nationale Substitutionsregister führt. Die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention ist das Robert Koch-Institut (RKI). Das RKI ist die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Seine Kernaufgaben sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten.

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 ist²⁵. 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.

Grundlagen 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 insoweit 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 vom BMG finanziertes und von der DBDD durchgeführtes Forschungsprojekt hat sich 2008 der Thematik angenommen (s. folgender Abschnitt).

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 mit dem Ziel durchgeführt, erstmals eine umfassende Schätzung der direkten (gekennzeichneten und nicht-gekennzeichneten) Ausgaben der öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungsträger mit Bezug zu illegalen Drogen vorzunehmen (Mostardt et al. 2010).

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.

²⁵ http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/Sonderkapitel/2007_oeffentliche_ausgaben.pdf

Die Daten der teilnehmenden Krankenkassen wurden anschließend für die Gesamtmenge der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) extrapoliert.

Aus den verschiedenen identifizierten und errechneten Ausgaben ergab sich schließlich für das Referenzjahr 2006 ein Intervall zwischen 5,2 und 6,1 Mrd. € an öffentlichen Ausgaben für den Bereich illegaler Drogen. Dieses Gesamtergebnis muss aufgrund fehlender Daten und methodischer Limitationen jedoch als konservative Schätzung betrachtet werden.

Eine genauere Aufschlüsselung der Ausgaben findet sich in der Standardtabelle STPE aus dem Jahr 2008 sowie in der Publikation der Ergebnisse (Mostardt et al. 2010).

Aufgrund des hohen Aufwands für eine umfassende Erhebung und Schätzung der öffentlichen Ausgaben hat bisher keine Fortschreibung der Ergebnisse der Studie von 2008 stattgefunden. Es liegen somit keine aktuellen Daten vor.

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

Einleitung

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. der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) (siehe unten) oder der Studie „Health Behavior in School-aged Children“ (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) an einer Stichprobe von 3.000 Probanden durchgeführt. Die letzte DAS wurde in 2011 mit einer Stichprobe von 5000

Befragten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden 2012 von der BZgA veröffentlicht und wurden im REITOX-Bericht 2012 unter 1.2 bzw. 1.3 vorgestellt²⁶.

- Ergänzend zur DAS wurden von der BZgA 2007 und 2011 Ergebnisse repräsentativer Umfragen zum Cannabiskonsum unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren bzw. 12 bis 25 Jahren veröffentlicht (BZgA 2007, 2011b), deren Ergebnisse in den REITOX-Berichten 2007 und 2011 vorgestellt wurden.
- Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Epidemiological Survey of 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 alle 3-4 Jahre statt²⁷ und wird mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 1990 durch das IFT Institut für Therapieforschung 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. In diesem REITOX Bericht werden die aktuellen Ergebnisse des ESA 2012 vorgestellt. Informationen zum Studiendesign und der Methodik des ESA 2012 wurden von Kraus und Kollegen 2013 ausführlich beschrieben (Kraus et al. 2013a, im Druck). Die bereinigte Stichprobe umfasst N=9.084 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Die Nettoausschöpfung beträgt 53,6 %.
- Die „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD; European School Survey Project on Alcohol and other Drugs²⁸) wird bereits seit 1995 in zahlreichen europäischen Ländern durchgeführt. Einige Bundesländer beteiligten sich in 2011 zum dritten Mal nach 2003 und 2007 an dieser Erhebung: Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. In 2007 waren auch Hessen und das Saarland beteiligt. Die von der Pompidou-Gruppe beim Europarat initiierte Umfrage, die von CAN²⁹ (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 2011 lag die bereinigte Stichprobengröße in Deutschland bei 6.192 Schülern aus 352 Klassen (Kraus et al. 2012). Zum Teil liegen für die ESPAD auch Auswertungen aus einzelnen Bundesländern vor.

²⁶ Die Ergebnisse der DAS 2011 beruhen auf einer mehrstufigen Zufallsstichprobe auf Basis des ADM-Telefonstichproben-Systems (Computergenerierte Zufallstelefonnummern). Es handelt sich um eine Zufallsauswahl von 12- bis 25-Jährigen im Haushalt, die Ausschöpfungsquote betrug 60,9 %, die Stichprobengröße betrug N=5.001 Befragte.

²⁷ Die Zielgruppe änderte sich im Laufe der Zeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Altersgruppe 12-24 Jahre (1980), 12-29 Jahre (1986) und 12-39 Jahre (1990) auf die erwachsene Bevölkerung der 18- bis 59-Jährigen (1995, 1997, 2000, 2003) und schließlich der 18- bis 64-Jährigen (2006, 2009, 2012).

²⁸ www.espad.org

²⁹ Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

- Im Rahmen der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützten Studie HBSC, die in vierjährigem Rhythmus in mittlerweile 41 Ländern zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern im Alter von 9 bis 17 Jahren durchgeführt wird, wurden 2012 Trenddaten der letzten HBSC-Erhebungen in Deutschland publiziert. Einzelne Ergebnisse früherer Erhebungen wurden bereits in vergangenen REITOX-Berichten veröffentlicht (Nickel et al. 2008; Settertobulte & Richter 2007). Die in 2012 berichteten Trends (siehe Kapitel 2.3.1) basieren auf den Daten aus den Erhebungen in 2002 (N=5.650), 2006 (N=7.274) und 2010 (N=5.005). Die Daten aus 2002 beruhen auf Daten aus vier Bundesländern (Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen); in 2006 bilden fünf Bundesländer (Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen) den deutschen Datensatz. Die Daten aus 2010 beruhen auf Angaben aus 15 Bundesländern (zum Studiendesign und der Methodik der HBSC vgl. Ottova et al. 2012).
- 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 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 2007a; 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 und 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).

Eine weitere Quelle, die seit vielen Jahren kontinuierliche Informationen zu Drogentrends auf lokaler Ebene liefert, stellt das Monitoringsystem Drogentrends (MoSyD) aus Frankfurt am Main dar. Das MoSyD besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel³⁰, eine Szenebefragung und eine

³⁰ Das Trendscout-Panel des MoSyD ist ein teilstandardisiertes Erhebungsinstrument mit qualitativ-ethnografischem Charakter. Primäres Ziel dieses Modells ist das Aufspüren neuer Trends und Veränderungen hinsichtlich des Gebrauchs illegaler Drogen in Frankfurt am Main. Dazu werden Freizeit-Szenen, vor allem (zur Fortsetzung der Fußnote s. folgende Seite)

Expertenbefragung beinhalten. Im Erhebungszeitraum 2012 gingen im Rahmen der Schülerbefragung des MoSyD N=1.513 auswertbare Fragebögen in die Analyse ein (bezogen auf alle Befragten aus 10.-12. Klassen bzw. 1.-3. Ausbildungsjahr), n=1.000 (gewichtete Stichprobe: N=1.001) Befragte waren zwischen 15 und 18 Jahren alt (Bernard et al. 2013). Auf diese Teilstichprobe beziehen sich die später dargestellten Ergebnisse. Darüber hinaus liegen auch Ergebnisse des Trendscout-Panels und der Szenebefragung des MoSyD vor. Die Ergebnisse werden in Kapitel 2.3.2 bzw. 2.4 berichtet.

In Sachsen-Anhalt sind im Mai 2009 die Ergebnisse der Studie „Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV)“ vorgestellt worden. In der vierten soziologisch-empirischen MODRUS-Studie wurden 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 wurden im REITOX-Bericht 2009 dargestellt.

In Hamburg fand 2012 nach der letzten Erhebung aus dem Jahr 2009 unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) zum fünften Mal eine Erhebung unter 14- bis 18-jährigen Schülern der allgemein bildenden und beruflichen Schulen statt. In die Erhebung 2012 konnten N=1.013 (gewichtete Stichprobe; N=1.148 ungewichtete Stichprobe) 14- bis 17-jährige Schüler eingeschlossen werden. Die Befragungen an den nach stichprobentheoretischen Erwägungen ausgewählten Schulen erfolgten im Klassenverband der Schülerinnen und Schüler ab der 8. Jahrgangsstufe aufwärts (Klumpenauswahlverfahren) (Baumgärtner & Kestler, 2013).

Das große Interesse verschiedener Städte und Kommunen, das Datenerhebungsverfahren des „Hamburger Schulbus“ zukünftig auch in ihren jeweiligen Gebietskörperschaften anzuwenden, hat dazu geführt, dass das Büro für Suchtprävention im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Modellprojektes aktuell untersucht, wie und mit welchem konkreten Erkenntnisgewinn eine Adaption des Ansatzes in anderen Regionen ressourcenschonend möglich ist. Zu diesem Zweck wurden die bislang papiergestützten Erhebungsinstrumente auf ein Tablet-PC-basiertes Verfahren umgestellt und inzwischen über das Gebiet Hamburgs hinaus an vier Modellstandorten (zwei Gemeinden in Niedersachsen, einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern sowie einem Landkreis in Schleswig-Holstein) zur regionalen Datenerfassung eingesetzt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Befragungen ist für Anfang 2014 geplant (Baumgärtner & Kestler 2013).

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

aus dem Bereich der Jugendkulturen, ausgewählt. Die Auswahl der unterschiedlichen Bereiche ist auf jene Szenen fokussiert, für die eine relativ hohe Konsumverbreitung illegaler Drogen angenommen werden kann. Die Trendscout-Befragung ist als Panelerhebung konzipiert – ein möglichst gleichbleibender Stamm von Informanten wird in einem regelmäßigen Turnus (seit 2006 zweimal pro Jahr) befragt. Die Erhebung erfolgt mittels eines halboffenen leitfadengestützten Interviews.

Substanz- und Drogengebrauch liegt (v. a. ESA und DAS). Liegen im Berichtsjahr keine neuen Daten vor, werden lediglich einige Basiszahlen dargestellt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen ist 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 beiden letzten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA 2009, 2012) und der aktuellen DAS (2011).

Tabelle 2.1 Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

	Quelle	Alter	Prävalenz	Absolut ¹⁾
Lebenszeit	ESA 2012 ²⁾	18-64	23,9 %	12.351.000
	ESA 2009 ²⁾	18-64	26,7 %	13.729.000
	DAS 2011	12-17	7,2 %	344.000
12 Monate	ESA 2012 ²⁾	18-64	4,9 %	2.532.000
	ESA 2009 ²⁾	18-64	5,1 %	2.622.000
	DAS 2011	12-17	4,9 %	234.000
30 Tage	ESA 2012 ²⁾	18-64	2,6 %	1.344.000
	ESA 2009 ²⁾	18-64	2,6 %	1.337.000
	DAS 2011	12-17	2,0 %	95.000

1) Zahlen gerundet. Zugrunde gelegte Bevölkerungszahlen (Quelle: Statistisches Bundesamt, GENESIS Online-Datenbank) 18-<65 Jahre: 51.418.000 (Jahr 2009) & 51.680.000 (Jahr 2012); 12-17 Jahre: 4.778.270 (Jahr 2011)

2) Die dargestellten Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) basieren auf Querschnittsanalysen der Jahre 2009 und 2012. Die Zahlen können nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends verglichen werden, da die Daten des ESA 2012 im Unterschied zum ESA 2009 auch im Hinblick auf die Bildungsstruktur der Bevölkerung gewichtet wurden. Bei Verwendung einer identischen GewichtungsvARIABLE und unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle (KI 95%) wird deutlich, dass die Anzahl der Personen mit Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Konsum im Zeitraum 2009 bis 2012 statistisch betrachtet stabil geblieben ist.

Die Lebenszeitprävalenz ist als Indikator für aktuelle Veränderungen nicht geeignet, da sie keinen Aufschluss über das aktuelle Konsumverhalten der Befragten gibt. In der Literatur wird üblicherweise die 12-Monats-Prävalenz als Referenzgröße herangezogen, da sie einerseits auf ein hinreichend überschaubares Zeitfenster des zurückliegenden Konsums begrenzt ist und andererseits noch interpretierbare Prävalenzwerte liefert (wohingegen die 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen mit Ausnahme von Cannabis häufig nur ausgesprochen niedrige Werte aufweist) (Details zu den Bevölkerungsumfragen sind auch in der Online Standardtabelle 1 enthalten).

Die Prävalenz-Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV lassen sich aufgrund der Ergebnisse des ESA 2012 auf die deutsche Allgemeinbevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre hochrechnen. Demnach zeigen hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene (95 % KI = 201.000-397.000) einen Missbrauch und 319.000 Erwachsene (KI = 224.000-453.000) eine Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Konsum der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine. Weiterhin haben geschätzte 4,61 Millionen (KI = 4.20 Mio. - 5.05 Mio.) Personen eine Diagnose für den Missbrauch von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln. Etwa 2,31 Millionen Personen (KI = 2,03 Mio. - 2,62 Mio.) sind von (mindestens) einem dieser Medikamente abhängig. In Bezug auf illegale Drogen weisen mehr Männer als Frauen in der Bevölkerung eine substanzbezogene Störung auf. Lediglich für Medikamente zeigt sich ein höherer Anteil an weiblichen Abhängigen (Kraus et al. 2013b).

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Bundesweite Daten

Die Daten der DAS 2011 wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich berichtet, die wichtigsten Kennziffern werden in Tabelle 2.2 im Vergleich mit den Daten des ESA noch einmal dargestellt.

Zum Konsum illegaler Substanzen unter Erwachsenen wurden 2013 neue Ergebnisse aus dem ESA 2012 vorgelegt. In Tabelle 2.2 sind zunächst die Ergebnisse des ESA 2009 und 2012 sowie der DAS 2011 dargestellt.

Tabelle 2.2 Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen

Untersuchung	DAS 2011		ESA 2009 ¹⁾			ESA 2012 ¹⁾		
	%;12-17 J	%;18-25 J	%; 18-64 Jahre			%; 18-64 Jahre		
Substanz	12 M ²⁾	12 M ²⁾	LZ ¹⁾	12 M ²⁾	30 T ²⁾	LZ ²⁾	12 M ²⁾	30 T ²⁾
Cannabis	4,6	13,5	25,6	4,8	2,4	23,2	4,5	2,3
Amphetamine	0,4	1,6	3,7	0,7	0,3	3,1	0,7	0,4
Ecstasy	0,2	1,0	2,4	0,4	0,2	2,7	0,4	0,2
LSD	0,1	0,3	2,4	0,1	0,1	2,2	0,3	0,1
Heroin	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,6	0,2	0,1
Kokain	0,2	0,9	3,3	0,8	0,3	3,4	0,8	0,3
Crack	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1
Pilze	0,4 ³⁾	0,7 ³⁾	2,8	0,1	0,1	2,6	0,3	0,1
Schnüffelstoffe	0,1	0,2	--	--	--	--	--	--
Irgendeine Droge	4,9	14,3	26,7	5,1	2,6	23,9	4,9	2,6
Drogen außer Cannabis	1,0	2,8	7,4	1,3	0,6	6,3	1,4	0,8

1) Aufgrund der geänderten Gewichtung sind die Daten der ESA-Erhebungen 2009 und 2012 nicht direkt im Sinne eines zeitlichen Trends vergleichbar, vgl. dazu die erläuternde Fußnote zu Tabelle 2.1.

2) LZ: Lebenszeit, 12 M: 12 Monate, 30 T: 30 Tage

3) Psychoaktive Pflanzen

BZgA 2012b; Kraus et al. 2013b; Pabst et al. 2010.

Tabelle 2.3 beinhaltet eine differenzierte Darstellung der Konsumprävalenzen nach einzelnen Substanzen, Altersgruppen und Geschlecht aus dem ESA 2012 (Kraus et al. 2013b; Pabst et al. 2013, im Druck). Insgesamt 4,5 % der Studienteilnehmer des ESA 2012 gaben an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben (Tabelle 2.3). Mit Prävalenzwerten von unter 1 % war der Konsum aller anderen untersuchten illegalen Drogen weit weniger verbreitet. Kokain (0,8 %) und Amphetamine (0,7 %) stellen nach Cannabis die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen dar. Am seltensten wurde der Konsum von Heroin, Spice (jeweils 0,2 %) und Crack (0,1 %) berichtet.

Alle erfragten illegalen Drogen wurden häufiger von Männern als von Frauen konsumiert. Beispielsweise liegt die 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis unter Männern doppelt so hoch wie unter Frauen (6,0 % vs. 3,0 %, OR = 2,1, 95 % KI = 1,7-2,7). Darüber hinaus finden sich Altersunterschiede im Konsum illegaler Substanzen in den letzten 12 Monaten. Es zeigt sich ein charakteristischer negativer Altersgradient im Cannabiskonsum mit den höchsten Prävalenzwerten unter 18- bis 20-Jährigen (16,2 %; vgl. Tabelle 2.3) und 21- bis 24-Jährigen (13,7 %). Der Konsum von Amphetaminen (2,4 %), Ecstasy (1,7 %) und LSD (1,3 %) wurde am häufigsten von 25- bis 29-Jährigen berichtet. Andere Opiate (0,8 %) und Kokain (1,8 %) wurden am häufigsten von 30- bis 39-Jährigen konsumiert.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllen jeweils 0,5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Insgesamt 0,2 % weisen eine Kokainabhängigkeit auf. Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigen 0,2 % der Befragten, weitere 0,1 % erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeit. Mit Ausnahme von Kokainmissbrauch weisen Männer häufiger als Frauen substanzbezogene Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von illegalen Drogen auf. Darüber hinaus sind die Einzeldiagnosen am häufigsten in den Altersgruppen der 20- bis 30-Jährigen zu beobachten.

Die Ergebnisse des ESA 2012 zeigen, dass Cannabis in Deutschland nach wie vor die dominierende illegale Droge darstellt. Der beobachtete überdurchschnittlich häufige Cannabiskonsum durch junge männliche Erwachsene ist seit Jahren bekannt. Als besondere Risikogruppe wurden zudem Studierende identifiziert (Pauly & Klein 2012). Kokain und Amphetamine sind nach Cannabis die gebräuchlichsten illegalen Substanzen. Die Verbreitung aller weiteren erfragten illegalen Drogen ist mit einer 12-Monats-Prävalenz von weniger als 0,5 % als gering zu bewerten.

Hochgerechnet erfüllen insgesamt etwa 600.000 Erwachsene (95 % KI: 470.000-770.000) in Deutschland die Kriterien einer klinischen Diagnose im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen. Ein besonderes Risiko im Zusammenhang mit dem Gebrauch illegaler Drogen stellt die hohe Verbreitung der Einnahme weiterer (illegaler) Substanzen zur Kompensation und/oder Wirkungsmodulation dar, so zeigt sich eine substanzbezogene Komorbidität insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis und Kokain (Piontek et al. 2013, im Druck).

Tabelle 2.3 Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 18- bis 64-Jährige (ESA 2012)

Lebenszeitprävalenz	Geschlecht			Altersgruppen						
	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge ¹⁾	23,9	28,3	19,3	23,6	31,3	41,3	36,1	20,4	15,0	8,4
Cannabis	23,2	27,5	18,6	23,0	30,8	41,1	35,4	19,7	14,1	7,7
Andere als Cannabis	6,3	7,8	4,8	3,3	7,8	12,1	11,0	4,9	3,6	2,6
Amphetamine	3,1	4,4	1,8	2,4	4,5	6,8	5,3	2,1	1,5	1,3
Ecstasy	2,7	3,6	1,8	1,2	3,4	6,7	6,6	1,4	0,6	0,4
LSD	2,2	3,0	1,3	0,7	1,2	3,9	4,4	1,4	1,5	1,1
Heroin	0,6	0,9	0,4	0,3	0,3	0,9	1,2	0,5	0,6	0,2
Andere Opiate	1,0	1,2	0,8	0,4	0,9	1,5	2,0	0,7	0,9	0,3
Kokain	3,4	4,4	2,3	1,7	3,0	7,6	6,6	2,8	1,3	0,7
Crack	0,3	0,5	0,2	0,0	0,3	1,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Pilze	2,6	3,9	1,3	1,2	3,2	7,1	4,9	2,0	0,7	0,4
Neue psychoaktive Substanzen (NPS) ²⁾	0,6	0,9	0,3	1,3	1,4	2,5	0,3	0,2	0,1	0,2

Fortsetzung von Tabelle 2.3

12-Monats-Prävalenz	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge ¹⁾	4,9	6,4	3,3	16,8	13,9	10,2	6,5	2,0	1,2	0,4
Cannabis	4,5	6,0	3,0	16,2	13,7	9,8	5,7	2,0	0,9	0,1
Andere als Cannabis	1,4	2,1	0,7	2,4	3,0	3,2	2,6	0,6	0,4	0,2
Amphetamine	0,7	1,2	0,3	1,6	2,1	2,4	0,6	0,5	0,1	0,0
Ecstasy	0,4	0,7	0,1	0,7	0,8	1,7	0,3	0,4	0,1	0,0
LSD	0,3	0,5	0,1	0,6	0,3	1,3	0,1	0,3	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,3	0,1	0,3	0,0	0,7	0,2	0,2	0,0	0,0
Andere Opiate	0,3	0,4	0,3	0,1	0,1	0,7	0,8	0,1	0,2	0,1
Kokain	0,8	1,3	0,3	1,4	0,8	1,5	1,8	0,5	0,2	0,2
Crack	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0
Pilze	0,3	0,5	0,1	0,5	0,6	1,0	0,4	0,3	0,0	0,0
NPS ²⁾	0,2	0,3	0,0	0,7	0,1	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0
30-Tage-Prävalenz	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge ¹⁾	2,6	3,7	1,5	7,6	6,6	5,2	3,8	1,4	0,8	0,2
Cannabis	2,3	3,3	1,2	7,3	6,5	4,8	2,7	1,3	0,5	0,0
Andere als Cannabis	0,8	1,1	0,5	1,4	0,9	1,8	1,5	0,5	0,3	0,2
Amphetamine	0,4	0,6	0,1	0,9	0,4	1,5	0,3	0,3	0,1	0,0
Ecstasy	0,2	0,4	0,0	0,4	0,1	0,9	0,2	0,3	0,0	0,0
LSD	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0
Heroin	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	0,7	0,1	0,2	0,1
Kokain	0,3	0,4	0,2	0,5	0,2	0,5	0,5	0,2	0,1	0,2
Crack	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0
NPS ²⁾	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0

1) Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack oder Pilze.

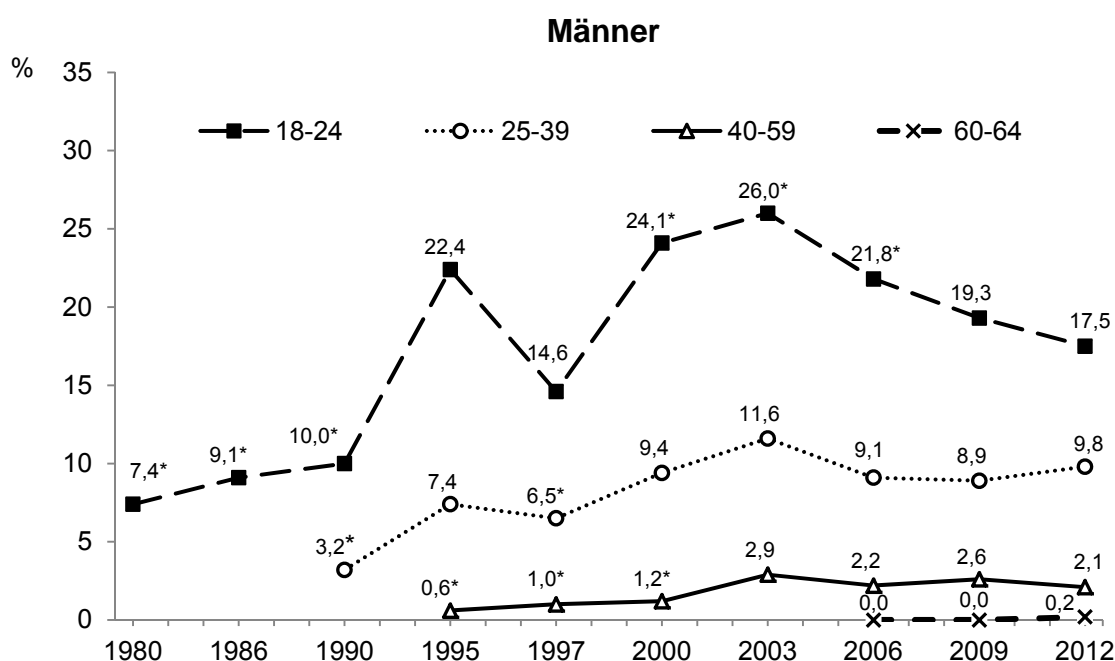
2) Im Rahmen der Datenerhebung zum ESA wurde nach „Spice, Smoke, Space, Badesalzen, Cathinonen o.a.“ gefragt. Damit handelt es sich um eine Mischkategorie einzelner Produkte sowie verschiedener Gruppen von Substanzen, die teilweise auch so genannte „Legal Highs“ sowie „Research Chemicals“ jenseits der (cannabinoidhaltigen) Räuchermischungen beinhalten. „Spice“ und vergleichbare Kräutermischungen (die nachweislich synthetische Cannabinoide enthalten) sind bereits Anfang 2009 infolge gesetzlicher Änderungen weitgehend vom Markt verschwunden, wenngleich in den Folgejahren immer wieder ähnliche Produkte auf dem Markt erschienen sind, die vor allem über das Internet vertrieben werden.

Kraus et al. 2013b.

ESA 1980-2012: Trends des Cannabiskonsums

Innerhalb der letzten sechs Jahre zeigt sich in den meisten Bevölkerungsgruppen keine Veränderung in der Prävalenz des Cannabiskonsums. Lediglich bei jungen Männern im Alter zwischen 18 und 24 Jahren ist ein Rückgang zu beobachten. Auf lange Sicht gesehen findet sich jedoch fast durchgängig eine Zunahme des Anteils aktueller Konsumenten.

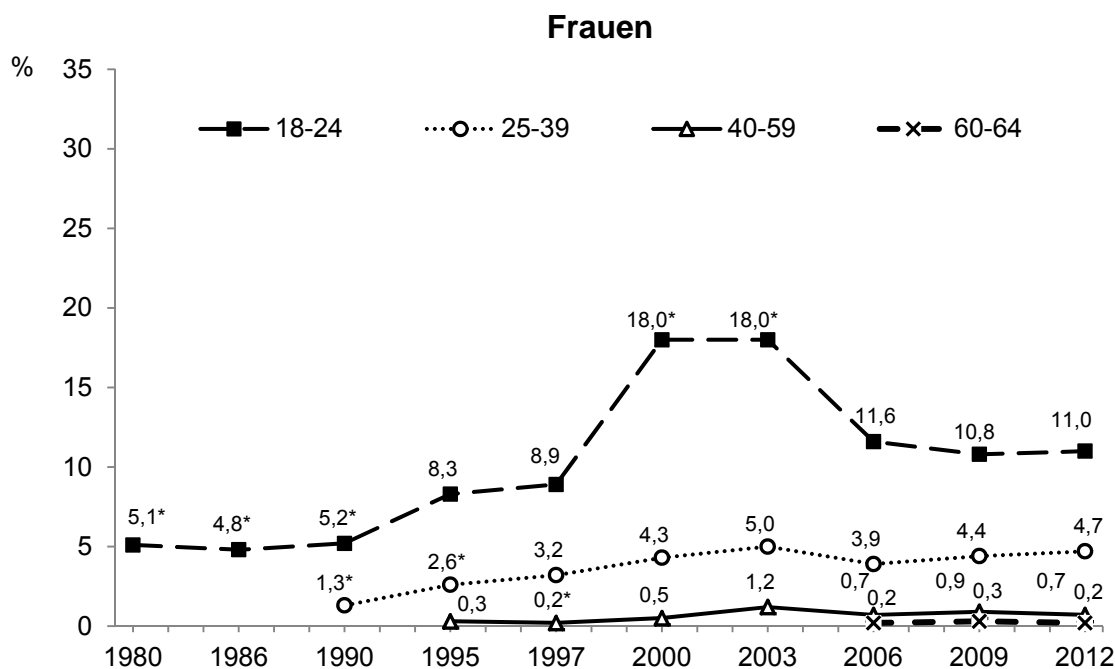
Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums ging bei den 18- bis 24-jährigen jungen Männern und Frauen nach einem Anstieg bis Anfang der 2000er Jahre wieder deutlich zurück (Kraus et al. 2013c, im Druck). Das Maximum war bei beiden Geschlechtern fast viermal höher als im Jahr 1980 (Abbildungen 2.1. und 2.2). Eine ähnliche Entwicklung findet sich bei den 25- bis 39-jährigen Erwachsenen, wobei die Prävalenz weit niedriger war als die der jungen Erwachsenen und der Rückgang nach dem Maximum geringer ausfiel. Ein deutlich geringeres Prävalenzniveau und ein flacherer Verlauf der Kurven sind bei den 40- bis 59- Jährigen und bei den 60- bis 64-Jährigen zu beobachten. Unterschiede zwischen Männern und Frauen betreffen in erster Linie die geringeren Anteile von weiblichen Cannabiskonsumern in allen Altersgruppen. Im Vergleich zum jeweiligen Ausgangsniveau sind die 12-Monats-Prävalenzwerte im Jahr 2012 bei beiden Geschlechtern mit Ausnahme der 60- bis 64-Jährigen in allen Altersgruppen signifikant höher. Der Rückgang ab Mitte der 2000er Jahre ist lediglich in der jüngsten Altersgruppe statistisch bedeutsam.



Für die Darstellung der zeitlichen Trends wurde eine in allen Jahren identische Gewichtungsvariable verwendet, sodass im Unterschied zur Darstellung in den Tabellen 2.1 und 2.2 ein direkter Vergleich der Zahlen möglich ist.

Kraus et al. 2013c, im Druck.

Abbildung 2.1 Männer: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums, * $p < .05$



Für die Darstellung der zeitlichen Trends wurde eine in allen Jahren identische Gewichtungsvariable verwendet, sodass im Unterschied zur Darstellung in den Tabellen 2.1 und 2.2 ein direkter Vergleich der Zahlen möglich ist.

Kraus et al. 2013c, im Druck.

Abbildung 2.2 Frauen: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums, * $p < .05$

Verlaufsdaten für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis durch Jugendliche und junge Erwachsenen zwischen 12 und 25 Jahren, die auf der DAS beruhen, wurden in Kapitel 2.3 des REITOX-Berichts 2012 berichtet.

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 (Aden et al. 2011; 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 2008a). 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 2008b).

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. 2008a). Aufgrund der besonderen Bedeutung des Konsums auch legaler psychotroper Substanzen (v. a. Alkohol, Tabak) durch Jugendliche und junge Erwachsene werden nachfolgend auch kursorisch Ergebnisse zum Konsum legaler Substanzen berichtet.

Die Verlaufsprognose von Substanzstörungen ist speziell für das Kinder- und Jugendalter noch wenig erforscht. In einzelnen Untersuchungen wurden verschiedene, die Entwicklung von Substanzstörungen begünstigende und protektive Faktoren identifiziert (siehe dazu REITOX-Bericht 2010, zitiert nach: Sack & Thomasius 2009; Thomasius 2009).

2.3.1 Konsum legaler psychotroper Substanzen

Alkohol

Den Ergebnissen der aktuellen DAS (BZgA 2012b) zufolge beträgt der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol getrunken haben, 42,0 % (30-Tage-Prävalenz), 14,2 % dieser Altersgruppe trinken regelmäßig (d. h. mindestens wöchentlich) Alkohol, 15,2 % der Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal bei einer Trinkgelegenheit fünf Gläser Alkohol hintereinander getrunken (Rauschtrinken) und 3,7 % viermal oder öfter (häufiges Rauschtrinken). Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren beträgt die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums 81,9 %, regelmäßig konsumieren 39,8 % Alkohol. Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens beträgt 41,9 % und die Verbreitung des häufigen Rauschtrinkens 12,9 %. Bei allen beschriebenen Konsumindikatoren ist der Alkoholkonsum bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen höher als bei weiblichen. Bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist der Alkoholkonsum in den letzten Jahren rückläufig. Sowohl die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums als auch der regelmäßige Alkoholkonsum, das Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen und das häufige Rauschtrinken sind 2011 nicht mehr so weit verbreitet wie noch 2004. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen verlaufen die Entwicklungen seit 2004 uneinheitlich. Neben rückläufigen Entwicklungen sind auch Anstiege zu beobachten, so dass sich derzeit für diese Altersgruppe keine klaren Trends erkennen lassen.

Daten zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen aus dem KiGGS (Lampert & Thamm 2007) und der Studie MODRUS IV wurden bereits in den REITOX-Berichten 2007, 2008 und 2009 berichtet. Auch aus der HBSC-Studie liegen Daten zum Alkoholkonsum Jugendlicher vor, die z. T. bereits in den vergangenen REITOX-Berichten dargestellt wurden. Trendanalysen aus der HBSC wurden 2012 von Richter und Kollegen berichtet (Richter et al. 2012). Demnach ist nach einem deutlichen Anstieg der Konsumraten von Alkohol in den Jahren 1994 bis 2002 ein ebenso deutlicher Rückgang der Konsumhäufigkeiten seit 2002 zu beobachten, wobei

dem Zeitraum von 2002 bis 2006 eine offenbar entscheidende Bedeutung zukommt (gilt auch für Tabak und Cannabis).

Tabak

Aus der DAS liegen aktuelle bundesweite Daten zum Tabakkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor (BZgA 2012b). 2011 haben von den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland insgesamt 70,8 % noch nie geraucht, 11,7 % rauchen. 4,8 % rauchen täglich, 2,0 % täglich 10 Zigaretten oder mehr und 0,3 % rauchen täglich mindestens 20 Zigaretten. 17,5 % haben zumindest schon einmal ausprobiert zu rauchen, sind gegenwärtig aber Nichtraucher. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben 27,6 % noch nie geraucht, die Raucherquote beträgt 36,8 %. Täglich rauchen 23,1 %, täglich mindestens 10 Zigaretten konsumieren 16,5 % und 4,8 % rauchen 20 Zigaretten und mehr pro Tag. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind keine Geschlechtsunterschiede im Rauchverhalten festzustellen. Das Rauchen ist bei männlichen und weiblichen 12- bis 17- sowie 18- bis 25-Jährigen rückläufig. Bei den Jugendlichen hat es sich im letzten Jahrzehnt von 27,5 % (2001) auf 11,7 % (2011) mehr als halbiert. Trendanalysen der bisher durchgeführten HBSC-Studien zum Tabakkonsum Jugendlicher liegen ebenfalls vor. Demnach hat das regelmäßige Rauchen im Zeitraum von 2002 bis 2010 insgesamt deutlich abgenommen, wobei die stärkere Reduzierung im Zeitraum von 2002 auf 2006 auftrat. So sanken die Raten bei den 13-Jährigen von 14,1 % im Jahr 2002 auf 3,0 % im Jahr 2010; bei den 15-Jährigen von 33 % auf 14,9 %. Dieser Rückgang ist bei Mädchen und Jungen gleichermaßen zu beobachten (Richter et al. 2012).

Ergebnisse zum Tabakkonsum Jugendlicher aus dem KiGGS und der Studie MODRUS IV wurden in den REITOX-Berichten 2007 und 2009 berichtet.

Auch aus anderen Quellen (z. B. Schulbus Hamburg 2012 (Baumgärtner & Kestler 2013); Studie des KFN Niedersachsen (Baier & Rabold 2012); oder dem MoSyD Frankfurt (Bernard et al. 2013)) liegen regionale Daten zum Alkohol- und Tabakkonsum unter Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor, auf die hier aber aufgrund der Zielsetzung des REITOX-Berichtes nicht näher eingegangen wird.

2.3.2 Konsum illegaler Drogen

Bundesweite Daten

ESPAD

Deutschland nahm im Jahr 2011 nach den Jahren 2003 und 2007 zum dritten Mal an der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) teil. Ziel der Studie ist es, Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums unter Jugendlichen zu untersuchen (siehe 2.1). Die Ergebnisse wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich vorgestellt. Demnach ist der Anteil der Cannabiskonsumenten gegenüber der ersten Erhebung im Jahr 2003 deutlich zurückgegangen (Tabelle 2.4 im REITOX-Bericht 2012). Im Gegensatz dazu hat es seit dem Jahr 2007 keine weiteren signifikanten

Veränderungen gegeben. Insgesamt sank die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den letzten neun Jahren von 30,8 % auf 22,2 %, die 12-Monats-Prävalenz von 24,6 % auf 17,4 % und die 30-Tage-Prävalenz von 13,5 % auf 8,1 %. Der Anteil cannabiserfahrener Mädchen ging dabei stärker zurück als der Anteil männlicher Konsumenten und ist auch im Vergleich zu 2007 signifikant gesunken (Lebenszeit: 21,1 % vs. 16,8 %). Der Vergleich über die Schulformen ließ einen Rückgang gegenüber dem Jahr 2003 insbesondere in Realschulen und Gymnasien erkennen.

Die zeitliche Entwicklung des problematischen Cannabiskonsums kann nur für den Zeitraum der letzten vier Jahre betrachtet werden, da die entsprechenden Indikatoren 2003 nicht erhoben wurden. Demnach hat es sowohl für die Gruppe der 12-Monats-Konsumenten als auch für die Gesamtstichprobe keine signifikante Veränderung des Anteils problematischer Konsumenten gegeben. Auch in der geschlechtsspezifischen Analyse finden sich keine statistisch bedeutsamen Effekte.

Allerdings zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede in den verschiedenen Schulformen. An Realschulen und Gymnasien hat es ähnlich wie in der Gesamtstichprobe keine Veränderungen gegeben. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Jugendlichen, die aufgrund ihres Cannabiskonsums Probleme entwickelt haben, an Gesamtschulen sehr deutlich gesunken (2,6 % vs. 0,4 % in der Gesamtstichprobe; 13,7 % vs. 2,2 % in der Gruppe der Konsumenten). Eine gänzlich andere Entwicklung zeigt sich an Hauptschulen, wo die Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums von 0,7 % auf 2,9 % (Gesamtstichprobe) bzw. von 5,0 % auf 17,0 % (Konsumenten) angestiegen ist.

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis hat sich seit dem Jahr 2003 nicht verändert (10,5 % vs. 8,9 %). Unterschiede in der zeitlichen Entwicklung des Konsumverhaltens zeigten sich für Ecstasy und Drogenpilze, deren Lebenszeitprävalenz zwischen den Jahren 2003 und 2011 einen rückläufigen Trend zeigte. Demgegenüber war ein Anstieg männlicher Kokainkonsumenten im Vergleich zu 2003 festzustellen. Der subgruppenunabhängige Anstieg des Konsums von Gammahydroxybutyrat (GHB) zwischen den Jahren 2003 (0,2 %) und 2007 (2,4 %) hat sich nicht weiter fortgesetzt.

Drogenaffinitätsstudie der BZgA (DAS)

Die Ergebnisse der letzten DAS wurden im REITOX-Bericht 2012 ausführlich berichtet. Basierend auf den Ergebnissen der aktuellen DAS (2011; BZgA 2012b) wird der Konsum illegaler Drogen bezogen auf die Gruppe aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland nach wie vor durch den Konsum von Cannabis bestimmt. Ecstasy, LSD, Amphetamine, Kokain, Crack, Heroin, Schnüffelstoffe und psychoaktive Pflanzen spielen im Vergleich zu Cannabis eine deutlich geringere Rolle. Dies gilt für die 12- bis 17-Jährigen und 18- bis 25-Jährigen insgesamt als auch für die männlichen und weiblichen Befragten in diesen Altersgruppen.

Die Anteile Jugendlicher und junger Erwachsener, die mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz), unterliegen in Deutschland einem langfristigen Wandel. Nach anfänglicher Stagnation und leichtem Rückgang der

Lebenszeitprävalenz im Zeitraum 1979 bis 1986 steigt bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen der Anteil derjenigen, die Cannabis im Leben zumindest einmal probiert haben, von 3,3 % (1986) kontinuierlich auf 15,1 % im Jahr 2004 an. In diesem Zeitraum ist auch bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen ein Anstieg zu verzeichnen, der zwischen 1997 (25,2 %) und 2004 (43,0 %) besonders steil verläuft. Im Jahr 2004 erreicht die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in beiden Gruppen ihren Höhepunkt.

Bei den Jugendlichen verringert sie sich in den Folgejahren deutlich und beträgt 2011 nur noch 6,7 %. Dieser Effekt ist auf nachwachsende Generationen ohne Konsumerfahrung zurückzuführen. Auch bei den jungen Erwachsenen sinkt die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums und ist im Jahr 2011 signifikant geringer als noch 2004 – wenn auch das niedrigere Ergebnis des Jahres 2010 aktuell nicht erreicht wird.

Die jungen Männer und Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren zeigen ähnliche Verlaufsmuster wie in der Gesamtgruppe, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. In den 1990er Jahren beginnt bei den jungen Erwachsenen in beiden Geschlechtergruppen ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums. Männliche und weibliche 18- bis 25-Jährige weisen im Jahr 2004 die höchsten Werte in der Cannabiskonsumerfahrung auf. Die Befunde zur Lebenszeitprävalenz aus der Erhebung 2011 liegen bei jungen Männern aber weiterhin auf dem Niveau von 2004, bei jungen Frauen ist der aktuelle Wert signifikant niedriger als der in 2004.

In der Gesamtbetrachtung zeigt die Entwicklung verschiedener Indikatoren des Cannabiskonsums für die letzten Jahre einen Rückgang bei Jugendlichen in Deutschland an. Regelmäßiger Cannabiskonsum ist nach den Befunden des Jahres 2011 derzeit bei 0,8 % aller 12- bis 17-Jährigen anzutreffen. In den Erhebungen der Jahre 1993 bis 2007 fallen die entsprechenden Anteilswerte noch statistisch signifikant höher aus. Bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren folgen die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenz sowie der regelmäßige Cannabiskonsum im Zeitverlauf nicht der Lebenszeitprävalenz.

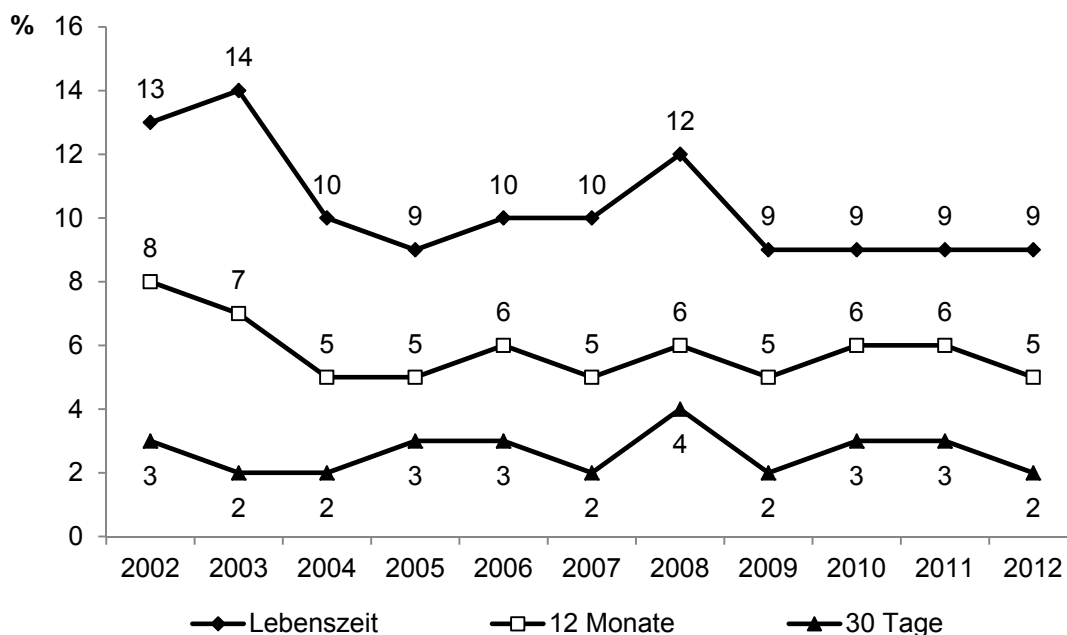
Der starke Anstieg, den die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 1993 bis 2004 nimmt, ist in den anderen Indikatoren (12 Monate, 30 Tage) nicht zu beobachten. Das bedeutet, dass ein steigendes Probierverhalten nicht zu einem Zuwachs im aktuellen und regelmäßigen Konsum führte. Im Unterschied zu den Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) bildet der Indikator der Lebenszeitprävalenz bei jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) zudem öfter einen Cannabiskonsum ab, der einige Jahre zurückliegt (Abbildungen 2.1 und 2.2 im REITOX-Bericht 2012).

Die bereits im letzten REITOX-Bericht (2012) vorgestellten Ergebnisse zum „Riskanten Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen. Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum Alkohol-, Tabak und PC-Konsum“ sind mittlerweile von der Hochschule Emden/Leer veröffentlicht worden (Fietz et al. 2013).

Daten aus den Bundesländern und regionalen Monitoringsystemen

Frankfurt (MoSyD)

Wie bereits in den beiden Vorjahren berichten 2012 9 % der 15- bis 18-jährigen Frankfurter Schüler über Erfahrungen mit mindestens einer illegalen Droge außer Cannabis³¹ (Abbildung 2.3). Die 12-Monats-Prävalenz war 2012 ebenfalls mit der des Vorjahres vergleichbar, ebenso die 30-Tage-Prävalenz. Übersichten zu den Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen des Konsums einzelner Substanzen sind den Tabellen 2.4 und 2.5 zu entnehmen.



Bernard et al. 2013.

Abbildung 2.3 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2012 (MoSyD)

Unter Frankfurter Schülern sind Schnüffelstoffe trotz einer grundsätzlich rückläufigen Entwicklung seit 2007 weiterhin relativ häufig verbreitet (Tabellen 2.4 und 2.5): 10 % der 15- bis 18-Jährigen haben mindestens einmal Inhalanzien ausprobiert. Jeweils 5 % haben Erfahrungen mit Lachgas oder Speed und jeweils 4 % mit psychoaktiven Pilzen, Kokain und Ecstasy. Bei LSD beträgt die Lebenszeit-Prävalenzrate 3 %, bei GHB/GBL 2 % und Crystal (Methamphetamin) und Crack jeweils 1 %. Heroin wurde von weniger als 1 % der Befragten schon mindestens einmal konsumiert.

³¹ Zusammenfassung der Substanzen: Psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB.

Tabelle 2.4 Lebenszeit-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (MoSyD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sig.
Schnüffelstoffe	17	17	21	14	15	17	15	16	13	14	10	***
Lachgas	5	5	3	6	5	5	5	6	6	5	5	n.s.
Kokain	4	5	4	4	5	4	6	3	4	3	4	n.s.
Psych. Pilze	8	9	5	4	6	5	5	4	4	4	4	***
Speed	5	5	4	3	5	4	5	3	6	6	5	**
Ecstasy	5	5	3	3	4	3	3	3	3	3	4	**
LSD	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	n.s.
Crack	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	n.s.
Crystal	a	a	a	a	a	1	1	1	1	1	1	n.s.
Heroin	1	1	1	1	1	1	<1	<1	1	<1	<1	*
GHB/GBL	<1	1	1	1	<1	1	1	<1	1	<1	2	*
Hormon- präparate	a	a	3	4	2	3	4	3	3	3	1	*

^a Nicht erhoben

Bernard et al. 2013.

Insgesamt 9 % haben Konsumerfahrungen mit mindestens einer der so genannten „harten Drogen“ (zusammengefasst: psychoaktive Pilze, Ecstasy, Speed, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Crystal und GHB/GBL).

Bezogen auf die letzten 12 Monate berichten 5 % der 15- bis 18-Jährigen über den Konsum von Schnüffelstoffen, 3 % haben in diesem Zeitraum Speed konsumiert und jeweils 2 % Lachgas, psychoaktive Pilze, Kokain oder Ecstasy. Alle weiteren Substanzen erreichen bei der 12-Monats-Prävalenz maximal 1 %. Insgesamt 5 % haben im vergangenen Jahr mindestens eine „harte Droge“ konsumiert.

Tabelle 2.5 12-Monats-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (MoSyD)

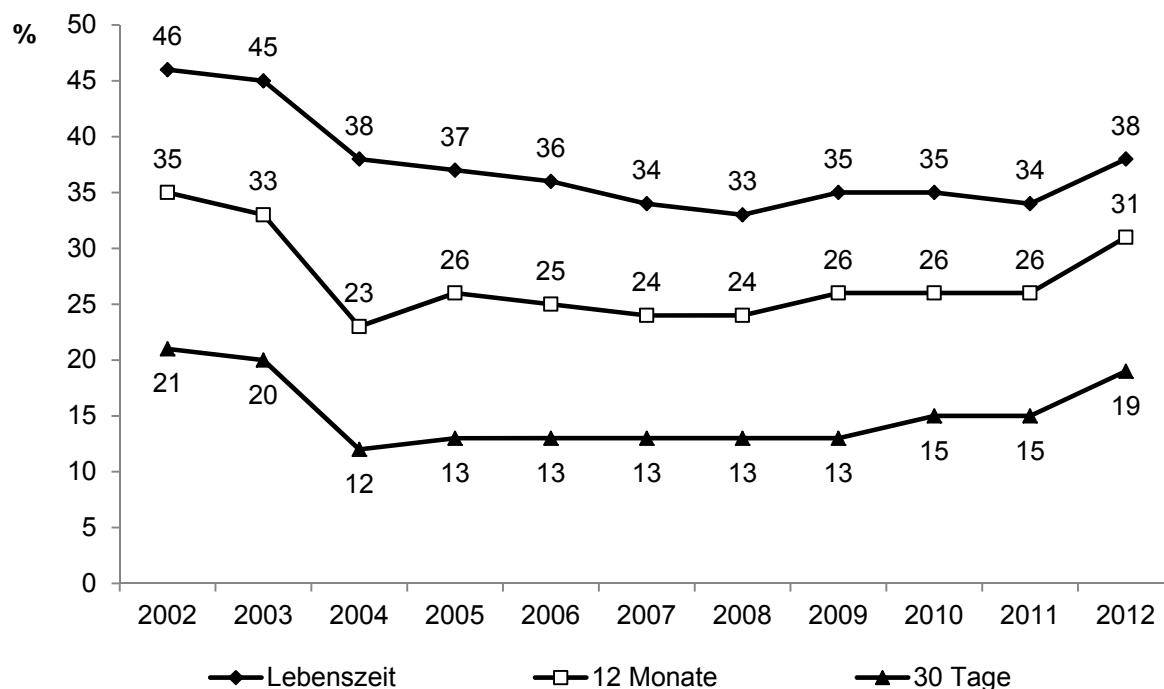
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Sig.
Schnüffelstoffe	7	7	8	7	7	9	8	8	6	8	5	n.s.
Lachgas	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2	n.s.
Kokain	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	n.s.
Psych. Pilze	4	4	2	2	3	2	2	1	1	3	2	***
Speed	3	2	2	2	3	2	4	2	3	4	3	**
Ecstasy	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	n.s.
LSD	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	n.s.
Crack	1	1	<1	1	1	1	1	1	1	<1	<1	n.s.
Crystal	a	a	a	a	a	1	1	1	<1	1	<1	n.s.
Heroin	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	<1	0	<1	n.s.
GHB/GBL	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	<1	<1	n.s.
Hormon- präparate	a	a	2	2	1	2	2	2	2	1	1	n.s.

^a Nicht erhoben

Bernard et al. 2013.

Bezogen auf den Konsum von Cannabis unter Frankfurter Schülern zeigt sich, dass die Lebenszeit-Prävalenz, nach einem zunächst deutlichen Rückgang bis 2008 und danach folgenden geringfügigen Schwankungen, aktuell um vier Prozentpunkte angestiegen ist und damit über den Kennzahlen der sieben Vorjahre liegt (Abbildung 2.3). Die 12-Monats-Prävalenz ist nach dem starken Rückgang 2004 und recht konstanten Werten in den folgenden Jahren im Jahr 2012 ebenfalls vergleichsweise deutlich – um fünf Prozentpunkte – angewachsen. Bei der 30-Tages-Prävalenz war bereits in den beiden Vorjahren, nach dem Tiefststand im Jahr 2004 und nachfolgend nahezu konstanten Werten, eine leicht ansteigende Tendenz zu beobachten. Aktuell hat dieser Wert noch einmal zugenommen und erreicht damit fast die hohen Zahlen der beiden Anfangsjahre.

Nachdem in den letzten Jahren somit von einer Stagnation des Cannabiskonsums auszugehen war, zeichnet sich unter Frankfurter Schülern aktuell wieder ein Anstieg ab. Dieser lässt sich auch bei den häufig Konsumierenden beobachten (mindestens 10 Mal im Vormonat) – gegenüber dem Vorjahr hat sich der entsprechende Anteil wieder um drei Prozentpunkte auf aktuell 7 % erhöht; somit liegt auch dieser Anteil wieder fast so hoch wie in den ersten Erhebungsjahren. Der Anteil derer, die maximal 9 Mal im Vormonat konsumiert haben, ist indes nur um einen Prozentpunkt angestiegen.



Bernard et al. 2013.

Abbildung 2.4 Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2011 (MoSyD)

Seit 2008 werden die Schüler im Rahmen des MoSyD auch nach dem Konsum sogenannter Räuchermischungen, seit 2010 auch nach dem Konsum anderer so genannter „Legal Highs“ befragt. In der aktuellen Erhebung 2012 haben 7 % der befragten 15- bis 18-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben eine Räuchermischung konsumiert, 2 % auch in den zurückliegenden 30 Tagen. Ebenfalls 2 % haben ein derartiges Produkt mehr als 5 Mal im Leben konsumiert. Zwischen den Altersjahrgängen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Lediglich 27 % derer, die überhaupt schon einmal Räuchermischungen konsumiert haben, haben derartige Produkte mehr als 5 Mal probiert und 17 % (1 % aller 15- bis 18-Jährigen) sind „erfahrene Konsumenten“ mit mehr als 10-maliger Konsumerfahrung. Auf die Frage nach anderen Legal-High-Produkten (neben „Badesalzen“, „Düngerpillen“ etc. wurden in der Fragestellung auch „Research Chemicals“/RCs als Beispiel angegeben) geben 2 % an, ein derartiges Präparat mindestens einmal probiert haben. Lediglich drei Befragte haben auch im letzten Monat andere „Legal Highs“ genommen und vier Befragte haben solche Produkte schon mehr als 5 Mal im Leben konsumiert.

Erneut sind die Antworten auf die Frage nach dem Konsum anderer Legal Highs bzw. RCs unter einem gewissen Vorbehalt zu betrachten. Lediglich 5 der 24 Personen, die Konsumerfahrungen angeben, nennen bei der offenen Frage nach der konsumierten Substanz „Badesalz“ überhaupt ein Produkt bzw. eine Substanz aus der engeren Gruppe der „Legal Highs/RCs“. Sieben vorgeblich Konsumerfahrene nannten missbrauchbare Medikamente wie Hustenstiller-Ratiopharm® (Dextromethorphan/DXM) oder Ritalin® (Methylphenidat). Vereinzelt wurden auch Namen von Räuchermischungen genannt sowie

LSA³² bzw. Holzrosensamen und Yopo-Samen (beides natürliche, legale Halluzinogene). Insofern beträgt die Lebenszeit-Prävalenz von anderen Legal Highs bzw. RCs im engeren Sinne nur 0,5 %. Anhand der Antworten bestätigt sich somit erneut, dass offenbar eine relative große Unklarheit bezüglich des Legal High-Begriffs unter den befragten Jugendlichen vorliegt

Die Autoren des MoSyD kommen zu dem Ergebnis, dass Räuchermischungen und andere so genannte „Legal Highs“ nach wie vor nicht nur weit überwiegend von jenen probiert werden, die ebenfalls Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen haben, sondern besonders häufig von Personen mit ausgiebigeren Drogenerfahrungen sowie aktuell Konsumierenden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die generelle Verbreitung von Legal Highs im Jahr 2012 in Frankfurt nahezu unverändert ist. Der Anteil an Konsumierenden ist gleich geblieben und nach wie vor konsumieren nur sehr wenige Schüler regelmäßig bzw. aktuell Räuchermischungen oder andere so genannte „Legal High“-Produkte. Ebenfalls unverändert werden die sogenannten Räuchermischungen deutlich häufiger ausprobiert als „Badesalze“, „Research Chemicals“ o. ä., die unter den Frankfurter Jugendlichen eine nur äußerst marginale Rolle spielen.

Auch die Ergebnisse des Trendscout-Panels deuten darauf hin, dass den so genannten „Legal Highs“ in Frankfurt nur eine randständige Bedeutung zukommt. Räuchermischungen mit synthetischen Cannabinoiden haben hinsichtlich der Nachfrage einen geringen Stellenwert im Vergleich zu herkömmlichen Cannabisprodukten, spielen aber unter den verfügbaren Legal-High-Produkten die größte Rolle. Weitere Research Chemicals im Bereich „Partydrogen“ sind bisher nur auf begrenzte Resonanz in sehr speziellen, experimentierfreudigen Szenen gestoßen. Das Gros der Konsumenten verlässt sich weiterhin auf das Angebot der illegalen Marktstrukturen, u. a. begründet mit fehlender Erfahrung im Umgang mit Research Chemicals (RC), dem damit einhergehenden Risiko und der bislang relativen Unerforschtheit der Substanzen, u. a. in Bezug auf risikominimierende Konsumpraktiken. Aus der Drogenhilfe wurden lediglich Einzelfälle berichtet, in denen Klienten sich synthetische Drogen aus dem Internet bestellt haben. Auch die Frankfurter Polizei sieht keine Anhaltspunkte für auffällige Trendentwicklungen im Bereich der Legal Highs.

Hamburg - Schulbus

Die in 2012 zum fünften Mal erhobenen Daten zur Konsumverbreitung von Rauschmitteln unter Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie die daraus ableitbaren Schlussfolgerungen haben sich zu einem unverzichtbaren Instrument der drogenpolitischen Steuerung suchpräventiver Maßnahmen in Hamburg etabliert. 2013 wurde der Kurzbericht des Schulbus 2012 vorgelegt, in dem die ersten deskriptiven Erkenntnisse der Befragung 2012 vorgestellt und mit den Daten der Erhebungen der Vorjahre abgeglichen werden (Baumgärtner & Kestler 2013). Die Befragungen an den nach stichprobentheoretischen Erwägungen ausgewählten Schulen erfolgten im Klassenverband der Schülerinnen und

³² LSA (D-Lysergsäureamid) ist auch unter dem Namen Ergin bekannt.

Schüler ab der 8. Jahrgangsstufe aufwärts (Klumpenauswahlverfahren)³³. Die Lebenszeit-Prävalenz verschiedener Suchtmittel als Ausdruck ihrer Griffnähe (Verfügbarkeit) und als Indikator der Probierebereitschaft der Jugendlichen zeigt einen abnehmenden Trend bei den legalen und eine seit 2009 wieder leicht ansteigende Konsumverbreitung illegaler Drogen. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums ist nach einer rückläufigen Entwicklung zwischen 2004 und 2007 und einer relativen Stagnation 2009 im Jahr 2012 wieder gestiegen (Tabelle 2.6). Gleiches gilt für die Prävalenz des Konsums anderer illegaler Drogen. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich auch bei der 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Am stärksten zugenommen in den vergangenen fünf Jahren hat der Anteil der Befragten mit Cannabiserfahrungen bei den männlichen sowie bei den 16- bis 17-jährigen Jugendlichen. Der Anstieg der Konsumverbreitung von Cannabis dürfte zu einem nicht unerheblichen Teil mit der bereits ebenfalls beobachteten Zunahme des Tabakkonsums zusammenhängen. Aufgrund der Ähnlichkeit der Applikationsweise sind es vor allem die Tabakkonsumenten, bei denen sich überdurchschnittlich hohe Konsumraten für Cannabis finden. Während sich unter den ‚Nie-RaucherInnen‘ und den Jugendlichen, die Tabak bislang allenfalls probiert haben, nur wenige Cannabiskonsumanten ausmachen lassen, geben fast ein Drittel (31 %) der aktuellen Raucher und nahezu die Hälfte (48 %) der regelmäßigen Tabakkonsumenten an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Haschisch und/oder Marihuana konsumiert zu haben.

Tabelle 2.6 Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen 14- bis 17-jähriger Schüler in Hamburg 2004-2012

	2004	2005	2007	2009	2012
Lebenszeitprävalenz					
Cannabis	38,0	35,0	22,7	23,6	29,3
And. illegale Drogen	10,2	10,3	5,8	3,9	7,3
30-Tage-Prävalenz					
Cannabis	16,7	15,5	9,0	11,3	16,9
And. illegale Drogen	3,4	4,8	2,2	0,9	2,2

Baumgärtner & Kestler 2013.

Dass die Probierebereitschaft von Cannabis unter den jüngeren Jugendlichen dennoch weiterhin zurückzugehen scheint, wird durch die Zahlen zur Entwicklung des Erstkonsumalters untermauert. Seit 2005 steigt das Durchschnittsalter des Erstkonsums von Cannabis kontinuierlich an (2005: 13,7 Jahre) und liegt aktuell bei 14,8 Jahren. Wie wichtig

³³ Bei dem eingesetzten Erhebungsinstrument handelt es sich um einen hoch standardisierten, Tablet-PC gestützten Fragebogen. Thematisch beinhaltet dieser alle bislang in der Schulbus-Studie bewährten Items zur Erfassung basaler Suchtmittelkonsumdaten und grundlegender Sozialstatistiken. Für die inhaltliche und organisatorische Betreuung vor Ort waren Befragungsteams studentischer Hilfskräfte verantwortlich, die zuvor durch das Büro für Suchtprävention für diese Aufgabe geschult wurden. Die Feldphase in Hamburg konnte unmittelbar im Anschluss an die Sommerferien 2012 aufgenommen und nach etwa drei Monaten vollständig abgeschlossen werden.

die Bemühungen um ein Hinauszögern des Einstiegsalters in den Rauschmittelgebrauch sind, wird nach Einschätzung der Autoren bei Betrachtung der Konsummuster der Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters ihres Erstkontakts mit verschiedenen Substanzen deutlich. Für den Cannabiskonsum gilt (auch: Alkohol und Tabak), dass sich unter den heute 16- bis 17-Jährigen, die bereits mit 13 Jahren oder früher jeweils einschlägige Konsumerfahrungen gemacht haben, aktuell deutlich größere Anteile regelmäßiger Konsumenten finden als unter jenen Jugendlichen derselben Altersgruppe, die erst später Cannabis (auch: Alkohol, Tabak) zu konsumieren begannen.

Andere illegale Drogen außer Cannabis spielen im Vergleich zu Haschisch und Marihuana nur eine untergeordnete Rolle. Tabelle 2.7 gibt einen Überblick über die Lebenszeit-Prävalenz der verschiedenen Suchtmittel, von denen die in der Liste ab Kokain aufgeführten Substanzen für die nachfolgenden Übersichten zu der gemeinsamen Kategorie ‚andere illegale Drogen‘ zusammengefasst wurden. Es zeigt sich, dass sich die Lebenszeit-Prävalenz dieser illegalen Drogen in der Folge des Mitte der 2000er Jahre erreichten Höchststandes von 10 % auf 4 % in 2009 mehr als halbiert hat und im Befragungsjahr 2012 auf gut 7 % wieder gestiegen ist.

Tabelle 2.7 Lebenszeit-Prävalenz verschiedener Suchtmittel der Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012

	2004	2005	2007	2009	2012
Schnüffelstoffe			8,7	8,3	7,2
Räuchermischungen				4,8	3,3
Kokain	4,5	4,2	3,2	1,9	3,2
Amphetamine	3,1	3,9	2,2	1,3*	2,5
Pilze	4,0*	4,1*	2,5	1,5	2,1
Ecstasy	4,1**	4,5**	2,3	1,5	2,0
LSD	2,2	2,7*	1,2	1,0	1,3
Research Chemicals					1,2

Die mit * gekennzeichneten %-Anteile in den Vorjahren unterscheiden sich signifikant von dem des Referenzjahres 2012 mit * $p < 0,05$; ** $p > 0,01$ bzw. *** $p < 0,001$

Baumgärtner & Kestler 2013.

Betrachtet man mit der 30-Tage-Prävalenz die jeweils aktuell vorliegenden Erfahrungen der Jugendlichen im Umgang mit illegalen Drogen außer Cannabis, lässt sich auch hier zwar ein Anstieg der in 2012 erhobenen Daten gegenüber jenen aus 2009 ausmachen. Aber mit insgesamt 2 % verbleibt der Anteil der aktuellen Konsumenten illegaler Drogen unter den Hamburger Jugendlichen auf einem moderaten Niveau.

Neben der Erhebung von Informationen zur Prävalenz enthält der Schulbus 2012 noch eine Reihe weiterer Daten, die in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum gestellt wurden, wie z. B. zum Migrationshintergrund, zur sozialen Lage, zu den Beziehungen zu Dritten oder der schulischen Situation der Befragten.

Saarland

Ende des Schuljahrs 2009/2010 wurden durch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) im Saarland repräsentative Befragungen unter Schülern der vierten und neunten Jahrgangsstufe zum Thema delinquentes Verhalten und dessen Bedingungsfaktoren durchgeführt; zudem erfolgten Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik. Der Bericht wurde 2012 veröffentlicht (Baier & Rabold 2012)³⁴. Neben zahlreichen anderen Indikatoren wurden auch Informationen zum Substanzkonsum unter den Kindern und Jugendlichen erfasst. Von den Jugendlichen des Saarlands gaben 23,6 % an, dass sie mindestens monatlich Alkohol trinken, im Bund waren es 22,8 %. Das sog. Rauschtrinken (Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken zu einer Trinkgelegenheit) praktizierten 53,6 % der saarländischen Jugendlichen im letzten Monat (Bund: 53,9 %). Illegale Drogen werden im Vergleich zu den legalen Drogen weitaus seltener konsumiert. Von denjenigen, die diese Drogen überhaupt konsumiert haben, beschränken sich die meisten auf den gelegentlichen Konsum (ein bis zwölf Mal im Jahr). Bei den Cannabiskonsumenten trifft dies auf 11,3 % zu, bei den Konsumenten „harter“ Drogen auf 3,3 %. Noch häufiger wurde Cannabis nur von 3,4 % der Jugendlichen konsumiert, bei den „harten“ Drogen gilt dies für 0,8 % der befragten Jugendlichen.

Gesamtbetrachtung und Trends

Die Tabellen 2.8 und 2.9 fassen für illegale Drogen bzw. für Cannabis die Ergebnisse der aktuell vorliegenden Studien zur Prävalenz des Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen.

Erstmals seit mehreren Jahren weisen die Daten regionaler Monitoringsysteme (Frankfurt und Hamburg) auf eine Stagnation oder sogar Umkehr des seit mehreren Jahren beobachteten kontinuierlichen Rückgangs des Konsums illegaler Substanzen (primär: Cannabis) unter Jugendlichen hin. Die Daten aus der Hamburger Schulbus-Erhebung und dem Frankfurter MoSyD legen nahe, dass es sich dabei um eine Gruppe erfahrener und älterer Konsumenten handelt und die Probierbereitschaft insbesondere in den jüngeren Altersgruppen unverändert niedrig ist. Offensichtlich gelingt es nach wie vor nur unzureichend, die Zielgruppe der „regelmäßigen“ Konsumenten zu erreichen, während es Hinweise darauf gibt, dass die etablierten Präventionsprogramme und -angebote das Alter des Erstkonsums erfolgreich weiter steigern konnten. Besonderes Augenmerk sollte insbesondere auf den Zusammenhang des Cannabiskonsums mit dem Rauchverhalten gelegt werden. Diese Beziehung ist seit vielen Jahren bekannt und wurde wiederholt andernorts beschrieben. Die Prävalenzraten von so genannten „Legal Highs“ und

³⁴ <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fob120.pdf>. Im Rahmen der Befragung wurden 691 Kinder (Durchschnittsalter: 10 Jahre; Grundgesamtheit: 8.665 Schüler) und 2.096 Jugendliche (Durchschnittsalter: 15 Jahre; Grundgesamtheit: 10.102 Schüler) erreicht. Die Stichproben wurden so bestimmt, dass alle Schulformen (Ausnahme: Förderschule mit anderen Schwerpunkten als dem Schwerpunkt Lernen) Berücksichtigung fanden und dass repräsentative Aussagen zu den sechs Landkreisen des Saarlands möglich sind. Die Rücklaufquote fiel in beiden Jahrgangsstufen mit 48,8 bzw. 59,1 % unterdurchschnittlich aus; gleichwohl liegt diese Quote noch immer höher als bei anderen methodischen Herangehensweisen.

verwandten Produkten scheinen unverändert relativ niedrig zu sein. Dennoch scheinen sie sich als fester Bestandteil der Konsumszenen zu etablieren. Die Erhebung belastbarer epidemiologischer Daten in diesem Segment ist mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten verbunden und wird sicherlich vor dem Hintergrund sich verändernder Konsumgewohnheiten Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein. Aus den Daten wird ebenfalls deutlich, dass die isolierte Betrachtung einzelner Substanzen ohne Berücksichtigung von Konsummustern und anderer relevanter (z. B. sozialer) Daten unzureichend ist, um die Entstehung und Aufrechterhaltung des Konsums illegaler Substanzen ausreichend zu beschreiben.

Tabelle 2.8 Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis (Ausnahme: BZgA) bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien

Studie ¹⁾	Jahr	Altersgruppe	Region	Prävalenz (%)		
				30 Tage ²⁾	12 Monate	Lebenszeit
BZgA	2011	12-17	National	0,4	1,0	1,8
BZgA	2011	18-25	National	1,0	2,8	9,1
BZgA	2008	12-17	National	0,6	2,0	2,7
BZgA	2008	18-25	National	0,9	2,9	9,2
BZgA	2004	12-17	National	0,1	1,6	2,6
BZgA	2004	18-25	National	0,5	3,1	11,2
ESPAD	2011	15-16	5 Länder			8,9
ESPAD	2007	15-16	7 Länder			10,1
ESPAD	2003	15-16	6 Länder	3,8	8,3	12,3
MoSyD	2012	15-18	Frankfurt	2	5	9
MoSyD	2011	15-18	Frankfurt	3	6	9
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	3	6	9
MoSyD	2009	15-18	Frankfurt	2	5	9
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	4	6	12
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	2	5	10
Schulbus	2012	14-17	Hamburg	2,2		7,3
Schulbus	2009	14-17	Hamburg	0,9		3,9
Schulbus	2007	14-17	Hamburg	2,2		5,8
Schulbus	2005	14-17	Hamburg	4,8		10,3
Schulbus	2004	14-17	Hamburg	3,4		10,2

1) BZgA: Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy und LSD. Daten zum Konsum „illegaler Drogen außer Cannabis“ liegen bis 2008 nicht vor. Die vorliegenden Daten von 2004 sind das Ergebnis einer Re-Analyse 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. Die dargestellten Ergebnisse unterscheiden sich von den Vorjahren und beruhen auf einer Re-Analyse der Daten (Baumgärtner & Kestler 2013).

2) Entspricht „gegenwärtigem Konsum“ (BZgA bis 2008) bzw. „aktuellem Konsum“ (Schulbus).

Tabelle 2.9 Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Altersgruppe	Region	Konsum im Zeitraum (%)		
				30 Tage ¹⁾	12 Monate	Lebenszeit
HBSC	2010	15	National ²⁾		7,4	
HBSC ³⁾	2006	15	5 Länder	7,1/4,3	10,6	18,1/13,8
HBSC	2002	M=15,7	4 Länder		17,5	24,0
KiGGS ³⁾	2003/06	11-17	National		9,2/6,2	
BZgA	2011	18-25	National	5,4 (3,3) ⁴⁾	13,5	39,2
BZgA	2011	12-17	National	1,9 (0,8) ⁴⁾	4,6	6,7
BZgA	2010	18-25	National	5,3 (3,2) ⁴⁾	12,7	35,0
BZgA	2010	12-17	National	1,7 (0,2) ⁴⁾	5,0	7,4
BZgA	2008	18-25	National	4,5	11,6	40,9
BZgA	2008	12-17	National	2,6	6,6	9,6
BZgA	2007	18-25	National			
BZgA	2007	12-17	National	2,3	5,9	9,0
BZgA	2004	18-25	National	6,1	15,2	43,0
BZgA	2004	12-17	National	2,4	10,1	15,1
ESPAD ⁵⁾	2011	15-16	5 Länder	8,1	17,4	22,2
ESPAD ⁵⁾	2007	15-16	7 Länder	8,1	17,2	25,2
ESPAD	2003	15-16	6 Länder		24,0	31,0
MoSyD	2012	15-18	Frankfurt	19	31	38
MoSyD	2011	15-18	Frankfurt	15	26	34
MoSyD	2010	15-18	Frankfurt	15	26	35
MoSyD	2009	15-18	Frankfurt	13	26	35
MoSyD	2008	15-18	Frankfurt	13	24	33
MoSyD	2007	15-18	Frankfurt	13	24	34
Schulbus	2012	14-17	Hamburg	16,9		29,3
Schulbus ⁶⁾	2009	14-17	Hamburg	11,3		23,6
Schulbus ⁶⁾	2007	14-17	Hamburg	9,0		22,7
Schulbus ⁶⁾	2005	14-17	Hamburg	15,5		35,0
Schulbus ⁶⁾	2004	14-17	Hamburg	16,7		38,0

1) BZgA (DAS 2004: 30 Tage = "gegenwärtiger Konsum"), Schulbus („aktueller Konsum“ = 30 Tage).

2) Ohne Baden-Württemberg.

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

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

5) 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.

6) Die dargestellten Ergebnisse unterscheiden sich von den Vorjahren und beruhen auf einer Re-Analyse der Daten (Baumgärtner & Kestler 2013).

Beim Vergleich der Daten ist Folgendes zu beachten:

- Die befragten Altersgruppen der einzelnen Studien sind nicht identisch.
- Für die Daten der BZgA liegen bis 2008 keine getrennten Prävalenzen für „illegale Drogen außer Cannabis“ vor.
- ESPAD und HBSC wurden nur in einigen der 16 Bundesländer durchgeführt (HBSC 2010: alle Bundesländer bis auf Baden-Württemberg).
- Ein Teil der Unterschiede der Prävalenzschätzungen können auch z. B. auf unterschiedliche Methoden (Telefon- vs. klassengestützte Fragebogenerhebung) oder verschiedene Formulierungen in den Fragebögen zurückzuführen sein.

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

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.

Nachhaltige Veränderungen im Konsum anderer Substanzen sind in letzter Zeit nicht berichtet worden. Regional existieren aber nach wie vor Unterschiede im Konsumverhalten und in den Charakteristika der Märkte (z. B. Preise und/oder Reinheitsgehalte für verschiedene Substanzen), die sich regional erheblich unterscheiden können.

Darüber hinaus rücken immer wieder einzelne Substanzen oder Substanzgruppen (z. B. GHB/GBL, Methamphetamin, 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 Monitoring-systeme zur Verfügung stehen (Ausnahme: Frankfurt). 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.

Weitere Ergebnisse des Trendscout-Panels des MoSyD Frankfurt

Cannabis wird in den meisten Szenen als leicht erhältlich bei relativ hoher Qualität beschrieben. Der Trend zum Selbstanbau von Cannabis hat sich offenbar fortgesetzt.

Auch wenn Kokain in den elektronischen Tanzszenen eine geringere Bedeutung zugeschrieben wird, gilt es in den übrigen Umfeldern neben Cannabis als die am weitesten verbreitete Droge neben Cannabis. Die Verfügbarkeit wie auch die konkrete Verbreitung

variiert zwischen den einzelnen Szenen stark. Nach wie vor wird zumeist der hohe Preis als Grund dafür angeführt, weshalb die Droge zumeist eher selten konsumiert wird.

Amphetamin ist in den an elektronischer Musik orientierten Ausgehenszenen nach wie vor die meistkonsumierte illegale Droge und wird dabei als preiswert und leicht verfügbar beschrieben. Wieder deutlich erhöht hat sich die Verbreitung von Ecstasy-Tabletten in diesen Umfeldern.

Die Verbreitung von LSD und psychoaktiven Pilzen beschränkt sich weiterhin größtenteils auf kleine konsumerfahrene Gruppen. Auch der Konsum von GHB/GBL scheint auf wenige Subgruppen begrenzt zu sein, wobei aufgrund negativer Konsumerfahrungen die Konsumfrequenz und -intensität abgenommen haben.

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 vermittelt 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 Begriffe oder die von Alltagskonzepten jenseits einer reinen sprachlichen Übersetzung nicht ohne Berücksichtigung des jeweiligen kulturellen Kontextes, der mit den entsprechenden Begriffen verbunden ist, möglich. Neuere Studien zur Behandlung von Menschen mit Substanzbezogenen Störungen und Migrationshintergrund finden sich auch in Kapitel 5.

Daten aus dem Frankfurter MoSyD zeigen, dass bei einem Vergleich der Jugendlichen aus muslimischen Elternhäusern mit Gleichaltrigen die Jugendlichen mit einem islamischen

Hintergrund deutlich seltener Cannabis und andere illegale Drogen konsumieren. In den letzten zehn Jahren hat sich in Frankfurt eine Art „Polarisierung“ dahingehend ergeben, dass es unter muslimischen Jugendlichen eine in ihrem Umfang gestiegene Gruppe von Jugendlichen gibt, die nie legale oder illegale Drogen konsumiert haben. Gleichzeitig ist die Gruppe derer, die regelmäßig konsumieren, etwa gleich groß geblieben.

(Techno-) Partyszenen

Die Verbreitung von Amphetaminen, die in Frankfurt in den letzten Jahren innerhalb des Techno-/House-Party-Milieus Cannabis als meistkonsumierte illegale Droge abgelöst haben, wird Ergebnissen der aktuellen Trendscout-Befragung des MoSyD (siehe oben) weiterhin als hoch eingestuft (Bernard et al. 2013). Speed hat das positivste Image unter den synthetischen Drogen und wird auch am häufigsten konsumiert. Cannabis wird insbesondere in Techno-/House-Umfeldern im Vergleich zu 2011 eine etwas geringere Bedeutung zugeschrieben. Nachdem bereits im letzten Berichtsjahr über ein verbessertes Angebot von Ecstasy-Tabletten mit einem höheren MDMA-Gehalt berichtet wurde, setzte sich diese Tendenz 2012 fort. Daneben wird weiterhin von einem etwa gleichbleibenden Angebot von MDMA-Kristallen und -Pulver berichtet. In der Konsequenz hat sich das Image weiter verbessert; in den elektronischen Tanzszenen rangiert Ecstasy/MDMA nunmehr auf Platz 2 der meistkonsumierten illegalen Substanzen. Im Vergleich zu den etablierten synthetischen Drogen wird Kokain in den elektronischen Tanzszenen eine deutlich geringere Bedeutung zugeschrieben. Der Konsum von Ketamin ist den Trendscouts zufolge 2012 wieder etwas angestiegen; allerdings beschränkt sich die Verbreitung weiterhin fast ausnahmslos auf die Szenen aus dem Bereich der elektronischen Musik. Mehrere Trendscouts berichten über niedrigere Hemmschwellen gegenüber dem Konsum des dissoziativ wirkenden Narkotikums im Berichtsjahr. Vor allem gegen Ende des Jahres wurde indes eine temporäre Verschlechterung des Angebots wahrgenommen.

Offene Drogenszene – Frankfurt/Main

2013 wurde mit der „Szenestudie 2012“ der aktuelle Bericht des MoSyD zur offenen Drogenszene in Frankfurt am Main vorgelegt (Bernard & Werse 2013). Demnach ist das Durchschnittsalter der Befragten nach Anstiegen in den Vorjahren 2012 wieder leicht auf 37,2 Jahre zurückgegangen, liegt damit aber höher als in allen Jahren vor 2010 und rund zehn Jahre über dem Wert von 1991. Mit 32 % wird der bislang höchste Anteil an Befragten mit nicht-deutscher Nationalität erreicht. Deutlich positiver als noch 2010 stellt sich die Situation bezüglich einer Berufsausbildung dar; drei Fünftel der Befragten verfügen über einen entsprechenden Abschluss. Nur leicht verbessert hat sich hingegen die Arbeitssituation, wenngleich mit 77 % der bislang niedrigste Anteil an Arbeitslosen erreicht wird.

Nach wie vor sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der Straßen-Drogenszene. Nahezu alle Befragten verfügen diesbezüglich über Konsumerfahrungen; rund zwei Drittel haben in den letzten 24 Stunden Heroin und drei Viertel Crack konsumiert. Damit bewegt sich der Heroinkonsum auf dem gleichen Niveau wie

2010, wogegen der aktuelle Konsum von Crack seit 2008 angestiegen ist. Männliche Befragte injizieren Crack häufiger, während weibliche das Kokainderivat deutlich häufiger rauchen. Eine deutliche Änderung hat 2012 im Hinblick auf illegal gehandelte Benzodiazepine stattgefunden: Nur noch rund ein Fünftel der Befragten hat diese Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert. 2010 lag dieser Wert noch mehr als doppelt so hoch. Diese Verschiebung führen die Autoren in erster Linie auf die Komplettunterstellung von Flunitrazepam unter das BtMG zurück sein, wodurch sich die Verfügbarkeit dieses Medikaments in der Straßen-Drogenszene offenbar stark verschlechtert hat. Scheinbar ist nur eine Minderheit der Konsumenten auf das weitaus leichter erhältliche und deutlich preisgünstigere Diazepam umgestiegen.

Der im Vorjahr beobachtete Rückgang der Verbreitung von Pulverkokain hat sich wieder umgekehrt: 30-Tages- (aktuell 45 %) und 24-Stunden-Prävalenz (11 %) liegen wieder auf dem Niveau von 2008. Ebenfalls – allerdings nur geringfügig und auf niedrigem Niveau – angestiegen ist der Anteil der Befragten, die aktuell nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumieren: 12 % haben in den letzten 30 Tagen illegal gehandeltes Methadon und 7 % Buprenorphin genommen; nur vereinzelt wurden derartige Präparate auch in den letzten 24 Stunden konsumiert. Wieder angestiegen ist der Cannabisgebrauch; aktuell haben 27 % der Befragten die Droge in den letzten 24 Stunden konsumiert. Mehr als zwei Fünftel haben in diesem Zeitraum Alkohol getrunken. Der Großteil der befragten Szenegänger weist mithin wie in den Vorjahren polyvalente Konsummuster auf.

Der intravenöse Konsum findet weit überwiegend in den Konsumräumen statt, deren Bedeutung als Orte für den intravenösen Konsum hat in den letzten Jahren zugenommen und erreicht den höchsten Wert aller Befragungen – drei Viertel der Befragten injizieren in erster Linie dort.

Nur noch 4 % der Befragten geben im Jahr 2012 an, HIV-positiv zu sein. Damit hat sich die insbesondere seit 1995 deutlich rückläufige Infektionsrate nochmals reduziert. Allerdings ist auch der Anteil derer mit einem aktuellen HIV-Testergebnis im Jahr 2012 gesunken. Was das Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem intravenösen Konsum betrifft, ist der Anteil derer, die gar kein Risikoverhalten (wie die mehrfache Verwendung von Utensilien) aufweisen, auf aktuell 69 % angestiegen.

41 % der Befragten und damit weniger als in den Vorjahren befinden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung. Mehr als drei Viertel der Substituierten erhalten Methadon als Substitutionsmittel; dieser Anteil ist vor allem zugunsten von Buprenorphin aktuell etwas zurückgegangen. Durchschnittlich sind die Substituierten seit einem Jahr in einer entsprechenden Behandlung. Substituierte konsumieren deutlich seltener Heroin als Nicht-Substituierte. Keinen signifikanten Unterschied mehr gibt es hingegen beim Crackkonsum, da dieser bei den Substituierten seit 2008 deutlich angestiegen ist. Benzodiazepine werden im Jahr 2012 von den Substituierten sogar häufiger konsumiert als von den übrigen Befragten.

Bei der (neu aufgenommenen) Frage danach, welche (zusätzlichen) alltagsstrukturierenden Maßnahmen die Befragten gerne nutzen würden, wurden mit Abstand am häufigsten Sportangebote genannt, gefolgt von Arbeitsmaßnahmen und diversen anderen Angeboten. Als wichtigster Aspekt bei derartigen zusätzlichen Maßnahmen wurde das Bedürfnis nach sozialen Kontakten (auch außerhalb der Szene) genannt.

Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern

2012 haben Dirks und Kollegen eine Literaturübersicht zum Suchtmittelkonsum unter homo- und bisexuellen Männern vorgelegt. Der Anteil von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) ist unter HIV-Neuinfizierten in vielen westlichen Industriestaaten konstant auf hohem Niveau. Die Einnahme von Suchtmitteln ist mit vermehrtem Risikoverhalten für sexuell übertragbare Krankheiten assoziiert. Der Suchtmittelkonsum von MSM und seine Assoziation mit sexuellem Risikoverhalten sind von Bedeutung für die HIV-Verbreitung. Zur Untersuchung der Fragestellung wurden die seit 1999 publizierten Studien zur Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei MSM herangezogen. Demnach wurden die meisten Untersuchungen zum Thema in den USA durchgeführt. Das Ausmaß von Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Störungen bei MSM war generell vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. Erhöhte Prävalenzraten unter MSM wurden für den Konsum illegaler Substanzen gefunden, besonders für Cannabis, Amylnitrit, Halluzinogene, Stimulanzien und Kokain. Es gibt zudem Subgruppen von MSM, die im Kontext gesellschaftlicher Aktivitäten intensiv so genannte „Club Drugs“ konsumieren. Dieser Konsum ist mit sexuellem Risikoverhalten assoziiert. Die Autoren empfehlen, bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten in der Gruppe der MSM den Suchtmittelkonsum als wichtigen Einflussfaktor verstärkt zu berücksichtigen (Dirks et al. 2012).

2.5 Weitere Forschungsergebnisse und Befunde

Methamphetaminkonsum

Zunehmend wurde im vergangenen Jahr in der Presse über den wachsenden Konsum von Methamphetamin berichtet (z. B. Süddeutsche Zeitung, 14.08.2012; Welt, 22.04.2013; faz.net, 21.08.2012). Seitens der Strafverfolgungsbehörden sind deutliche Zuwächse bei Sicherstellungen und erstauffälligen Konsumenten berichtet worden, die sich nicht allein auf die an die Tschechische Republik angrenzenden Bundesländer beschränken (vgl. Kapitel 9 und 10). Bislang liegen aber keine verlässlichen epidemiologischen Informationen vor, die Aufschluss über den Gebrauch von Methamphetamin in der Allgemeinbevölkerung liefern. Das BMG hat 2013 eine Studie in Auftrag gegeben, die sich mit Konsummotiven der Gebraucher von (Meth-)Amphetaminen befassen wird, die zentrale Fragestellung dieser Erhebung ist allerdings nicht epidemiologisch ausgerichtet. Ergebnisse dieser Untersuchung werden im Frühjahr 2014 erwartet. Die DBDD hat eine eigene Untersuchung zum Methamphetaminkonsum unter ambulanten Suchtberatungsstellen und deren Klienten in den an die Tschechische Republik angrenzenden Landkreisen durchgeführt (Jakob et al. 2013a).

In einem zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse mit den Angaben einer Vergleichsstichprobe von Beratungsstellen aus dem restlichen Bundesgebiet („PharMon-Stichprobe“) verglichen. Ersten Ergebnissen zufolge existiert ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsnachfrage aufgrund des Konsums von Methamphetamin und der geographischen Nähe zur Tschechischen Republik. Allerdings handelt es sich auch bei dieser Untersuchung um eine Population bereits in Kontakt mit dem Hilfesystem stehender Personen. Darüber hinaus weist die Studie erhebliche methodische Limitationen auf, die große Zurückhaltung bei der Interpretation erfordern. Die DBDD wertet gegenwärtig noch ca. 250 Konsumentenfragebögen aus, die in verschiedenen Beratungsstellen erhoben wurden. Die Ergebnisse werden für Ende 2013 erwartet. Auch die Ergebnisse der Frankfurter Trendscout-Erhebung deuten darauf hin, dass der Gebrauch von Methamphetamin (wie bereits 2011) in Frankfurt nur bei speziellen Personengruppen in Teilen des Techno-Party-Umfeldes verbreitet ist, das Angebot beschränkt sich auf den Handel einiger weniger Szenedealer (Bernard et al. 2013).

„Legal Highs“ und neue psychoaktive Substanzen

Den Ergebnissen der aktuellen Trendscout-Untersuchung des Frankfurter MoSyD zufolge spielen die so genannten „Legal Highs“ in allen untersuchten Szenen allenfalls eine marginale Rolle (Bernard et al. 2013). Gleiches gilt für „Research Chemicals“, die lediglich in spezialisierten, experimentierfreudigen Kreisen in gewissem Maße verbreitet sind. Die Mehrheit der Partygänger wurde hingegen als eher konservativ im Konsumverhalten eingeschätzt.

Werse und Morgenstern haben 2012 die Ergebnisse einer Onlinebefragung vorgelegt. Die Untersuchung stellt für so genannte „Legal Highs“ und neue psychoaktive Substanzen (NPS) Informationen zur Prävalenz, Gebrauchsmustern und Konsummotivation zur Verfügung und diskutiert mögliche Konsequenzen für die Drogen- und Suchtpolitik (Werse & Morgenstern 2012). Die Ergebnisse basieren auf einer nicht-repräsentativen Erhebung unter im Umgang mit so genannten „Legal Highs“ erfahrenen deutschsprachigen Personen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz des Konsums von so genannten „Legal Highs“ in unterschiedlichen Ländern Europas erheblich variiert. Die Prävalenz liegt dem Ergebnis der Studie zufolge deutlich unterhalb der Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen, wobei praktisch jeder Konsument von „Legal Highs“ Erfahrungen mit anderen illegalen Substanzen hat. Die Autoren unterscheiden verschiedene Konsumentengruppen, die jeweils unterschiedliche Produkte bevorzugen. Demnach werden „Kräutermischungen“ von verschiedenen Personen vor allem zur Kompensation von schlechter Cannabis-Verfügbarkeit oder zur Umgehung strafrechtlicher Konsequenzen konsumiert. Im Umlauf befindliche „Research Chemicals“ werden hingegen vor allem von erfahrenen Nutzern zur Erweiterung ihres Erfahrungsspektrums konsumiert. Werse und Morgenstern stellen die Vermutung auf, dass repressive Drogenpolitik sich förderlich auf den Gebrauch so genannter „Legal Highs“ in ihrer Rolle als „Ersatzstoffe“ auswirken könnte. In diesem Zusammenhang weisen sie auch auf die mindestens ebenso gefährlichen Nebeneffekte der NPS bei unbekanntem Langzeitfolgen des Konsums hin. Zusammenfassend kommen sie zu der

Hypothese, dass eine verstärkte Strafverfolgung und an Repression orientierte Sucht- und Drogenpolitik das Gesundheitsrisiko der Drogengebraucher und damit auch die öffentliche Gesundheit gefährden kann.

Das IFT Institut für Therapieforschung München führt im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes „Phar-Mon“ in Kooperation mit dem Suchtpräventionsprojekt MINDZONE eine Untersuchung zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch in der Partyszene durch, in deren Rahmen auch Informationen zu neuen Substanzen und Konsummustern unter Partygängern erhoben werden, da diese Population als sehr affin für den Konsum dieser Substanzen betrachtet werden kann. Momentan (September 2013) befindet sich die Studie in der Phase der Datenerhebung. Diese wird voraussichtlich im Dezember 2013 abgeschlossen sein. Die Interpretation und Auswertung der Ergebnisse ist für Anfang des Jahres 2014 geplant.

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 oder zumindest zu reduzieren. Vorbeugung von Sucht ist neben Suchtbehandlung, Überlebenshilfe und repressiven Maßnahmen zentraler Bestandteil einer umfassenden Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik. Durch Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit entstehen neben schwerwiegenden psychischen und körperlichen Schäden bei den Betroffenen auch enorme volkswirtschaftliche Kosten. Prävention ist eine der vier Säulen der deutschen Sucht- und Drogenpolitik (vgl. Kapitel 1.1.2).

Der Stellenwert der Suchtprävention zeigt sich auch darin, dass *die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b) mit ihren konkreten Maßnahmen und Zielvorgaben im Bereich der Suchtprävention in eine übergreifende Präventionsstrategie eingebettet werden soll.

Für die Umsetzung der *Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* und die daran anknüpfenden suchtpreventiven Maßnahmen sind neben den jeweils zuständigen ministeriellen Ressorts insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesländer, 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.

3.1.2 Aktuelle Entwicklungen und Trends

Die aktuellen substanzbezogenen Entwicklungen und Trends werden ausführlich in Kapitel 2 dargestellt, so dass an dieser Stelle nur auf einige besonders relevante Aspekte Bezug genommen wird.

Die Studie „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011“ der BZgA untersucht die illegalen Substanzen Cannabis, Ecstasy, LSD, Amphetamine, Kokain, Crack und Heroin neben dem Konsum von Alkohol und Tabak. Zusammenfassend können substanzübergreifend Konsumrückgänge bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen seit 2001 bzw. 2004 verzeichnet werden. Erfahrung mit und Konsum von illegalen Drogen ist bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen weiter verbreitet. Die Cannabiskonsumrate in dieser Altersgruppe zeigt allerdings einen schwankenden Verlauf: 2011 sank die

Lebenszeitprävalenz zwar im Vergleich zu 2004, jedoch bewegte sich aber wieder auf höherem Niveau als 2010³⁵ (BZgA 2012b).

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland (BZgA 2012b). Insgesamt ist Alkohol der am weitesten verbreitete Suchtstoff, dessen Konsum häufig riskante Verhaltensformen beinhaltet. Kinder und Jugendliche sind durch Alkoholkonsum besonders gefährdet. Je früher mit dem Alkoholtrinken begonnen wird, desto größer ist die Gefahr, dass gesundheitliche Schäden auftreten und/oder eine spätere Abhängigkeit entwickelt wird (BZgA 2011a).

Zur Förderung eines risikoarmen Umgangs mit Alkohol sowie zur Senkung des Cannabiskonsums bieten die Fachkräfte in der Suchtprävention zahlreiche präventive Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug an. Die Daten des Dokumentationssystems der Suchtprävention Dot.sys³⁶ zeigen entsprechend eine Konzentration der Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug auf die Substanzen Alkohol und Cannabis (Abbildung 3.1).

Von den mit dem Dokumentationssystem Dot.sys erfassten Maßnahmen thematisieren 43 % die Substanz Cannabis, hingegen beschäftigen sich lediglich 17 % mit Amphetaminen. Bei der inhaltlichen Ausrichtung suchtpreventiver Maßnahmen nach bestimmten Substanzen sind grundsätzlich die entsprechenden Prävalenzen in der Zielgruppe maßgeblich. Allerdings sind regionale Besonderheiten wahrzunehmen. So ist in der deutsch-tschechischen Grenzregion (Sachsen und Bayern) in den letzten Jahren eine starke Zunahme des Konsums von Methamphetamin in kristalliner Form („Crystal“) zu verzeichnen. Mit einem Anteil von 41 % an der Gesamtnachfrage, werden in Sachsen die Angebote der Suchthilfe mittlerweile sogar überwiegend von Personen in Anspruch genommen, die Stimulantien konsumieren. In 90 % der Fälle handelt es sich bei der konsumierten Substanz um Crystal (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013). Für das Jahr 2012 wird in Sachsen eine weitere Steigerung des Anteils am Suchthilfebedarf um ca. 40 % erwartet (ebd.).

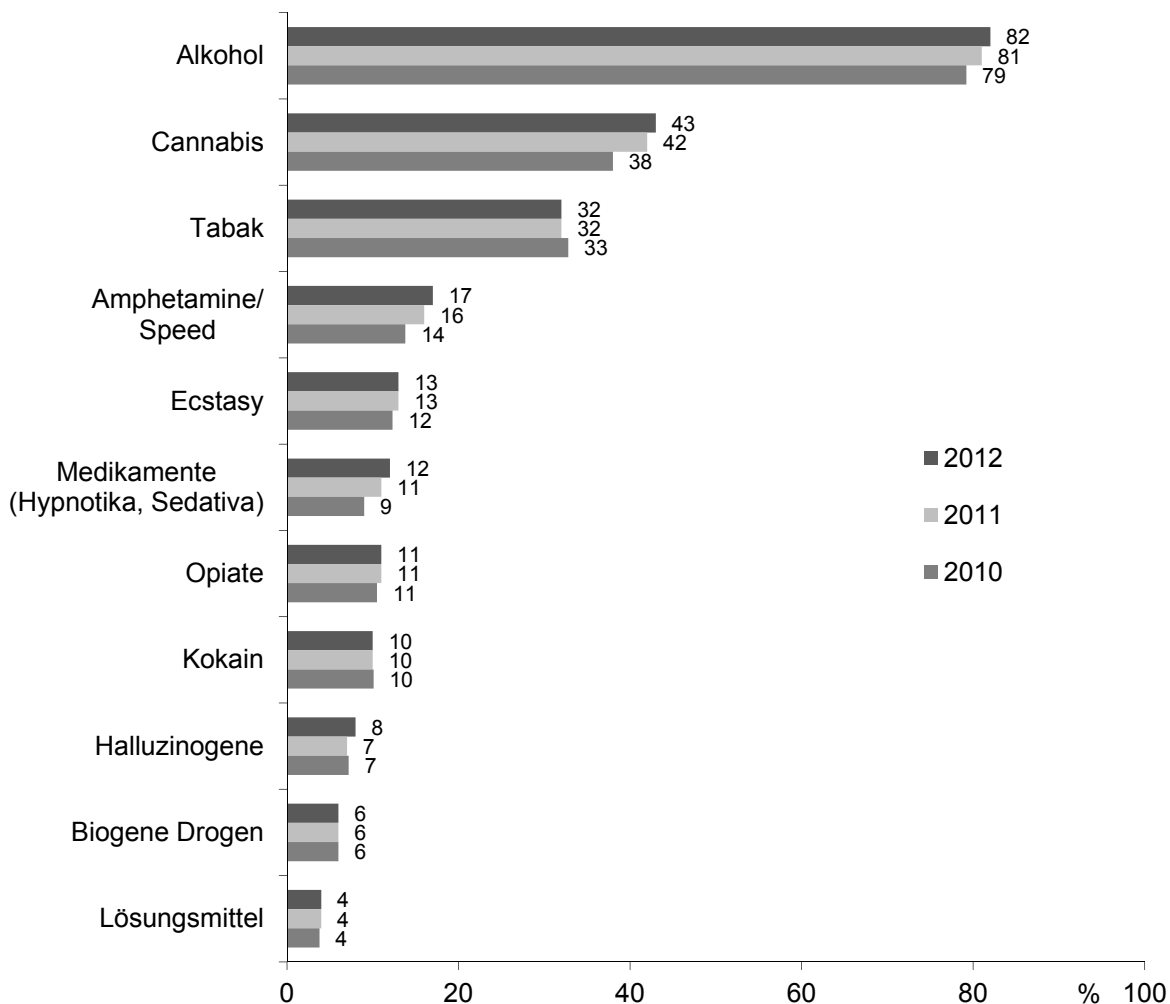
Ungeachtet der insgesamt rückläufigen Entwicklung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist es notwendig, die illegale Substanz Cannabis zum Gegenstand präventiver Maßnahmen zu machen, um den weiterhin hohen Konsumraten, vor allem bei jungen Erwachsenen, entgegenzuwirken. Die positive Entwicklung des Substanzkonsums bei den 12- bis 17-Jährigen wird auch zukünftig durch geeignete suchtpreventive Maßnahmen unterstützt. Erkenntnisse der Sozialisationsforschung und Entwicklungspsychologie lassen darauf schließen, dass Entwicklungen im Jugendalter für die folgenden Lebensabschnitte prägend sind. Durch die Verhinderung des Einstiegs in den Substanzkonsum im Jugendalter können positive Effekte im Erwachsenenalter erreicht werden: Je seltener Jugendliche Drogenerfahrungen machen, desto seltener werden sie als

³⁵ Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 18- bis 25-jährige junge Erwachsene:
2004: 43,0 % - 2010: 35,0 % - 2011: 39,2 %

Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche:
2004: 15,1 % - 2010: 7,4 % - 2011: 6,7 %

³⁶ Das Monitoringsystem Dot.sys ist das Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung in Deutschland (vgl. 3.1.3).

junge Erwachsene Drogen konsumieren. Geplant ist, das Angebot im Bereich der indizierten Prävention auszubauen und verstärkt auf die Existenz von Ausstiegshilfen (wie bspw. www.quit-the-shit.net) oder Angebote lokaler Beratungsstellen hinzuweisen (BZgA 2012b).



Anzahl der in Dot.sys dokumentierten Präventionsaktivitäten mit Substanzbezug:

N (2012) = 19.942 N (2011) = 18.904, N (2010) = 16.373

Dot.sys 2012, eigene Darstellung.

Abbildung 3.1 Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2010 bis 2012

Im Vergleich zum Vorjahr bleiben die Anteile der mit Dot.sys dokumentierten substanzbezogenen Maßnahmen gleich: 59 % der Maßnahmen beschäftigen sich mit einer oder mehreren Substanzen. 2010 betrug dieser Anteil 48 %³⁷.

³⁷ 2011 wird für 18.904 der mit Dot.sys dokumentierten Maßnahmen ein spezifischer Substanzbezug angegeben, 2010 waren es 16.373 Maßnahmen. Diese Steigerung liegt in der Veränderung der Eingabemodalität in der Frage nach dem Inhaltsbezug begründet: Von der Einfachnennung in 2010 wurde das Kategoriensystem erweitert um die Möglichkeit, mehrere Kategorien als Antwort im Berichtsjahr 2011 auszuwählen.

Die prozentuale Aufteilung der substanzbezogenen Maßnahmen 2012 entspricht weitgehend der Aufteilung der Vorjahre (Abbildung 3.1). Der Anteil suchtpreventiver Maßnahmen mit Substanzbezug Alkohol steigt weiterhin leicht: von 79 % und 81 % in den Vorjahren auf nunmehr 82 % im Jahr 2012.

Bei 30 % der dokumentierten Maßnahmen wurde angegeben, dass ein geschlechtsspezifischer Ansatz verfolgt wurde. In den Jahren 2010 und 2011 betrug der Anteil jeweils nur 26 %. Einschränkend ist allerdings hinzuzufügen, dass eine speziell weibliche (5 %) oder speziell männliche Ausrichtung (4 %) nahezu unverändert häufig stattfand. Lediglich der Anteil der beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigenden Aktivitäten stieg von 17 % im Vorjahr auf 21 %.

3.1.3 Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention

Als zentrale Ansatzpunkte zur Steigerung der Effektivität und Effizienz in der Suchtprävention gelten Evaluation, Vernetzung und Transfer guter Beispiele. Zur Gewährleistung eines strukturierten und systematischen Austauschs sind in den vergangenen Jahren Strukturen erfolgreich entwickelt und Kooperationen auf verschiedenen Ebenen mit nahezu allen relevanten Akteuren in der Suchtprävention vereinbart worden. Dazu zählen z. B. auch die Entwicklung von Qualitätsstandards, die Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Einsatz anerkannter Qualitätssicherungsinstrumente in der Suchtprävention. In diesem Zusammenhang sind der 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 von vielen anderen Akteuren, und nicht zuletzt das Monitoringsystem Dot.sys (Dokumentationssystem in der Suchtvorbeugung), ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesländer. Vor diesem Hintergrund legt der vorliegende Bericht einen Schwerpunkt auf evidenzbasierte Ansätze. Im Auftrag der BZgA erstellte das IFT München eine Expertise zur Wirksamkeit von suchtpreventiven Maßnahmen (Bühler & Thurl 2013, im Druck). Die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* legt fest, dass Maßnahmen in der Prävention auf ihre Wirkung und Relevanz zu prüfen sind. „Dies gilt in besonderem Maße in Zeiten knapper Finanzen, um die vorhandenen Mittel zielgerichtet einzusetzen“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b). Zur Steigerung der Effektivität suchtpreventiver Maßnahmen ist außerdem eine stärkere Ausrichtung auf Risikogruppen vorgesehen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b).

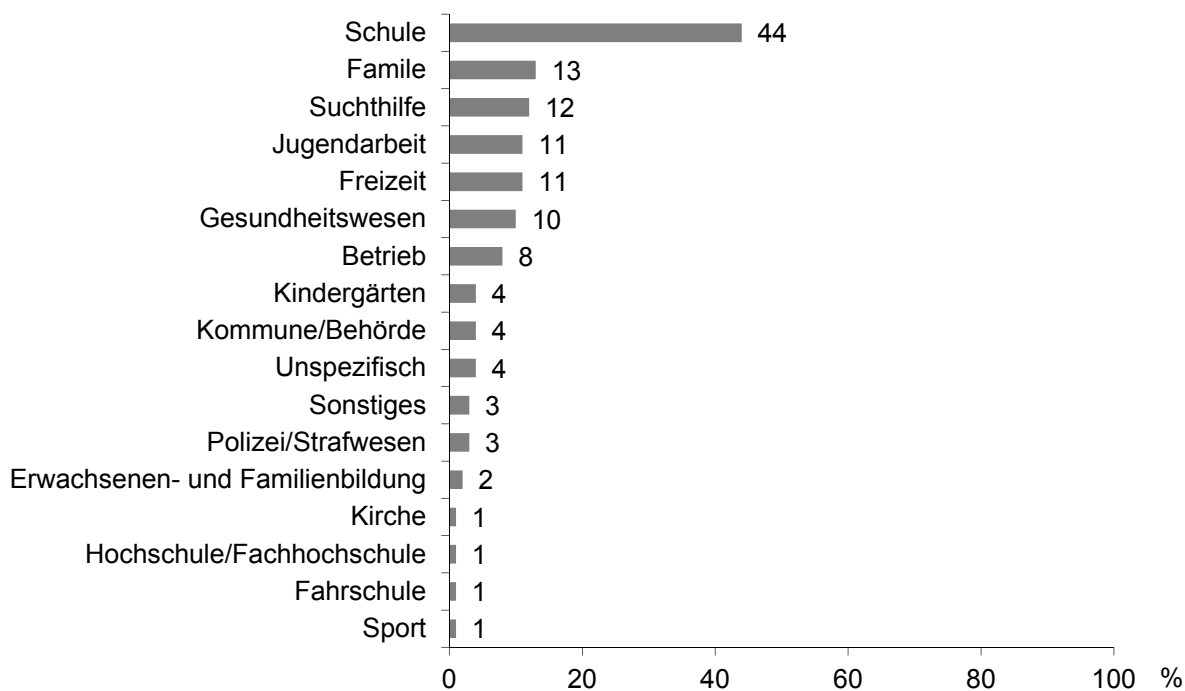
Dot.sys

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 nicht zuletzt die Qualität und Transparenz in der

Suchtprävention. An Dot.sys beteiligte Fach- und Beratungsstellen, Ämter, Vereine, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen aller Bundesländer dokumentieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in dem elektronischen Erfassungssystem. Die Dokumentation erfolgt auf freiwilliger Basis, daher kann kein Anspruch auf vollständig dokumentierte Suchtpräventionsmaßnahmen erhoben werden.

Das computerbasierte Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung für Maßnahmen der Suchtprävention „Dot.sys“ dient der Erfassung und Darstellung von Suchtpräventionsmaßnahmen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das System steht seit 2011 kostenfrei als Online-Datenbank unter www.dotsys-online.de zur Verfügung³⁸. Auch eine offline-Version wird angeboten.

Von den 32.845 in 2012 dokumentierten suchtpräventiven Maßnahmen, Projekten und Programmen in Dot.sys 3.0 verfolgten 57 % einen universell-präventiven Ansatz, 18 % wurden als indizierte Prävention und 14 % als selektive Prävention durchgeführt. 11 % der Maßnahmen sind der strukturellen oder Verhältnisprävention zuzuordnen. Das Setting Schule bleibt mit 44 % der durchgeführten und mit Dot.sys dokumentierten Maßnahmen das primäre Handlungsfeld suchtpräventiver Tätigkeiten in Deutschland 2012.



Dot.sys 2012, N = 32.845, eigene Darstellung.

Abbildung 3.2 Settings von Präventionsmaßnahmen, alle Präventionsarten, im Jahr 2012

³⁸ Die neue Version Dot.sys 3.0 steht den Fachkräften seit 2011 zur Verfügung und kann sowohl „offline“ auf dem Computer unter dem Betriebssystem Microsoft Windows oder online in einem Internetbrowser verwendet werden. Die zwei Module des ursprünglichen Dot.sys-Systems (das Eingabe- und Auswertungsmodul) wurden in ein einheitliches System integriert. So können in einer Anwendung die Maßnahmen sowohl dokumentiert als auch ausgewertet werden.

Weitere ausgewählte Ergebnisse zeigen:

- Im Jahr 2012 richteten sich 41 % der durchgeführten Maßnahmen an Endadressaten. Der Anteil der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren richtet, hat mit 41 % um 3 % im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Der sich seit 2008 abzeichnende Trend des Rückgangs der Maßnahmen, die sich an Multiplikatoren wenden, zugunsten eines Anstiegs der Maßnahmen mit Zielebene Endadressaten hat sich in Deutschland 2012 also nicht fortgesetzt.
Knapp 7 % der Einträge lassen sich dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zuordnen.
- 2012 wurden 19.942 Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug durchgeführt (59 % der dokumentierten Maßnahmen). Damit bleibt der Anteil im Vergleich zum Vorjahr unverändert.
- Der Schwerpunkt der Prävention in Bund und Ländern liegt weiterhin auf der Alkoholprävention (82 %), Cannabisprävention (43 %) Cannabis und Tabakprävention (32 %). 40 % der Maßnahmen wurden „ohne Substanzbezug“ durchgeführt und zielen damit suchtmittelübergreifend vor allem auf die Lebenskompetenzförderung. Unter Lebenskompetenzen versteht man Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken, Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit, Gefühls- und Stressbewältigung, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.
- Neben Trainings und Schulungen (39 %) stehen Beratung (24 %) und die Kooperation/Koordination im Vordergrund suchtpreventiver Aktivitäten (14 %).
- Meistgenanntes Ziel der Maßnahmen ist weiterhin Wissensvermittlung (73 %). Einstellungsänderungen (50 %) werden etwas seltener genannt als im Vorjahr (54 %), gefolgt von der Vermittlung von Kompetenzen und Ressourcen (35 %) sowie Verhaltensänderungen (21 %).
- Das Setting „Schule“ ist mit 44 % der dokumentierten Maßnahmen 2012 weiterhin das primäre Handlungsfeld suchtpreventiver Aktivitäten. Es folgen mit 13 % Maßnahmen, die im Setting „Familie“ durchgeführt werden, sowie mit 12 % Anteil Maßnahmen im Setting „Suchthilfe“. Der Freizeitbereich und die Jugendarbeit stellen jeweils mit einem Anteil von 11 % den Rahmen für die Arbeit in der Suchtprevention, gefolgt von Maßnahmen im Gesundheitswesen (10 %) und im Betrieb (8 %).
- 32 % der Maßnahmen werden oder wurden evaluiert. Das entspricht einer leichten Steigerung von 4 % gegenüber dem Vorjahr. Es handelt sich dabei in der Regel um interne Ergebnisevaluationen.

3.2 Universelle Prävention

Universelle Präventionsaktivitäten bilden den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland. Unter universeller Prävention subsumieren sich Programme, Projekte und Aktivitäten, die sich an die allgemeine Bevölkerung oder einen Teil der allgemeinen

Bevölkerung richten, die bzw. der ein niedriges oder durchschnittliches Risiko trägt, eine Sucht oder Abhängigkeit zu entwickeln. Präventive Aktivitäten und Hilfen erfolgen im Idealfall in der Alltags- und Lebenswelt ihrer Zielgruppen, dies gilt auch für universelle Präventionsmaßnahmen. Handlungsfelder universeller Prävention sind die Schule, der Arbeitsplatz, kommunale Einrichtungen oder Sportvereine, um nur ausgewählte Beispiele zu nennen (Springer & Phillips 2007).

Neben einer Differenzierung in verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen der universellen Prävention unterscheiden sich die Interventionen vor allem hinsichtlich ihrer Orientierung auf spezifische Substanzen, stoffungebundene bzw. Verhaltenssuchte sowie suchstoffübergreifende Projekte. Suchtstoffübergreifende Interventionen dienen vor allem der Vermittlung von Lebenskompetenzen oder der Bildung kritischer Einstellungen.

3.2.1 Schule

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

Im Setting Schule kommen Programme zum Einsatz, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich bundesweit umgesetzt werden. „*Be Smart – Don’t Start*“ – der Schulklassewettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens – und „*rauchfreie Schule*“ sind nur zwei Beispiele. Die genannten Programme setzen sich aus unterschiedlichen Maßnahmenbausteinen zusammen, die von der Förderung sozialer Kompetenzen über die Vermittlung von Informationen bis hin zur Motivierung, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen, reichen.

Die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen in der Grundschule ist intensiv untersucht worden. Vor allem Maßnahmen, die auf dem psychosozialen Ansatz aufbauen und verhaltensmodifikatorische Interventionen sind erfolversprechend, in aller Regel unter der Voraussetzung, dass sie durch Komponenten in außerschulischen Settings ergänzt werden, (Bühler & Thrul 2013, im Druck). Ein früher Einstieg in den Konsum legaler Suchtmittel wirkt sich negativ auf die psychosoziale Entwicklung aus, weshalb der Einsatz suchtpreventiver Maßnahmen in der Grundschule besonders sinnvoll erscheint. Zudem lässt sich mit dem frühen Einstieg in den Konsum legaler Drogen ein späterer Konsum illegaler Drogen prognostizieren (Brook et. al. 2002; Hanna et. al. 2001; Maruska et. al. 2011; McGue et. al. 2001).

Ein Beispiel für die Nachhaltigkeit verhaltensmodifikatorischer Maßnahmen in der Grundschule ist das bereits 1969 von einem Lehrer in den USA entwickelte „Good Behavior Game“ (Barrish et al. 1969), das in Deutschland 2007 erstmals in 23 Grundschulen in Köln und Umgebung eingesetzt wurde (Hillenbrand & Pütz 2008). Angepasst an die deutsche Schulkultur wird es als „KlasseKinderSpiel“ mittlerweile auch andernorts erfolgreich

durchgeführt. Zielgruppe der auf lerntheoretischen Prinzipien beruhenden Intervention sind Grund- und Förderschüler verschiedener Altersgruppen. Zunächst werden gemeinsam Regeln für eine optimale Zusammenarbeit bestimmt und inadäquate Verhaltensweisen („Fouls“) genau festgelegt, für die später Punkte vergeben werden: z. B. ohne Erlaubnis den Platz verlassen, dazwischen sprechen, spielen, Zettel verteilen. Anschließend werden Gruppen gebildet und eine Spielzeit festgelegt. Die Gruppe mit der geringsten Zahl an Punkten gewinnt und erhält eine Belohnung. In den ersten Wochen geschieht dies unmittelbar nach Ablauf der Spielzeit, später zeitverzögert, z. B. am Ende des Schultags. Das Spiel wurde in mehr als 20 Studien in verschiedenen Schularten und mit Schülern unterschiedlichen Alters von der Vorschule bis zum Jugendalter mit sehr guten Ergebnissen evaluiert (Kellam et al. 1994, 2008, 2012; Hillenbrand & Pütz 2008). In einer US-amerikanischen Stichprobe junger Erwachsener, die in der ersten Klasse am Spiel teilgenommen hatten, konnten weniger Abhängigkeitsstörungen im Vergleich zur Kontrollgruppe gefunden werden, bei den männlichen Studienteilnehmern war dieser Unterschied signifikant. Der größte Effekt wurde bei Jungen gefunden, die als Erstklässler als „hoch-aggressiv, störend“ eingestuft wurden.

An die Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren richtet sich das Konzept „REBOUND – meine Entscheidung“, das am Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit der Mentor Stiftung Deutschland entwickelt wurde³⁹. Die Entwicklungs- und Studienphase (2010-2012) wurde von der Generaldirektion Justiz der Europäischen Union gefördert und mit einem Netzwerk von Schulen (8. bis 10. Klasse) aus der Metropolregion Rhein-Neckar umgesetzt. Die Fortführung der Maßnahme als Regelangebot wird durch Förderer aus Wirtschaft, Wissenschaft und von privater Hand gewährleistet. Seit 2013 kann jede Schule teilnehmen, die mindestens vier Lehrer dafür freistellt. Außerdem kann REBOUND von Angehörigen sozialer Berufe unterrichtet werden, die an der 16-stündigen Weiterbildung teilnehmen. REBOUND ist ein medienbasierter Ansatz, in dessen Mittelpunkt eine aktivierende Filmpädagogik steht. Mit Kurzfilmen soll die Wahrnehmung trainiert und durch einen lebendigen Austausch in der Gruppe sowie andere Selbst- und Fremdeinschätzungsmethoden gefördert werden. Mit Kartensets werden bspw. Rollen im Klassenzimmer ausprobiert und Empathie eingeübt. Peers waren an der Entwicklung des Unterrichtsmaterials beteiligt und wirken als externe Unterrichtsbesucher („Schüler-Mentoren“) auch an der Vermittlung von Inhalten mit. Die Schüler-Mentoren begleiten das Programm über zwölf Monate. Voraussetzung ist der Abschluss einer Grundausbildung, für die von der „Jungen Universität Heidelberg“ das Zertifikat „Unterrichtsbesucher“ oder „Kursassistent“ verliehen wird (abhängig vom Umfang der Unterrichtseinheiten). Ein wichtiges erfahrungsorientiertes Element ist die Gestaltung eines eigenen Kurzfilms. Optional wird außerdem ein stundenbegleitendes eLearning angeboten. In der Erprobungsphase beteiligten sich fünf Schulen (723 Schülerinnen und Schüler, 60 Schulklassen) an einer kontrollierten Wirksamkeitsstudie (Kröninger-Jungaberle et al. 2013). In der Interventionsgruppe sank die Inzidenz von Trunkenheitserfahrungen. Allerdings

³⁹ www.my-rebound.de

verringerte sich auch die Risikowahrnehmung bei Cannabis und Tabak. Die Autoren mutmaßen, dass es sich im Falle von Cannabis um eine realistischere Einschätzung handeln könne. Furchtappelle könnten eine unrealistisch hohe Risikowahrnehmung erzielen. Im Unterschied dazu habe die Intervention womöglich dazu beigetragen, das Risiko bei Kontakt mit Konsumierenden oder Eigenkonsum nicht zu trivialisieren („switching risks“).

Erkenntnisse aus der Wirksamkeitsforschung werden auch im Unterrichtsprogramm „Unplugged“, das sich an Jugendliche in Sekundarschulen zwischen 11 und 14 Jahren richtet, umgesetzt. Ziel der Maßnahme, die auf dem Konzept des umfassenden sozialen Einflusses (Comprehensive Social Influence) basiert, ist die Prävention des Konsums und Missbrauchs legaler und illegaler Substanzen. Ansatzpunkte bilden die Korrektur normativer Überzeugungen und die Förderung von Lebenskompetenzen. Auf diesem Wege soll die Verringerung von Erstkontakten mit psychoaktiven Substanzen sowie das Hinauszögern des Übergangs von experimentellem zu regelmäßigem Substanzkonsum erreicht werden. Ergänzend werden Elternabende abgehalten, um die schulische Präventionsmaßnahme auch außerhalb ihres Settings zu unterstützen.

„Unplugged“ ist umfassend in mehreren europäischen Ländern in randomisiert-kontrollierten Studien mit großen Stichproben evaluiert und verfügt über eine erwiesene Effizienz zur Prävention des regelmäßigen Konsums legaler und illegaler Substanzen (Faggiano et al. 2007, 2008, 2010). Ein Rückgang des regelmäßigen Cannabiskonsums ist in erster Linie auf Änderungen der normativen Einstellungen zu illegalen Drogen im Allgemeinen und zu Cannabis im Besonderen sowie auf eine Anpassung der Wirksamkeitserwartungen zurückzuführen (Faggiano et al. 2010). Das aus zwölf Unterrichtseinheiten bestehende Programm, das von speziell geschulten Lehrkräften durchgeführt wird, wurde ursprünglich im Rahmen des Projekts EU-DAP (European Drug Prevention Trial) entwickelt.

Ungefähr jede zehnte Intervention an Schulen verfolgt den Ansatz der Peer-Education. Peer-Education-Ansätze basieren auf der Annahme, dass Gleichaltrige (Peers) günstigere Voraussetzungen zur Initiierung von Lernprozessen schaffen können, als Lehr- oder Beratungsfachkräfte. 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 (Schüler) zu fördern. Peers dienen somit als Präventionshelfer vor Ort, d. h. auch an jenen Orten, an denen legale und/oder illegale Drogen konsumiert werden. Im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen in der Cannabisprävention ist der Einsatz von Peers erfolgversprechender als die Vermittlung durch Lehrkräfte.

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 wird. Die Familie hat damit den größten Einfluss auf die Gesundheitserziehung und die Gesundheit des Kindes.

13 % der in Dot.sys 2012 dokumentierten Maßnahmen wurden im Setting Familie umgesetzt. Eltern und Erziehungsberechtigte haben einen großen Einfluss auf die psychische Entwicklung ihrer Kinder. Sie in ihren gesundheitsbezogenen Elternkompetenzen zu unterstützen und eine bessere Gesundheitsförderung und mehr Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu erreichen, ist Teil der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit⁴⁰ aus dem Jahr 2008.

Umgesetzt wird diese Strategie mit der Plattform „ELSA - Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“, ein mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördertes niederschwelliges Modellprojekt, entwickelt von der Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH und der Villa Schöpflin, Zentrum für Suchtprävention in Kooperation mit Suchtberatungsstellen von elf Bundesländern. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke) und die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) leisteten fachliche Unterstützung. Auf der Webseite erhalten Eltern wahlweise Beratung als anonyme Beratungsanfrage per Mail-Formular, bei einem reservierten Chat-Termin oder über Teilnahme an einem mehrwöchigen, internetbasierten Beratungsprogramm. Verlinkte Datenbanken erleichtern die Suche nach einer nahegelegenen Beratungsstelle, falls eine Beratung vor Ort gewünscht wird.

3.2.3 Kommunale Prävention

Für eine ganzheitliche und nachhaltig wirksame Suchtprävention ist es notwendig, neben der Familie und Schule auch die sozialräumliche Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen mit einzubeziehen. Eine Beteiligung von Gemeinden, Städten, Regionen und Landkreisen an der Entwicklung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten ist unabdingbar. Kommunen sollen also nicht nur Ort präventiver Maßnahmen, sondern auch mitgestaltende 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

⁴⁰ http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf

Suchtprävention sind neben Kindergärten und Schulen vor allem der organisierte und nicht organisierte Freizeitbereich sowie das Gesundheitswesen.

Von 2008 bis 2012 wurde in Niedersachsen im Rahmen des Projekts SPIN („Sozialräumliche Prävention in Netzwerken“) erstmals der US-amerikanische Ansatz „Communities That Care“ (CTC) umgesetzt. Das Konzept beruht auf der Annahme, dass Risiko- und Schutzfaktoren in unterschiedlichen Sozialräumen, Stadtteilen oder Gemeinden identifiziert und gemessen werden können. Die auf diese Weise erhobenen Daten sollen Fachkräfte in der Suchtprävention vor Ort bei der Arbeitsplanung unterstützen. Ausgangspunkt ist dabei die Verständigung darüber, welche Schutz- und Risikofaktoren priorisiert zum Gegenstand der eigenen Arbeit gemacht werden, so dass Aufgaben auf Kompetenzen und Ressourcen der beteiligten Organisationen abgestimmt werden können. Die Auswahl geeigneter suchtpreventiver Maßnahmen wird unterstützt durch eine Empfehlungsliste (www.gruene-liste-praevention.de), die mehr als 40 Einträge umfasst. Nachweislich wirksame Interventionen sind anhand ihrer Wirksamkeit und der Aussagekraft der zugrundeliegenden Befunde geordnet und nach Zielgruppen, Schutz- und Risikofaktoren kategorisiert. Das Finden des effektivsten und am besten auf die lokalen Bedarfe abgestimmten Konzepts soll damit erleichtert werden.

3.2.4 Freizeit und Sportvereine

Neben den Arbeitsfeldern Schule, Familie und Kommune stellen die Settings Freizeit und Sport für universell angelegte frühe Präventionsaktivitäten ein wichtiges Betätigungsfeld dar. Mehr als 70 % aller Kinder und Jugendlichen sind zumindest für einen kurzen Zeitraum Mitglied in einem Sportverein. Darüber hinaus garantiert die flächendeckende Existenz von Sportvereinen in unterschiedlichen sozialen Milieus eine hohe Erreichbarkeit auch von sozial Benachteiligten mit geringer Gefahr der Stigmatisierung dieser Zielgruppe.

Suchtprobleme nehmen ihren Anfang häufig im Kindes- und Jugendalter, lange bevor junge Menschen in Kontakt mit legalen oder illegalen Suchtmitteln kommen. Um einer Suchtentwicklung vorzubeugen, muss Prävention daher frühzeitig und umfassend ansetzen.

Das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl von Heranwachsenden zu stärken und ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern, ist bspw. das Ziel der Kampagne „Kinder stark machen“ der BZgA (vgl. REITOX-Bericht 2010, 2009). Kinder und Jugendliche sollen lernen, auch unter Gruppendruck „Nein“ zu Suchtmitteln aller Art sagen zu können.

Neben Eltern und Lehrern sind Trainer und Betreuer in Sportvereinen wichtige Vertrauenspersonen bei „Kinder stark machen“. Hierbei ist die Kooperation mit dem Breitensport besonders wichtig. Die Kampagne arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich mit den Sportverbänden in Deutschland zusammen. Auf der Seite www.kinderstarkmachen.de werden starke Vereinsideen, also gute Beispiele aus den Vereinen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit „Kinder stark machen“ vorgestellt.

3.3 Selektive Prävention

Selektive Prävention richtet sich an Personengruppen, die ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln. 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 (Springer & Phillips 2007). Als Risikofaktoren sind sowohl biologische, psychologische als auch soziale Umfeldeinflüsse zu berücksichtigen. Selektive Präventionsmaßnahmen werden beispielsweise für die folgenden Zielgruppen entwickelt, um nur einige zu nennen:

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

Die Zielgruppen selektiver Präventionsmaßnahmen werden sehr häufig im Freizeitbereich angesprochen. Interventionen für sozial benachteiligte Jugendliche oder Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien erfolgen vielfach im vorschulischen und schulischen Bereich. Diese Vorgehensweise hat grundsätzlich den Vorteil, vorhandene Ressourcen gezielt frühzeitig einsetzen zu können. Allerdings sollte die Gefahr einer Stigmatisierung der Zielgruppen selektiver Präventionsaktivitäten in der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden. Die *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* sieht eine stärkere Ausrichtung auf Risikogruppen vor (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b, S. 12) und sieht die Notwendigkeit, „...spezifische Angebote für gefährdete Jugendliche im Bereich der selektiven Prävention zu entwickeln“ (ebd.).

3.3.1 Risikogruppen

Sozial Benachteiligte

Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status erhöhen das Risiko der Entstehung bzw. Intensivierung von Suchtproblemen (Deutscher Bundestag 2008). 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 sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen kaum einsetzbar, da sie die Bedürfnisse der Zielgruppe nicht immer treffen.

Das Programm ELTERN-AG verfolgt einen niedrigschwelligen, aufsuchenden Empowerment-Ansatz für Familien in besonders belastenden Lebenslagen, die durch konventionelle Hilfsangebote nur schwer bis gar nicht erreicht werden. Zielgruppe sind Paare

in der Familienplanungsphase sowie Eltern mit Kindern bis zum Vorschulalter, für die bei Bedarf eine Betreuung angeboten wird.

Die Eltern werden in einer sechs- bis zehnwöchigen Vorlaufphase vor allem in Zusammenarbeit mit Multiplikatoren und Institutionen eines Stadtteils, aber auch direkt geworben. Sobald acht bis zwölf Personen für die Teilnahme gewonnen und entsprechende Räumlichkeiten für eine ELTERN-AG gefunden wurden, werden zunächst zehn Einführungstreffen durchgeführt, um die Eltern mit dem Konzept vertraut zu machen.

Anschließend treffen sich interessierte Eltern über 20 Wochen einmal wöchentlich und lernen dabei, wie sie ihre Kinder besser fördern können. Zwei ausgebildete Kursleiterinnen aus der Nachbarschaft leiten sie dabei an und Nachbarschaften stellen über Multiplikatoren wie Erzieher, Hebammen oder Kinderärzte den Kontakt zu den Familien her. Inhalt der Treffen ist die Vermittlung von Grundlagen der Kindererziehung und Methoden zur Stressbewältigung. Lediglich die Struktur der Treffen ist festgelegt. Die Auswahl der Inhalte treffen die Eltern selbst. Dabei soll ihnen ein direkter Austausch untereinander und die Bildung von Nachbarschaftsnetzwerken ermöglicht werden, um Übergangsphasen (Familie – Kita – Grundschule) zu erleichtern. Der Ansatz wurde 2004 erstmalig umgesetzt. Im Jahr 2012 wurden mit 189 Mentorinnen in zehn Bundesländern 450 Familien mit 990 Kindern erreicht. Das Programm wurde evaluiert und Effektivität konnte nachgewiesen werden (Schneider und Böhm 2012).

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 Zuwanderern eingebettet, die beispielsweise vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) oder vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gefördert werden.

Die Datenlage zur Prävalenz von Suchtverhalten bei Menschen mit Migrationshintergrund ist insgesamt noch unzureichend. Zudem ist die Bevölkerungsgruppe zu heterogen, um allgemeingültige Aussagen zum Suchtverhalten ihrer Mitglieder treffen zu können. Vielmehr muss stark nach spezifischer Gruppenzugehörigkeit differenziert werden. Zum Suchtverhalten jugendlicher Migranten liegen vereinzelte Studienergebnisse vor.

3.3.2 Risikofamilien

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

Derzeit leben in Deutschland etwa 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist und weitere 40.000 Kinder und Jugendliche mit einem drogenabhängigen Elternteil (Klein 2001). Darüber hinaus

sind schätzungsweise 6 Mio. Erwachsene als Kinder in suchtblasteten Familien aufgewachsen⁴¹. Inzwischen liegen gesicherte Erkenntnisse vor, dass Kinder aus suchtblasteten Familien, in denen mindestens ein Elternteil von einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit betroffen ist, im Vergleich zu Kindern aus nicht suchtblasteten Familien ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien eine der größten bekannten Zielgruppen selektiver Suchtpräventionsmaßnahmen. Als Ursachen für dieses erhöhte Suchtrisiko sind neben der Erfahrung des (elterlichen) Suchtmittelkonsums 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 suchtblasteten Familien zu helfen, ist ein abgestimmtes Wirken aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen, wie sie im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) gefordert wird, notwendig⁴². Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Kinder und deren suchtkranke Eltern werden in Deutschland von Akteuren in der ambulanten und stationären Suchthilfe und der Selbsthilfe durchgeführt. „kidkit – Hilfe für Kinder und Jugendliche“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen KOALA e.V., der Drogenhilfe Köln e.V. und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule, Abteilung Köln. Auf der Webseite erhalten Kinder und Jugendliche, die in dysfunktionalen Familien aufwachsen und/oder familiäre Gewalt erfahren, altersgerechte Informationen zu den Themen „Sucht und Familie“, „Gewalt in der Familie“ und „psychisch kranke Eltern“ sowie eine kostenlose und anonyme Beratung⁴³.

Das in vergangenen REITOX-Berichten vorgestellte modulare Präventionskonzept „Trampolin“⁴⁴ für Kinder aus suchtblasteten Familien wurde vom Bundesmodellprojekt überführt in ein Regelangebot. Als Botschafter konnte der Fußballnationalspieler Cacau vom VfB Stuttgart gewonnen werden, der sich auch für die Stiftung Deutsche Kindersuchthilfe engagiert. Die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit von „Trampolin“ erfolgte als prospektives, randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign. Die Befragung von Eltern und Kindern fand zu drei Messzeitpunkten statt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder von der Teilnahme an „Trampolin“ in mehrfacher Hinsicht profitieren: Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe fiel ihre psychische Belastung auch sechs Monate nach Ende des Kurses signifikant geringer aus. Außerdem verfügten sie über mehr Wissen zum Thema Sucht in der Familie und den Umgang damit. Langzeitkatamnesen in Bezug auf die beteiligten Kinder

⁴¹ www.fruehehilfen.de

⁴² Art. 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html>

⁴³ www.kidkit.de

⁴⁴ www.projekt-trampolin.de

Trampolin hat zum Ziel negative Entwicklungsverläufe der Kinder aus suchtblasteten Familien mit Methoden der Resilienzförderung zu verhindern und den Aufbau eigener Resilienz- und Schutzfaktoren der Kinder zu fördern.

sind vorgesehen. Aus der Evaluation resultierende konkrete Maßnahmen und Herausforderungen für Wissenschaft und Praxis wurden im Rahmen der Abschlusskonferenz im Februar 2012 thematisiert. So wurde eine Stärkung der Vernetzung von Jugendhilfe und Medizin, die Aufgabe der strikten Trennung zwischen Prävention und Behandlung und die Etablierung von „Trampolin“ als Standardangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien als Herausforderungen an die Praxis gefordert (DZSKJ & DISuP 2012).

3.3.3 Selektive Prävention im Freizeitbereich

Präventionsmaßnahmen im Freizeitbereich sprechen in der Regel eine sehr heterogene Gruppe von Kindern und Jugendlichen an. Dies können beispielsweise Jugendliche in einem Jugendtreff sein oder Schulabbrecher in einer Jugendhilfeeinrichtung oder Clubgänger. Unter diesen Jugendlichen sind häufig substanzkonsumerfahrene Jugendliche, sozial Benachteiligte oder delinquente Jugendliche zu finden, für die jeweils andere Präventions-schwerpunkte gesetzt werden müssen als beispielsweise für Konsumunerfahrene.

Grundsätzlich ist der Freizeitbereich in einen organisierten und nicht-organisierten Bereich differenzierbar. Im organisierten Freizeitbereich (z. B. Einrichtungen der Jugendhilfe, der Kirche, kommunale oder städtische Jugendzentren) werden häufig suchtpräventive Maßnahmen umgesetzt, die sich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch (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. Die beschriebene Heterogenität macht deutlich, dass die Lebenswelten der Jugendlichen zu berücksichtigen und die Aktivitäten nicht nur auf Konsumverzicht oder Konsumreduktion auszurichten sind, sondern darüber hinaus Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement vermittelt werden müssen.

Im nicht-organisierten Freizeitbereich gestaltet sich Suchtprävention offener. Damit ist gemeint, dass die Aktivitäten bzw. Angebote niedrighschwellig und in der Regel freiwillig sind. Sie zielen in der Regel 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 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.

Big Brothers Big Sisters Deutschland (BBBSD) ist ein Mentorenprogramm für Kinder und Jugendliche von sechs bis 16 Jahren aus unterschiedlichen Lebensverhältnissen, die in besonderem Maße von einer Förderung profitieren (Migrationshintergrund, bildungsferne oder unvollständige Familie, Schulwechsel, Umzug). Die Ursprünge der aus den USA stammenden Initiative reichen bis ins Jahr 1904 zurück. Seit 2007 ist BBBSD als gemeinnützige GmbH mit einem Regionalbüro in Mannheim vertreten. Die Präsenz wurde in den Folgejahren ausgebaut. Mittlerweile gibt es Büros in Frankfurt, Essen, Hamburg,

Stuttgart und München. Im Januar 2011 gab es in Deutschland 372 Tandems. Ziel ist die Förderung der Kommunikationsfähigkeit und des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Durch soziales Lernen soll jungen Menschen Anerkennung und Wertschätzung vermittelt, um Selbstvertrauen und Eigenverantwortung zu stärken. Jungen wird ein Mentor, Mädchen eine Mentorin zugeteilt, die sich ehrenamtlich engagieren. Diese sogenannten Tandems treffen sich alle ein bis zwei Wochen für ein paar Stunden über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr. Die Mentorinnen und Mentoren durchlaufen ein umfassendes, klar definiertes und konsequent durchgeführtes Auswahl- und Zuweisungsverfahren und werden individuell in Informationsgesprächen und Workshops in ihre Aufgabe eingewiesen. Ausgehend von den individuellen Bedürfnissen der Kinder wird vom Mentoring-Team ein individueller Bildungsplan zusammengestellt und mit den Mentorinnen und Mentoren und der Familie besprochen. Die Erfahrungen und Entwicklungen ihrer „Mentees“ dokumentieren sie in einem monatlichen eTagebuch, das eine Grundlage für das Finden von Lösungen darstellt.

In den USA untersuchte ein unabhängiges gemeinnütziges Forschungsinstitut die Wirksamkeit von BBBS in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (Warteliste) in einer Stichprobe von 950 Jungen und Mädchen, in der sich die Tandems ein Jahr lang drei Mal monatlich trafen (Tierney & Grossman 2000). Messungen fanden zum Ausgangszeitpunkt und nach achtzehn Monaten statt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeichneten sich die Interventionsgruppe bei der Follow-Up-Messung dadurch aus, dass sie signifikant weniger Kinder umfasste, die illegale Drogen konsumiert hatten ($p = 0,05$).

Drug Scouts ist eine selektiv-präventive Initiative aus Leipzig, das seit 16 Jahren in der Partyszene aktiv ist und sich am EU-Projekt Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project (NEWIP) beteiligt. Ziel ist es, Konsumenten von Partydrogen auf unterschiedlichen Kanälen (Telefon, Infoladen, Web) zur kritischen Reflexion ihres Konsums anzuregen, über gesundheitliche Risiken zu informieren (Pillenwarnungen auf der Webseite www.drugscouts.de) und Unterstützung bei der Reduzierung ihres Konsums zu bieten. In der Arbeit vor Ort ist ein verstärkter Fokus auf Alkohol- und Mischkonsum geplant.

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 Kinder und Jugendliche liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor.

Etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen weisen psychische Auffälligkeiten, d. h. spezifische Störungen auf, die von Ängsten über Depression zu Störungen des Sozialverhaltens reichen (Hölling et al. 2007). Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger auf, als bei Kindern und Jugendlichen mit höherem sozioökonomischem 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 in Kapitel 3.4.1).

Neben Risikofaktoren spielen Schutzfaktoren in Erklärungsmodellen zu psychischen Auffälligkeiten eine nicht unwesentliche Rolle. 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 Substanzsüchten. 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

In Deutschland sind Schätzungen zufolge zwischen 3 % und 10 % aller Kinder und Jugendlichen von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen. Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS ein deutlich höheres Risiko haben, eine Suchtstörung zu entwickeln (Thomasius et al. 2008).

Derzeit liegen keine Informationen über aktuelle präventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit ADHS vor.

3.4.3 Früherkennung und Frühintervention

An der Schnittstelle von indizierter Prävention zur Behandlung haben sich Maßnahmen etabliert, die dem Begriff Früherkennung und Frühintervention zuzuordnen sind. Als wesentliches Merkmal weist die Zielgruppe dieser Maßnahmen 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 Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) oder der International Classification of Diseases (ICD-10) 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.

Das im Jahr 2001 eingerichtete Internetportal der BZgA zur Drogen- und Suchtprävention www.drugcom.de bietet qualitätsgesicherte Informationen und Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln und richtet sich an drogenaffine Jugendliche und junge Erwachsene in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen, die gelegentlich oder regelmäßig Drogen konsumieren. Eine weitere relevante Zielgruppe sind Multiplikatoren aus dem Bereich Suchthilfe, Suchtprävention sowie Schule und Jugendfreizeit. www.drugcom.de ist das

zentrale Element der BZgA zur Prävention des Substanzmissbrauchs und der Substanzabhängigkeit der illegalen Suchtstoffe.

Neben einer Vielzahl von Informationsangeboten, wie einem Drogenlexikon als Modul zur Wissensvermittlung, bietet das Internetportal verschiedene Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten, wie bspw. die Selbsttests „Check your Drinking“ und „Cannabis Check“ zur Überprüfung des eigenen Konsumverhaltens für die psychoaktiven Substanzen Alkohol und Cannabis. Bisher haben 1.053.029 Menschen mit Hilfe eines Selbsttests ihr Konsumverhalten auf www.drugcom.de überprüft (Stand: 30.06.2012). Ziel der Selbsttests ist es, die Teilnehmer zu einer kritischen Reflexion des Konsums anzuregen und ggf. zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. 2012 besuchten im Durchschnitt täglich 2.200 User www.drugcom.de.

Internetbasierte Interventionen zur Behandlung problematischen Substanzkonsums werden in der Suchtprävention erfolgreich eingesetzt. Zudem wird das Internet von Jugendlichen und jungen Erwachsenen als niedrigschwelliges Informations- und Beratungsangebot angenommen und genutzt (Van Eimeren & Frees 2010). Mit der internetbasierten Kurzintervention für junge Cannabiskonsumenten „Quit the Shit“ bietet die BZgA seit 2004 eine effektive Unterstützung für diejenigen an, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen⁴⁵. Seit August 2004 haben 3.572 Personen an „Quit the Shit“ teilgenommen (Stand: 30.06.2012).

3.4.4 Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen

Nationale und regionale (Medien-)Kampagnen sind Instrumente universeller Prävention. Informationen über Risiken, die von einer Substanz ausgehen, sind ein wichtiger Bestandteil einer Mehrebenenpräventionsstrategie. Die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen und eine ggf. daraus resultierende Verhaltensänderung fällt umso leichter, je interaktiver und multimodaler die Informationen vermittelt werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Vermittlung von Informationen massenmedial zu unterstützen und beispielsweise durch ein interaktives Internetangebot gezielt zu untermauern und zu verstärken.

Da für die Wirksamkeit massenmedialer Kampagnen zur Prävention des Konsums illegaler Drogen belastbare Befunde fehlen (Ferri et al. 2013), beschränkt sich ihr Einsatz auf legale Suchtmittel.

Da Alkohol die am häufigsten genutzte psychoaktive Substanz in Deutschland ist, wird vor allem dieser Suchtstoff in nationalen und regionalen (Medien-)Kampagnen thematisiert. Durch riskanten Alkoholkonsum alleine oder Alkoholkonsum kombiniert mit Tabakkonsum sterben ca. 74.000 Menschen jährlich in Deutschland (vgl. Gaertner et al. 2012).

⁴⁵ Vgl. REITOX-Bericht 2011: Mit einer Kontrollgruppenstudie (Untersuchungszeitraum: 2006 – 2008) wurde untersucht, welche Effekte „Quit the Shit“ erzielt. Der abschließende Ergebnisbericht der kontrollierten Studie über die Effekte des Reduktions- und Ausstiegsprogramms für Konsumenten von Cannabis „Quit the Shit“ zeigt, dass eine komplette Programmnutzung von mindestens 45 Tagen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, den Cannabiskonsum signifikant zu senken.

Das Einstiegsalter bei Alkoholkonsum liegt aktuell bei 14,5 Jahren. Damit hat sich das Alter etwas erhöht, in welchem Kinder und Jugendliche zum ersten Mal Alkohol konsumieren (BZgA 2012b, S. 32). Ein Ziel der BZgA- Alkoholpräventionskampagne für 12- bis 16-jährige Jugendliche „Null Alkohol – Voll Power“ ist es, diesen Trend zu stärken und den Einstieg in den Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen hinauszuzögern. Weitere Ziele sind: Jugendliche besser über Alkohol zu informieren, und eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern.

Um vor allem junge Erwachsene über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens zu informieren und beim Rauchstopp zu unterstützen, wurde die Internetplattform www.rauchfrei-info.de der BZgA-Kampagne „rauchfrei!“ im Vorfeld des Weltnichtrauchertags 2012 in einem neuen Design, mit neuen Funktionen und aktualisiertem Inhalt freigeschaltet. Zielgruppenspezifische Informationen, Tests sowie interaktive Tools rund um das Thema (Nicht-)Rauchen wurden in die Website integriert. Das Portal ist seit 2005 online und erreicht jeden Monat bis zu 30.000 Menschen. Kernstück ist das evaluierte Online-Ausstiegsprogramm, das aufhörwillige Raucher bis zu vier Wochen lang beim Rauchausstieg begleitet. Nach Intention-to-treat Analyse⁴⁶ sind nach 6 Monaten 13,5 % der User rauchfrei, das ist vergleichbar mit der Erfolgsrate anderer Online-Ausstiegsprogramme (BZgA 2012a, nicht veröffentlicht).

⁴⁶ Statistisches Verfahren, in dem die Gesamtheit der Teilnehmer entsprechend ihrer per Randomisation zugewiesenen Behandlungsgruppe Eingang in die Auswertung findet, unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Behandlung.

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 Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 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 (International Classification of Diseases (ICD) oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (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 2012) 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 Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), der British Medical Association und des Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (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 dies bestätigen würde (Kleiber & Soellner 1998). Die an verschiedenen Stellen verwendeten Arbeitsdefinitionen umfassen jeweils unterschiedliche Teilmengen der beschriebenen Gesamtgruppe. Nur die Begriffe, die auf klinischen Klassifikationssystemen basieren, sind eindeutig definiert. Bei anderen, etwa dem „riskanten“ Drogenkonsum, können Definition und Verständnis des Konzepts stark variieren.

Methoden zur Messung und Schätzung

Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten aus bestimmten Erhebungssystemen oder Studien dahingehend zu bewerten, ob sie Aussagen über

problematischen Konsum etwa im Sinne einer Abhängigkeit zulassen. Während bei Polizeidaten lediglich die höhere Aufgriffswahrscheinlichkeit intensiver Drogenkonsumenten als Hinweis auf problematischen Gebrauch interpretiert werden kann, werden in Umfragen Zusatzinformationen (Konsumhäufigkeit, Begleitumstände, Diagnosekriterien) oder angepasste Tests aus dem klinischen Bereich für eine entsprechende Differenzierung genutzt. Eine relativ sichere Zuordnung ist in Behandlungseinrichtungen möglich, deren Mitarbeiter über eine spezielle Ausbildung bzw. entsprechende Erfahrungen in der Diagnostik solcher Fälle verfügen. Die oben erwähnte Definition des „riskanten Konsums“ aus dem Deutschen Kerndatensatz schließt jeden Konsum einer Substanz (innerhalb der letzten 30 Tage) aus dem Bereich F11 (Opioide) bis 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 Probierkonsum 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. So wurde in der im Mai 2013 veröffentlichten fünften Ausgabe des Klassifikationssystems DSM der American Psychiatric Association (APA) die Differenzierung zwischen Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence) aufgegeben. Stattdessen wurde eine „Substanzgebrauchsstörung“ („Substance Use Disorder“) definiert, bei der unterschiedliche Ausprägungsgrade der Störung bestimmt werden: erfüllt, moderat und schwer (APA 2013). Die Zusammenführung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild wird durch eine Reihe von Befunden gestützt, die die Differenzierbarkeit von Missbrauch und Abhängigkeit in Frage stellen und der kategorialen Differenzierung eher ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden gegenüber stellen.

Dabei seien 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 Opioidkonsumenten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Opioidkonsumenten 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 2012 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 erstauffälliger (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 2011 neu berechnet. Da ein Teil der für dieses Schätzverfahren notwendigen Daten (Diagnosedaten der 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 2012 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 der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe 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 (Kraus et al. 2003). Alle Multiplikatorenverfahren unterliegen für sich genommen erheblichen Einschränkungen. So spiegeln sich Veränderungen in der Prävalenz nicht zwangsläufig in der Behandlungsnachfrage wider, die Erfassung erstauffälliger Konsumenten wird maßgeblich vom Ermittlungsdruck der Polizei beeinflusst und auch die Zahl der Drogentoten ist in ihrer jeweils absoluten Höhe nur bedingt interpretierbar. Andere Schätzverfahren (z. B. Capture-Recapture-Studien oder andere Multiplikatorenverfahren) 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 62.000 und 203.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2011 zugrunde legt). Dies entspricht einer Rate von 1,1 bis 3,8 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2012 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr								Prävalenz pro 1.000
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Behandlung ¹⁾	137- 163	130- 154	110- 130	164- 195	163- 194	167- 198	171- 203	²⁾	3,2-3,8
Polizei- kontakte	128- 166	117- 159	108- 149	99- 137	89- 127	81- 117	79- 106	74-95	1,4-1,8
Drogen- todesfälle	79-96	103- 130	99- 113	117- 178	91- 119	82- 137	63-91	62-65	1,1-1,2

1) Anzahl der ambulanten Einrichtungen laut DSHS + Schätzung von 20 % verdeckten Teilnehmern

2) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2012.

DBDD 2013, spezielle Berechnung.

Im Jahr 2013 wurde das Schätzverfahren auf der Basis der Behandlungsdaten für die Klienten mit Opioid-, Kokain- und Amphetaminproblemen verfeinert, indem nun auch Patienten in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe berücksichtigt wurden. Zudem wurde die Zahl der Klienten mit entsprechender Hauptdiagnose derselben Tabelle entnommen wie die Zahl der für die Deutsche Suchthilfestatistik dokumentierenden

Einrichtungen. Die Schätzungen werden außerdem seit 2009 anhand der Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen vorgenommen, die auf dem Einrichtungsregister basiert (Süss & Pfeiffer-Gerschel 2011). Eine genaue Darstellung der Methodik findet sich im REITOX-Bericht des Jahres 2010. Die Schätzungen für die vorhergehenden Jahre wurden entsprechend angepasst und unterscheiden sich darum von den bisher berichteten Schätzungen der problematischen Drogenkonsumenten.

Im Vergleich zum Jahr 2010 fällt die Schätzung aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ für das Jahr 2011 höher aus. Dies ist v. a. darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Zugänge zur ambulanten Behandlung im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr 2010 deutlich stärker gestiegen ist als die Zahl der Zugänge zur stationären Behandlung im selben Zeitraum gesunken ist.

Die Zahl der erstauffälligen Konsumenten von Heroin ist seit Jahren stark rückläufig (2000: 7.914; 2012: 2.090). Auch der Anteil Drogentoter, die zuvor als erstauffällige Konsumenten registriert worden sind, ist zwischen 2003 (n = 52) und 2011 (n = 34) kontinuierlich gesunken, von 2011 auf 2012 (n = 37) wieder leicht angestiegen. Die auf diesem Indikator beruhenden Schätzwerte sinken insgesamt seit dem Jahr 2000 kontinuierlich.

Die Schätzungen aufgrund des Multiplikators „Drogentodesfälle“ basieren auf der Mortalität der ambulant behandelten Klienten und auf der Zahl der Drogentodesfälle. Erstere ist im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen (2011: 1,1-1,6 %; 2012: 1,4-1,5 %), letztere ist nach dem Rückgang von 2010 auf 2011, im Jahr 2012 erneut gesunken (2010: 1237; 2011: 986; 2012: 944). Die Schätzungen aufgrund des Multiplikators „Drogentodesfälle“ sind für das Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 demzufolge erneut gesunken.

Seit 2005 sind die Schätzwerte für den Multiplikator „Polizeikontakte“ rückläufig. Auch für den Multiplikator „Drogentodesfälle“ gilt dies für die Jahre seit 2008. Die Schätzwerte aufgrund des Multiplikators „Behandlungsnachfrage“ sind zwischen 2005 und 2007 gesunken, zum Jahr 2008 hin deutlich gestiegen und nach nur leichten Schwankungen in den Jahren 2008 und 2009 wieder leicht angestiegen. Es ist also keine eindeutige Tendenz zu beobachten.

Der Wertebereich (1,1-3,8/1.000) liegt weiterhin in der Größenordnung der Prävalenz, den eine europäische Metastudie für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen für die Altersgruppe 15 bis 64 errechnet hat (Range für Opioidabhängigkeit: 1,0-7,0 mit einem expertenbasierten „Best estimate“ von 1,0-4,0; Range für Cannabisabhängigkeit: 0,0-9,0 mit einem expertenbasierten „Best estimate“ von 3,0-18,0) (Wittchen et al. 2011). Weitere Details finden sich unter 4.2.2.

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 mit dem verfeinerten Schätzverfahren (s.o.) auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2011, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 229.000-272.000 (2010: 214.000-254.000). Dies entspricht einer Prävalenz von 4,3-5,0 (pro 1.000 Einwohner) unter den 15- bis 64-Jährigen (2010: 4,0-4,7). Nach einem deutlichen Anstieg von 2007 auf 2008 (2007: 2,5-2,9; 2008: 3,8-4,5) und keiner Veränderung zum Jahr 2009 (3,8-4,5), steigt diese Hochrechnung seitdem kontinuierlich an. 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 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 in der Allgemeinbevölkerung

Der letzte Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) wurde im Jahr 2012 durchgeführt (Pabst et al. 2013, im Druck). Die Methodik wurde bereits in Kapitel 2 dargestellt. Die Daten zu Störungen in Verbindungen mit illegalen Substanzen, die auf diesem ESA beruhen, wurden nach Kriterien des DSM-IV (APA 1994) im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Cannabis, Amphetaminen und Kokain erhoben. Verwendet wurden die Items des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; Wittchen 1994; Wittchen et al. 1995).

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllten jeweils 0,5 % der Befragten die DSM-IV Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Insgesamt 0,2 % wiesen eine Kokainabhängigkeit auf. Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigten 0,2 % der Befragten, weitere 0,1 % erfüllten die Kriterien für eine Abhängigkeit. Mit Ausnahme von Kokainmissbrauch wiesen Männer häufiger als Frauen substanzbezogene Störungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von illegalen Drogen auf. Darüber hinaus waren die Einzeldiagnosen am häufigsten in den Altersgruppen der 20- bis 30-Jährigen zu beobachten.

Die Autoren haben die Prävalenz-Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV auf die deutsche Allgemeinbevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre hochgerechnet. Etwa 283.000 Erwachsene (KI = 201,000 – 397,000) zeigten hochgerechnet einen Missbrauch und 319.000 Erwachsene (KI = 224,000 – 453,000) eine Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Konsum der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine.

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

4.4.1 Gebrauchsformen außerhalb der PDU⁴⁷-Definition der EMCDDA

In verschiedenen Erhebungen ist das Konstrukt des „problematischen“ oder „riskanten“ Konsums von Cannabis untersucht worden. Allerdings unterscheiden sich die Terminologie und die Operationalisierung des jeweiligen Konstrukts 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.

Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zum problematischen Cannabiskonsum finden sich im REITOX-Bericht des Jahres 2012.

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

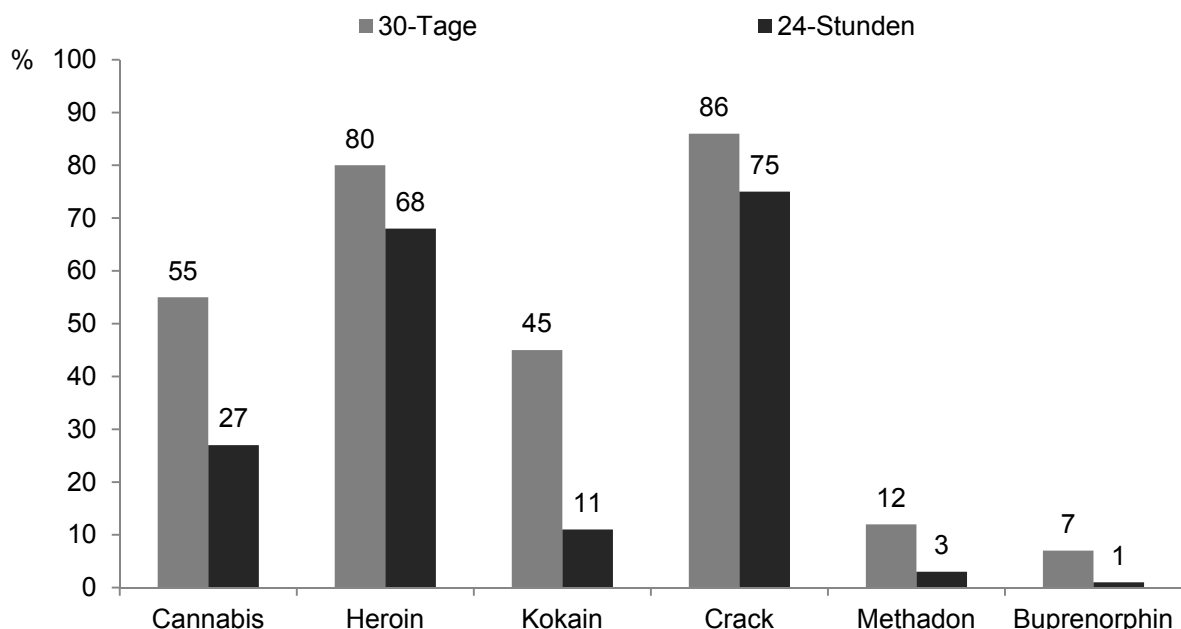
Andere Angaben zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen

In Ergänzung zu den bereits 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. 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 und Nikotin beobachtet (im Vergleich zu Alkohol). Die Altersstufen 15-18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht (Wittchen et al. 2008a). Behrendt und Kollegen (2009) konnten 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

⁴⁷ Problem Drug Use.

erhöhten Risiko der Entwicklung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit verbunden ist. Dabei ist der Konsum von Cannabis 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. 2008b).

Daten hierzu liegen aus der aktuellen MoSyD-Studie vor (Bernard et al. 2013). Diese besteht aus mehreren Komponenten, die eine repräsentative Schülerbefragung, ein Trendscout-Panel, eine Szenebefragung und eine Expertenbefragung beinhalten. Ausführlichere Angaben zur Methodik finden sich in Kapitel 2.1. Ergebnisse aus der Szenestudie werden im folgenden Abschnitt dargestellt. Es wurden 150 Drogenkonsumenten befragt, die entweder unmittelbar auf der „offenen Drogenszene“ im Frankfurter Bahnhofsviertel oder in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden.

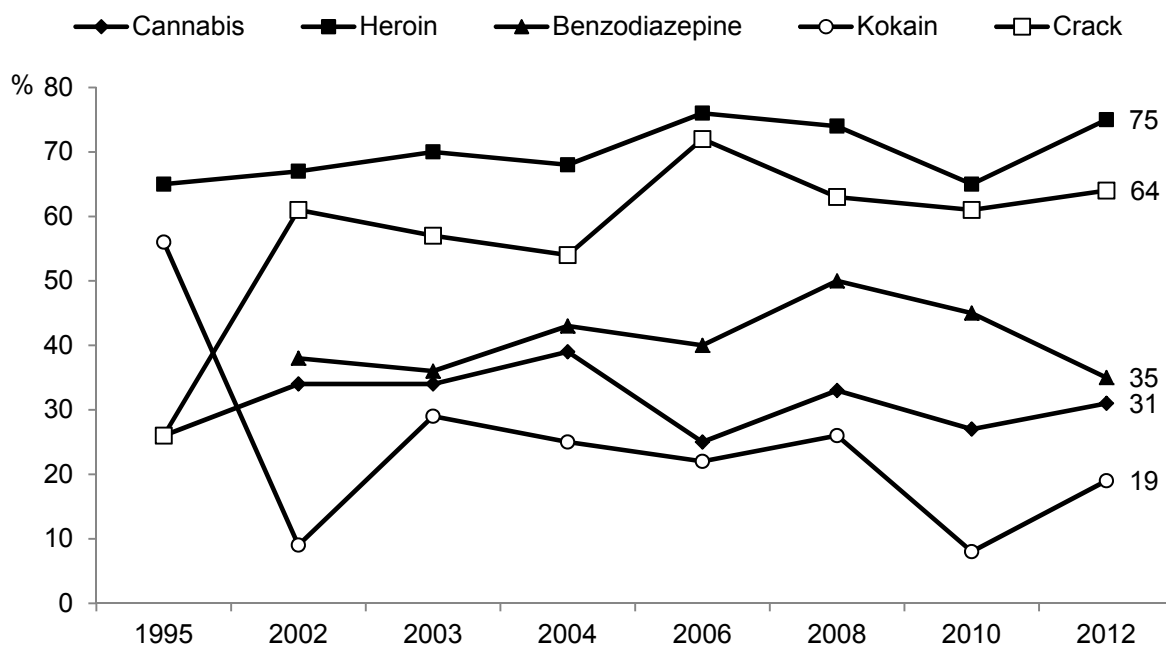


Bernard et al. 2013.

Abbildung 4.1 30-Tages und 24-Stunden-Prävalenzraten (in %) illegaler Drogen

Wie anhand der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen abzulesen ist (s. Abbildung 4.1), nehmen Heroin (80 % bzw. 68 %) und Crack (86 % bzw. 75 %) nach wie vor die mit Abstand wichtigste Rolle in den Drogengebrauchsmustern der Szenemitglieder ein. Gefolgt werden sie, was die 30-Tages-Prävalenz anbelangt, von Cannabis (55 %) und Kokain (45 %), die beide im Gegensatz zu einer hohen 30-Tages-Prävalenz eine deutlich niedrigere Prävalenz des täglichen Konsums aufweisen (Cannabis: 27 %; Kokain: 11 %). Nicht verschriebene Substitutionsmittel spielen für den aktuellen Konsum nur bei einem kleinen Teil der Szeneangehörigen eine Rolle: Lediglich 12 % haben in den letzten 30 Tagen nicht verschriebenes Methadon und 7 % nicht verschriebenes Buprenorphin konsumiert. Bezogen

auf die letzten 24 Stunden haben aktuell lediglich 3 % illegal erworbenes Methadon und 1 % Buprenorphin ohne Verschreibung zu sich genommen. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass vermutlich ein gewisser, wenn auch geringer Anteil der Szene in ‚Notsituationen‘ auf illegal gehandelte Substitutionsmittel zurückgreift. Ein regelmäßiger bzw. alltäglicher Konsum dieser Substanzen ohne Verschreibung scheint hingegen nach wie vor auf Einzelfälle beschränkt zu sein.



Bernard et al. 2013.

Abbildung 4.2 Anteil Personen (in %) mit intensivem Konsum von illegalen Drogen unter denjenigen harten Drogenkonsumenten mit Konsum in den letzten 30 Tagen

In Abbildung 4.2 ist für verschiedene Substanzen der Prozentsatz derjenigen Befragten abgebildet, die die entsprechende Substanz in den letzten 30 Tagen „intensiv“, d. h. täglich oder nahezu täglich, konsumiert haben. Der höchste Anteil an Intensivkonsument(inn)en ist mit aktuell (2012) 75 % nach wie vor bei Heroin festzustellen. Im Vergleich zur vorangehenden Erhebung hat sich dieser Wert wieder etwas erhöht und liegt damit auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Jahren 2006 und 2008. Statistisch signifikante Veränderungen zwischen den Erhebungen lassen sich für die Konsumhäufigkeit von Kokain und Crack beobachten, wobei die Signifikanz in erster Linie auf die Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen ist. Im Falle von Kokainpulver, dass der intensive Konsum 2003 wieder angestiegen war und in den Folgejahren auf einem vergleichbaren Niveau verblieb. Im Jahr 2010 sank dann die Kennzahl für den intensiven Kokainkonsum auf den niedrigsten Stand aller Erhebungen, hat sich aktuell aber wieder auf 19 % erhöht. Für Crack lassen sich indes

nur noch relativ geringe Schwankungen nach dem klaren Anstieg des Intensivkonsums von 1995 auf 2002 beobachten. In der Erhebung 2006 war zwar der Anteil intensiv Konsumierender innerhalb der Gruppe der aktuellen Konsument(inn)en angestiegen, diese Tendenz hatte sich in den beiden folgenden Befragungen allerdings nicht weiter fortgesetzt. Anhand der dargestellten Daten lässt sich festhalten, dass Heroin und Crack im Hinblick auf die Anteile täglicher Konsument(inn)en nach wie vor dominieren.

4.4.3 Missbrauch von Medikamenten

Übersicht

Die Schätzungen zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland variieren zwischen 700.000 (Schwabe 2007) und 1,9 Millionen Personen (Kraus & Augustin 2001; Soyka et al. 2005). Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 zufolge weisen nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch 4,0 % aller Befragten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren einen problematischen Arzneimittelkonsum auf (Pabst et al. 2010). 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 (Tetrault et al. 2008). 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 Gebrauchs von Arzneimitteln 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 Gebrauchs 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, z. B. aufgrund des sozial meist unauffälligen Verhaltens der Betroffenen, häufig wesentlich länger unerkannt und wird durch die Betroffenen oft negiert. Außerdem erfolgt der Zugang zu Medikamenten in der Regel durch Kontakt mit dem medizinischen System und nicht über Schwarzmärkte oder den freien Markt.

Veränderungen konzeptueller Rahmenbedingungen nehmen möglicherweise ebenfalls Einfluss auf die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten. So stiegen die in Deutschland verordneten Mengen an Substitutionsmitteln (bis auf Buprenorphin) parallel zum Ausbau der Angebote zur Substitutionsbehandlung in Deutschland in den Jahren bis

2011 kontinuierlich an (Böger & Schmidt 2012b). Auch die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist von 2002 bis 2010 auf 77.400 Patienten stetig gestiegen; seit 2011 zeigt sich ein leichter Rückgang auf 75.400 Patienten (BOPST 2013). Laut Substitutionsregister ist das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel Methadon. Allerdings steigen die Anteile von Buprenorphin und Levomethadon seit 2003 an (BOPST 2013). Die Verordnungsmengen anderer verschreibungspflichtiger Medikamente zeigen während der letzten Jahre erhebliche Zuwachsraten (Böger & Schmidt 2012b). So haben vor allem die Verordnungen der Opioidanalgetika in den letzten zehn Jahren kontinuierlich um mehr als 60 % zugenommen (Böger & Schmidt 2012b).

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 der 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 schon einmal zu Arzneimitteln gegriffen haben, um ihre Leistung am Arbeitsplatz zu steigern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Eine Studie, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2010 in Auftrag gegeben hat, ergab, dass die große Mehrheit der Studierenden keine eigene Erfahrung mit dem sogenannten Hirndoping hat (Middendorff et al. 2012a,b). Gefragt danach, ob sie seit Beginn des Studiums Hirndoping betrieben haben, und wenn ja, wie häufig sie entsprechende Substanzen (verschreibungspflichtige Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Psychostimulanzien oder Aufputschmittel) einnahmen, antwortete die Mehrheit der Studierenden (71 %), dass das für sie nicht in Frage kommt. Jeder Sechste (17 %) verneinte den Gebrauch solcher Mittel, konnte sich ihre Einnahme aber durchaus vorstellen. 8 % haben selten zu leistungssteigernden Mitteln gegriffen, 4 % taten dies ab und zu. Häufiger Gebrauch leistungssteigernder Substanzen kam bei 1 % vor. Um diesen neuen Trend im Arzneimittelmissbrauch zu reduzieren, existiert in Deutschland seit 2007 das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport sowie eine Dopingmittel-Mengen-Verordnungen (DmMV). Hauptziel dieses Gesetzes ist es, die international vernetzten kriminellen Strukturen an ihren Aktivitäten zu hindern.

Eine der wichtigsten Risikogruppen für Medikamentenmissbrauch sind ältere Menschen, die häufig auf Medikamente wie Schmerz- und Beruhigungsmittel angewiesen sind, um altersbedingte Erkrankungen und Symptome zu bekämpfen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013; Dyckmans 2013; Koechl et al. 2012). Eine längerfristige Einnahme von Benzodiazepinen scheint aber gerade in dieser 60+ Personengruppe das Risiko zu erhöhen, an Demenz zu erkranken, zu stürzen, emotional abzustumpfen oder weitere Einbußen im Bereich kognitiver Fähigkeiten zu erleben (Billioti de Gage et al. 2012; BMG 2013; Dyckmans 2013). Dabei bedarf der Missbrauch der Benzodiazepine und Z-Drogen besonderer Aufmerksamkeit. Im BARMER GEK Arzneimittelreport 2013 von Glaeske &

Schick Tanz wird darauf hingewiesen, dass Benzodiazepine vor allem an ältere Menschen, darunter zwei Drittel Frauen, verordnet werden. Des Weiteren schätzen die Autoren, dass ein Drittel bis die Hälfte der Benzodiazepin-haltigen Mittel nicht zur Lösung akuter medizinischer Probleme sondern langfristig zur Suchterhaltung und Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet werden.

Während in der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen (60+ Jahre) der Missbrauch von Sedativa/Hypnotika die größte Rolle spielt, sind in der Gruppe jüngerer Menschen vor allem Entwicklungen beim Missbrauch von Stimulanzien zur Leistungssteigerung (auch im Breitensport, s. Kläber 2011) zu beobachten: Beispielsweise wurde als Ergebnis der Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit (KOLIBRI) des Robert Koch-Instituts (RKI) 2011 berichtet, dass die Prävalenz für Dopingmittel in der Kohorte der 18 bis 29-Jährigen (2,2 % der Männer und 1,9 % der Frauen) am höchsten ist und dass des Weiteren unter jungen Menschen die Bereitschaft zum Medikamentenmissbrauch zwecks physischer und psychischer Leistungsoptimierung generell am größten ist (RKI 2011). Auch sind die Verordnungszahlen für Methylphenidat (MPH; Ritalin), einen gegen ADHS eingesetzten Wirkstoff (Spencer et al. 2012), an junge Menschen in den vergangenen Jahren weiterhin gestiegen. Dieser Trend dürfte vorwiegend durch den Anstieg der Diagnose- und Versorgungsrate der ADHS als Folge der zunehmenden Sensibilisierung von Ärzten, Psychotherapeuten, aber auch Eltern und Lehrern für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und zu erklären sein. Allerdings gibt eine aktuelle Studie des Projekts Phar-Mon in Zusammenarbeit mit niedrigschwelligen Suchtpräventionsprojekten Hinweise darauf, dass ADHS-Medikamente wie Ritalin unter jungen Partygängern in Deutschland missbraucht werden. Auf das Missbrauchspotenzial von MPH wird schon länger in internationalen Publikationen hingewiesen (Barrett et al. 2005; Spencer et al. 2012). Grundsätzlich wird es von Experten als problematisch bewertet, wenn die Verschreibung von Stimulanzien nicht durch in der Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen qualifizierten Experten außerhalb eines multimodalen Behandlungssettings der – meist männlichen – Klienten erfolgt (Glaeske & Schick Tanz 2013). Vor diesem Hintergrund setzen sich Politik und Verwaltung mit zahlreichen Maßnahmen für eine Stärkung der leitliniengerechten Diagnostik und Therapie der ADHS ein. Auch diesbezügliche regulatorische Maßnahmen der vergangenen Jahre der Zulassungsbehörden und der Gemeinsamen Selbstverwaltung weisen hier in die richtige Richtung und sollen dazu beitragen, einen möglichen Missbrauch oder Fehlgebrauch von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln zu verhindern. Der Gebrauch von MPH zum pharmakologischen Neuroenhancement sowie zu Rauschzwecken sollte weiterhin genau beobachtet werden (Franke et al. 2012; INCB 2013).

Wie bei der Beschaffung illegaler Drogen bietet das Internet oft eine Plattform, Medikamente zu beschaffen, die zweckentfremdet werden (EMCDDA 2013). Online Versandapotheken, soziale online Netzwerke, Medikamentenforen und andere Quellen öffnen den Schwarzmarkt weiter, sodass der Kontakt zu Dealern auf der Straße vermieden werden kann (INCB 2013; Nielsen & Barrat 2009). Bei der Beobachtung des Medikamentenmissbrauchs in Deutschland ist es mittlerweile also unabdingbar geworden, die internetbasierten

Beschaffungsmuster der Konsumenten zu kennen. Darüber hinaus ist die Nutzung moderner Technologien für Monitoring- und Warnsysteme eine gewinnbringende Entwicklung im Kampf gegen Medikamentenabhängigkeit (Nielsen & Barrat 2009). In den USA werden Apotheker und Ärzte bei der Medikamentenverordnung und -vergabe bereits erfolgreich durch Computerprogramme wie das Prescription Drug Monitoring Programme (PDMP) unterstützt (aerzteblatt.de 2013).

Daten aus dem Monitoringsystem Phar-Mon

Seit 1988 untersucht das vom BMG geförderte Projekt Phar-Mon den Arzneimittelmisbrauch 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.

Im Zeitraum Januar bis Dezember 2012 wurden Daten von N=33 Referenzeinrichtungen abgefragt, die deutschlandweit am Projekt teilnehmen. 30 der 33 angeschriebenen Einrichtungen meldeten insgesamt N=1034 Nennungen eines missbräuchlichen Arzneimittelgebrauchs von N=815 Klienten zurück. Die Nennungen stammen überwiegend von Männern (71,1 %) und Personen mit der behandlungsleitenden Diagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Opioiden (65,9 %).

Insgesamt wurden Substitutionsmittel mit 38,2 % der Nennungen am häufigsten als missbrauchte Arzneimittelgruppe genannt, was im Vergleich zum Vorjahr eine Verringerung von 12 % darstellt (2011: 43,3 %). Substitutionsmittel werden vor allem unter Klienten mit einer opioidbezogenen Hauptdiagnose missbräuchlich verwendet. Bezüglich des Wirkstoffs dominieren innerhalb dieser Gruppe nach wie vor die Nennungen von Methadon- (26,4 %) und Buprenorphinmissbrauch (14,6 %), obschon die Buprenorphinnennungen im Vergleich zum Vorjahr um knapp vier Prozentpunkte zurückgegangen sind (2011: 18,4 %). Im Jahr 2012 ist der Missbrauch von Levomethadon mit 12,0 % im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleich geblieben. Passend zum Anstieg der Methadonnennungen insgesamt seit 2009 (16,5 %) haben die Verschreibungszahlen für Methadon, auch im Berichtszeitraum 2011 einen Zuwachs von +7,7 % erfahren (Böger & Schmidt 2012a). Für den Wirkstoff Buprenorphin sind die Verordnungszahlen dagegen stark gesunken (zwar ist ein Plus von 2,9 % für das Präparat Suboxone, aber ein Minus von 20,9 % für Subutex zu verzeichnen) (Böger & Schmidt 2012a). Schließlich stiegen die Verordnungszahlen für Levomethadonhaltige Präparate um lediglich 0,6 % (Böger & Schmidt 2012a), was die Stagnation dieser Nennungsanteile in der Phar-Mon Stichprobe widerspiegelt.

Neben Substitutionsmittel werden vor allem Sedativa/Hypnotika missbräuchlich verwendet. Insbesondere unter Klienten mit den behandlungsleitenden Hauptdiagnosen (HD) Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Alkohol und Sedativa/Hypnotika überwiegt der Missbrauch dieser Arzneimittelgruppe (30,4 % aller Nennungen der HD Alkohol und 64,3 % aller Nennungen der HD Sedativa/Hypnotika). Insgesamt betrachtet beziehen sich die Sedativa/Hypnotika-Nennungen aller Hauptdiagnosegruppen überwiegend auf

Benzodiazepine (d. h. 90,9 %). Unter den Benzodiazepinen, die als Sedativa/Hypnotika verordnet werden, werden hauptsächlich Diazepam (18,9 % aller Nennungen) und Lorazepam (3,8 % aller Nennungen) missbräuchlich verwendet.

Auch im Jahr 2012 zeigte sich ein Anstieg des Antiepileptika-Missbrauchs im Vergleich zum Vorjahr (2011: 4,8 %; 2012: 7,5 % aller Nennungen). Dabei wird am häufigsten das Benzodiazepin Clonazepam genannt (55 von 61 Nennungen). Es gibt Hinweise darauf, dass das Medikament in niedrigeren Dosierungen (1-2 mg) sedierend und in höheren Dosierungen (8 mg oder mehr) stimulierend wirkt (Schifano et al. 2011). Clonazepam wird oft mit anderen Sedativa bzw. mit psychedelischen Drogen eingenommen und ist über das Internet leicht verfügbar (Schifano et al. 2011). Oft wird das Medikament durch „Ärztchopping“ erstanden. Bei den Clonazepam-Nennungen der Phar-Mon Stichprobe zeigte sich ein deutlicher Anstieg in den letzten Jahren. 2011 wurden 27 Fälle eines Clonazepam-Missbrauchs dokumentiert (3,4 % der Gesamtnennungen), im Vergleich zu 55 Fällen im Jahr 2012 (6,8 % der Gesamtnennungen). Eine detailliertere Betrachtung der Daten zu Clonazepam zeigt, dass die Nennungen hauptsächlich aus Nordrhein-Westfalen (Köln allein: 2011 = 92,6 %; 2012 = 81,8 %) stammen. Die Mehrheit der Klienten, bei denen ein Clonazepam-Missbrauch dokumentiert wurde, sind Opioidabhängige (94,5 %), meistens Männer (76,4 %), die das Medikament in Tablettenform (94,5 %) überwiegend auf dem Schwarzmarkt erwerben (87,3 %). Das durchschnittliche Alter der Klienten liegt bei 33,7 Jahren (SD: 6,8). Das Medikament wird überwiegend oral eingenommen (96,4 %) und nur in seltenen Fällen überwiegend injiziert (1,8 %). Entsprechend der üblichen Wirkung von Benzodiazepinen wird Clonazepam meist zur Sedierung und Angstreduktion eingesetzt.

Auch der Missbrauch des Antiepileptikums Pregabalin (Handelsname: Lyrica[®]) stand in letzter Zeit öfter im Fokus. Pregabalin ist mit 60,0 Millionen definierten Tagesdosen (Defined daily dose, DDD) der mit Abstand führende Wirkstoff unter den neueren Antiepileptika. Verordnungen dieser Substanz sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, 2011 im Vergleich zu 2010 um 10,6 % (Schwabe & Paffrath 2012). Pregabalin wird konsumiert, um unterschiedliche Effekte zu erzielen, z. B. Sedierung, Euphorie oder auch Ecstasy-ähnliche Effekte wie Dissoziation. Das Mittel wird sowohl oral als auch intravenös, rektal und durch parachuting⁴⁸ eingenommen. Einer aktuellen Veröffentlichung von (Gahr et al. 2013) zufolge wurden von April 2008 bis August 2012 55 Fälle eines Pregabalin-Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet. Die Anzahl der Fälle in diesem Zeitraum ist kontinuierlich angestiegen. In über 40 % der Fälle ist eine Polytoxikomanie festgestellt worden. In ca. einem Drittel der Fälle sind Entzugserscheinungen nach Absetzen des Mittels aufgetreten (Gahr et al. 2013).

Im Gesamtjahr 2012 sind fünf Fälle eines Pregabalin-Missbrauchs durch Phar-Mon dokumentiert worden. Vier⁴⁹ der fünf Klienten hatten eine HD Opioiden und drei waren

⁴⁸ Parachuting bezeichnet die Einnahmearart, in der das gepulverte Mittel z. B. in einem Stück Toilettenpapier eingepackt und geschluckt wird.

⁴⁹ Aufgrund der kleinen Stichprobe zu Pregabalin-Nennungen wird auf Prozentangaben verzichtet, um Verzerrungen der Ergebnisse zu verhindern.

Männer. Die häufigste Bezugsquelle des Medikaments war ein ärztliches Rezept (4 von 5 Nennungen). Außerdem berichteten Klienten, Pregabalin überwiegend zu konsumieren, um Sedierung (2 von 5 Fällen), Schmerzreduktion (2 von 5 Fällen) und Angstreduktion (1 von 5 Fällen) zu erzielen. Bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen in der Vorgeschichte sollte das Medikament nur wenn absolut notwendig verschrieben werden und Anzeichen für einen Missbrauch sollten beobachtet werden. Vor dem Hintergrund, dass Pregabalin aktuell für die Behandlung von Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit in Betracht gezogen wird (Förg et al. 2012; Schifano et al. 2011), ist weitere Forschung in diesem Bereich von großer Bedeutung. In der Allgemeinbevölkerung scheint Lyrica aber kein erhebliches Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial zu haben.

Nach Substitutionsmitteln (38,2 % aller Nennungen 2012) und Sedativa/Hypnotika (32,5 %) nehmen Analgetika (10,3 %) den Platz der am dritthäufigsten missbrauchten Arzneimittelgruppe in der Phar-Mon Stichprobe ein. Unter den Analgetika ist der Missbrauch opioidhaltiger Analgetika (7,9 %) mehr als dreimal so hoch wie der nichtopioider Analgetika und Antirheumatika (2,4 %). Eines der bekanntesten nichtopioiden Analgetika ist das Antirheumatikum Ibuprofen (7 von 19 Nennungen für nichtopioider Analgetika). Die Zahl der Missbrauchsfälle für nichtopioider Analgetika ist seit 2009 (3,5 %) auf 2,4 % (2012) zurückgegangen, was sich in der Phar-Mon Stichprobe vor allem am Absinken der Missbrauchsfälle von Ibuprofen und Präparaten mit dem Wirkstoff Diclofenac bemerkbar gemacht hat. Die Verordnungszahlen für Ibuprofen haben 2011 erstmals die für Diclofenac, den vormals beliebteren Wirkstoff, übertroffen (Böger & Schmidt 2012a). Tilidin (27 von 64 Nennungen für Opioidanalgetika) und Tramadol (19 von 64 Nennungen für Opioidanalgetika) waren 2012 die am häufigsten missbrauchten Opioidanalgetika in der Phar-Mon Stichprobe. Zwischen 2009 (Anteil Opioidanalgetika gesamt 4,8 %) und 2012 (Anteil Opioidanalgetika gesamt 7,9 %) ist ein leichter Anstieg zu beobachten.

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 abstinentorientierte 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 am Abstinentziel ausgerichtete Behandlung kann nach gegenwärtigem Wissensstand in vier grundlegende Phasen unterteilt werden („Phasenmodell“):

Kontakt- und Motivationsphase

- Erlangung, Erhalt und Festigung der Motivation zur Behandlung der Suchterkrankung
- Beratung inkl. medizinischer, psychischer und sozialer Diagnostik und Anamnese
- Grundlage sollte ein Behandlungs- bzw. Hilfeplan sein (unter Berücksichtigung aller regional zur Verfügung stehenden Angebote der Behandlung/Gesundheitsfürsorge)

Entgiftungs-/Entzugsphase

- Im Rahmen des „qualifizierten Entzugs“ werden in multiprofessionellen Teams verschiedene Aspekte der Abhängigkeit bearbeitet
- Dauer je nach Einzelfall: zwei bis sechs Wochen

Entwöhnungsphase

- Abstinenz soll stabilisiert und Abhängigkeit langfristig beendet werden
- Ambulant, teilstationär und stationär durchführbar
- Regelzeit für Drogenabhängige: bis zu 26 Wochen

Integrations- und Nachsorgephase

- Beinhaltet Nachsorge sowie betreutes Wohnen und andere ambulante Nachsorgemaßnahmen
- Bei der Nachsorge werden therapeutische Maßnahmen reduziert und der Fokus auf die Integration in Arbeit und Gesellschaft gelegt (Unterstützung durch Fachdienste der Arbeitsverwaltung und Rentenversicherungsträger der Klienten)

Datenquellen

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung. Allerdings können diese – insbesondere im stationären Bereich – aufgrund ihrer Erhebungsform nur bedingt miteinander verglichen werden.

Ambulante Betreuung

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl (2012: N=794; 2011: N=778) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f). Seit Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der neue KDS (DHS 2012) verwendet (zur Einführung des neuen KDS siehe auch: REITOX-Bericht 2008, Kapitel 4.3).

Seit 2010 wurden in den hier berichteten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) im Gegensatz zu den Vorjahren bis einschließlich 2009 keine Einrichtungen aufgrund zu hoher Missingquoten⁵⁰ (>33 %) ausgeschlossen, um eine Überschätzung der fehlenden Werte zu vermeiden und eine für jede Tabelle maximale Einrichtungsstichprobe zu erreichen. Daher ist beim Vergleich der Daten ab 2010 mit denen der Jahre 2007 bis 2009 Vorsicht geboten.

Der „Treatment Demand Indicator (TDI)“ der EBDD⁵¹ ist im KDS integriert. Unschärfen zwischen TDI und KDS ergeben sich aber nach wie vor aufgrund der Orientierung des deutschen Behandlungssystems an der International Classification of Diseases (ICD-10), die Analysen auf Substanzebene z. T. erschwert oder nicht möglich macht.

Stationäre Betreuung

Im stationären Bereich beteiligten sich 2012 an der Bundesauswertung der DSHS N=198 (2011: N=166) Einrichtungen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a).

Viele größere, insbesondere psychiatrische Kliniken, die ebenfalls suchtspezifische Behandlungen anbieten, sind nicht in der DSHS vertreten. Um diese Lücken soweit wie

⁵⁰ Standardmäßig wird für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahlfragen handelt, ein einrichtungsbezogener Missingwert (= Anteil fehlender Angaben an der Gesamtheit der Angaben für die jeweilige Tabelle) von 33 Prozent oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33 Prozent in einer solchen Tabelle werden demnach bei der Zusammenfassung der Daten nicht berücksichtigt und es lässt sich auf diese Weise verhindern, dass die Datenqualität insgesamt durch wenige Einrichtungen mit einer hohen Missingwerte überproportional beeinträchtigt wird. Damit ist zwar zwangsweise eine Verringerung der für die jeweilige Tabelle verwendeten Einrichtungsstichprobe (N) verbunden, im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse kann dies jedoch aufgrund der höheren Validität der vorhandenen Daten in Kauf genommen werden (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010).

⁵¹ Der TDI ist einer von fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren, der national erhoben und auf EU-Ebene aggregiert wird. Erhoben werden standardisierte Kerndaten bzgl. problematischen Drogenkonsums, Abhängigkeit und daraus folgende Konsequenzen (EMCDDA 2012).

möglich zu füllen, wurden für den REITOX-Bericht auch Daten aus weiteren Quellen herangezogen.

- Die Krankenhausdiagnosestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2013b) erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen sowie behandlungsleitende Diagnosen, Alter und Geschlecht. 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 2012). 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.

- Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den KDS nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden und dienen als wertvolle Ergänzung nationaler Statistiken.

Substitutionsbehandlung

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 wird in diesem Register nicht erfasst, sofern die Entgiftungsbehandlung maximal vier Wochen dauert und die Patienten unmittelbar anschließend keine Substitutionsmittel mehr benötigen. Seit 2010 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.

Angaben zu den Charakteristika behandelter Drogenkonsumenten finden sich in den TDI Standardtabellen.

5.2 Strategie, Politik

Abhängigkeitskranken in Deutschland steht ein differenziertes und flächendeckendes Hilfesystem zur Verfügung. Sie können diese Hilfen kostenlos nutzen, allerdings sind teilweise Kostenzusagen der in den Sozialgesetzen definierten Sozialleistungsträger notwendig (Leune 2013, S. 181). Hausärzten kommt eine besondere Rolle zu, da sie häufig erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen. Kernstück des Suchthilfesystems sind neben den Hausärzten (zu deren Suchtbehandlungen keine differenzierten Daten vorliegen) die ca. 1.300 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, etwa 320 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 800 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 500 (ganztags) ambulante und 320 stationäre Therapieeinrichtungen (ebd.). Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

Tabelle 5.1 Übersicht über Angebote der Suchthilfe

Art der Einrichtung	Anzahl [gerundet]	Plätze [gerundet]
Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.	< 1.300 ⁵²	> 500.000
Substitutionsbehandlung (registriert)*	8.416	75.400
Niedrigschwellige Angebote	> 300	
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	> 300	> 7.500
Psychiatrische Kliniken	300	> 220.000
Psychiatrische Institutsambulanzen	300	91.800
Entzug mit Motivationsanteilen	190	> 2.000
(Ganztags) Ambulante Rehabilitation	100	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	320	13.200
Adaptionseinrichtungen	115	> 1.200
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	268	> 10.700
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	112	> 1.200
Ambulantes Betreutes Wohnen	460	> 12.000
Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen	250	> 4.800
Selbsthilfegruppen	8.700	keine gesicherten Zahlen

* 2012 haben 2.731 Ärzte an das Substitutionsregister gemeldet, Insgesamt sind 8.416 suchtherapeutisch qualifizierte Ärzte gemeldet (BOPST 2013).

Flöter & Pfeiffer-Gerschel 2011; Leune 2013; BOPST 2013.

⁵² 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.

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung wird die ambulante Suchthilfe zum größten Teil mit Hilfe freiwilliger Leistungen der Länder und Gemeinden finanziert.

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.

Behandlungen: Psychiatrie

Ergänzend zu den Daten der DSHS und DRV-Bund kann die Erhebung des Basisdatensatz Suchtpsychiatrie hinzugezogen werden. Die Zahlen der Suchtbehandlungen sind aufgrund von möglichen Überschneidungen nicht additiv zu den Daten der DSHS oder der DRV-Bund zu verstehen. Die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sind neben den Einrichtungen für Beratung und Rehabilitation die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung in Deutschland. Diese Einrichtungen führen niedrigschwellige qualifizierte Entzugsbehandlungen durch, es werden aber auch Notfälle behandelt und Kriseninterventionen sowie Komplexbehandlungen im Fall von Komorbidität vorgenommen. Auch eine vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanungen werden durchgeführt. Ein multiprofessionelles Team behandelt alle Arten von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant. Das gewährleistet eine medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Rundumversorgung. Einer Hochrechnung zufolge fanden im Jahr 2010 ca. 300.000 stationäre Suchtbehandlungen in psychiatrischen Kliniken statt. Dazu kommen rund 300.000 Quartalsbehandlungen, die in den psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken durchgeführt wurden. Bei 31 % der stationären psychiatrischen Fälle handelte es sich um Suchtpatienten. Im Vergleich dazu wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Einrichtungen der Inneren Medizin nur 150.000 Behandlungen wegen Alkohol- oder Drogenerkrankungen durchgeführt. Die meisten Patienten waren primär alkoholabhängig (ca. 70 %). Bei jeweils ca. 10 bis 13 % waren Störungen durch Opioidkonsum oder einen multiplen Substanzgebrauch Anlass für eine stationäre Behandlung (DGPPN/Bundessuchtausschuss der psychiatrischen Krankenhäuser 2011 zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

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.

Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psychosozialen 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 Sozialgesetzbuches (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. 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.

Eine Trennung zwischen drogenfreier Behandlung und Behandlung mit medikamentöser Unterstützung - also vor allem Substitution - 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, in denen die Beratungsstellen Substitutionsmittel nach bestehenden Richtlinien verabreichen). 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 Selbsthilfeorganisationen. Allerdings sind diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet. Es ist Ziel der Bundesverbände der Selbsthilfe, sich mehr für Suchtkranke aller Suchtstoffe zu öffnen sowie mehr junge Suchtkranke für die Idee der Selbsthilfe zu gewinnen.

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 Psychatriebereich, siehe auch Kapitel 5.2, Abschnitt Behandlungen: Psychiatrie) vorgenommen. 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 kostenlos, die Einrichtungen finanzieren sich aus Mitteln der Kommunen und Bundesländer sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuermittel, etc.).

Sind die Suchtprobleme und ihre Begleiterscheinungen zu problematisch, die Folgen zu massiv oder die Gesamtsituation für den Betroffenen und seine Umgebung zu belastend, wird eine stationäre Behandlung durchgeführt. Der Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung ist mit administrativem Aufwand verbunden. Es ist zu klären, wer die Kosten übernimmt (in der Regel die Rentenversicherung; bei Menschen ohne Arbeitsverhältnis greifen andere Regelungen) (vgl. hierzu Kapitel 11.2.1 im REITOX-Bericht 2012). 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). Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klienten, weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante, Behandlungsangebote wahrzunehmen.

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). Die 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 aus, die vergleichbar mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien ist. Häufig ist der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie

anderer Opioide 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 (BÄK) hat schon 2002 den Stand der medizinischen Wissenschaft (state of the art) der Substitutionsbehandlung (Opiate Substitution Treatment, OST) durch Richtlinien festgelegt. 2010 wurde eine überarbeitete Version der Richtlinien von der BÄK vorgelegt (vgl. dazu auch Kapitel 1.2.2, 5.5.2 und Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). 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 Dihydrocodein (DHC) können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Seit Juli 2009 ist auch die Substitution mit Diamorphin gesetzlich geregelt (vgl. Kapitel 1.2.2 im REITOX-Bericht 2009).

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmittelmedizinische 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 OST auf.

In der aktuellen Diskussion um die OST, die heute einen festen Platz im Versorgungssystem hat, spielt die Frage um die Zielsetzungen einer OST nach wie vor eine wichtige Rolle. So unterscheiden sich die Erfolgskriterien für OST 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.

Eine als erforderlich angesehene psychosoziale Betreuung von Patienten ist als Teil der OST gemäß den Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzw. der Bundesärztekammer (BÄK) vorgesehen. Die unterschiedlichen Interpretationen von psychosozialer Betreuung in den Ländern und Kommunen führen zu einer bundesweit sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Organisation, Finanzierung und des Angebots psychosozialer Betreuung.

Die neuen Richtlinien der BÄK von 2010 (BÄK 2010) konkretisieren Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opioidabhängigkeit die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen, die geeignet sind, psychosoziale Problemlagen zu beseitigen, erforderlich ist. Darüber hinaus weisen die Richtlinien auf die Notwendigkeit der Koordinierung von psychosozialer Betreuung und ärztlicher Behandlung hin (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2 und 5.5.2 des REITOX-Berichtes 2010).

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 zufriedenstellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Spezialexsystem der Drogenhilfe bundesweit 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.

Qualitätssicherung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand zusammen und geben so – unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen – dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. 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). Derzeit befinden sich die bereits publizierten Leitlinien zu „Cannabisbezogenen Störungen“, „Opioidbezogenen Störungen (Akutbehandlung und Postakutbehandlung)“, „Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ und „Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)“ sowie zu den Substanzen Alkohol und Tabak in der Überarbeitung.

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 (Backmund et al. 2006).

Außerdem wurde 2010 die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al. 2010) (siehe auch Kapitel 7.3 des REITOX-Berichtes 2010).

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) werden auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert. 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 (v. a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. bei den Ländern und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Rentenversicherung (RV)) federführend tätig sind (vgl. auch Kapitel 11.3 des REITOX-Berichts 2012). Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanten 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 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) zu gewährleisten.

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.

Basierend auf Daten der DSHS haben Hildebrand und Kollegen (2009) Schätzungen zur Erreichungsquote der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen berichtet. Demnach kann das spezialisierte Suchthilfesystem zwischen 45 % und 60 % der

geschätzten Personen mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Opioiden erreichen, wohingegen nur etwa 4 % bis 8 % der entsprechenden Cannabis-Konsumenten erreicht werden können. Die zur Verfügbarkeit von Behandlung vorliegenden Informationen finden sich in Standardtabelle 24.

Insbesondere im ambulanten Bereich sind die Angebote der meisten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen nicht ausschließlich auf Konsumenten bestimmter Substanzgruppen beschränkt. Der Großteil der Betreuungen in Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe steht im Zusammenhang mit einer primären Alkoholproblematik (ca. die Hälfte der im Rahmen der DSHS dokumentierten ambulanten Betreuungen und etwa drei Viertel der Behandlungsepisoden im stationären Bereich, in dem eine Spezialisierung der Facheinrichtungen die Regel ist), daneben werden Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen und anderen Anliegen (z. B. Essstörungen, pathologisches Glücksspiel, Tabak) betreut. Dementsprechend halten die meisten Einrichtungen Angebote für ganz verschiedene Konsumentengruppen bereit, wobei in den meisten Fällen die Betreuung der Konsumenten durch die Facheinrichtungen neben substanzspezifischen Anteilen auch eine ganze Reihe anderer psychischer, sozialer und gesundheitlicher Aspekte zu berücksichtigen hat, die z. T. – unabhängig von der jeweiligen Substanz – auch mit bestimmten Lebensabschnitten bzw. Altersgruppen assoziiert sind (z. B. bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Schwangeren oder älteren Konsumenten). Im Rahmen der personenzentrierten Suchtkrankenhilfe bestehen hierbei sehr unterschiedliche Konzepte der Betreuung und Behandlung. Die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe bestehen darin, voneinander sehr verschiedene Problemlagen mit unterschiedlichen Hilfe- und Behandlungsbedarfen und unterschiedlichen Interventionszielen zu definieren. Das hier zugrundeliegende breite Verständnis von Behandlung umfasst verschiedene Interventionsformen auf sehr unterschiedlichen Gebieten und benennt die gleichberechtigten Zielvorstellungen der Reduktion bzw. Beendigung des jeweiligen Substanzkonsums sowie die Bekämpfung der assoziierten Probleme. Ein solches Interventionsverständnis ist auf die Behandlung aller substanzbezogenen Probleme und Abhängigkeitserkrankungen übertragbar (DHS 2001).

Vor dem Hintergrund deutlich wachsender Prävalenzen des Cannabiskonsums insbesondere Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts (bis etwa 2003) wurden eine Reihe von Studien und Projekten angestoßen, die sich mit der Entwicklung spezifischer Interventionskonzepte für Cannabiskonsumern unter verschiedenen Rahmenbedingungen befasst haben. Zahlreiche dieser Projekte (z. B. „realize it!“⁵³, INCANT⁵⁴, CANDIS⁵⁵, CAN stop⁵⁶, AVerCa⁵⁷ oder „Quit the shit“⁵⁸) wurden in den REITOX-Berichten der vergangenen

⁵³ www.realize-it.org/

⁵⁴ www.incant.eu

⁵⁵ www.candis-projekt.de/

⁵⁶ www.canstop.med.uni-rostock.de/

⁵⁷ www.averca.de/

⁵⁸ www.drugcom.de/

Jahre vorgestellt. Auch wenn diesen Projekten gemeinsam ist, dass der (problematische) Cannabiskonsum Ausgang für die Intervention darstellt, handelt es sich im einzelnen z. T. um sehr komplexe Programme, die in ihren Zielsetzungen weit über die Zielsetzung der Abstinenz oder des reduzierten Konsums hinausgehen.

Auch bei der Diamorphin-gestützten Behandlung, die sich an die Gruppe schwerstabhängiger Opioidkonsumenten richtet, handelt es sich um die Entwicklung einer Intervention, die sich primär über die störungsrelevante Hauptsubstanz definiert, aber mit einem ganzen Bündel weitergehender psychosozialer und gesundheitlicher Interventionen verbunden ist.

Auch wenn bislang für andere Substanzgruppen (z. B. Stimulanzien, Kokain, LSD) nicht in vergleichbarem Umfang spezifische aktuelle Interventionsstudien vorliegen, wird in den Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe auch diesen Konsumenten ein professionelles und fundiertes Angebot zur Unterstützung gemacht. So existieren Behandlungsleitlinien nicht nur für opioid- und cannabisbezogene Störungen, sondern auch für psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (siehe das Sonderkapitel im REITOX-Bericht 2010 zu Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien).

5.4 Charakteristika der behandelten Personen

5.4.1 Ambulante Behandlung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den publizierten Detaildaten der Tabellenbände der DSHS des Jahres 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a,d,e,f). 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 TDI zu entnehmen. Die hier vorgestellten Tabellen enthalten auch Referenzen zu den entsprechenden Tabellen des TDI. Informationen zu Klienten, die sich parallel zu einem Gefängnisaufenthalt in Betreuung/Behandlung befinden und einige Informationen zu Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen finden sich in den Kapiteln 8 und 9.

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2012 insgesamt 327.939 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in N=794 ambulanten Einrichtungen erfasst. Für den vorliegenden REITOX-Bericht wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (allein Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2012 53 % aller erfassten Episoden aus).

Diagnosen

Für das Jahr 2012 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 63.740 Behandlungen aus N=794 Einrichtungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der

Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem 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 (41,1 %; 2011: 44,9 %) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben⁵⁹. Der Anteil der primär wegen Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opioiden betreuten Personen ist seit 2007 konstant rückläufig. In mehr als einem Drittel der Fälle (2012: 36,5 %; 2011: 34,7 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Dieser Anteil ist nach einem kleinen Rückgang in 2011 wieder leicht angestiegen. Wie in den vergangenen Jahren ist auch 2012 der Anteil der Klienten gestiegen, die sich wegen Problemen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (12,3 %; 2011: 10,5 %) in Beratung und Behandlung begeben haben. Die Vergleichswerte für Kokain (6,0 %; 2011: 5,8 %) und andere Substanzen sind im Vergleich zum Vorjahr praktisch unverändert.

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem leicht gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (58,4 %; 2011: 56,6 % aller Klienten). Mit deutlichem Abstand stehen erstmals erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (16,6 %; 2011: 15,0 %) an zweiter Stelle vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (15,0 %; 2011: 18,1 %). Die Anteile der erstbehandelten Personen mit Kokain-bezogenen Störungen (6,0 %; 2011: 6,0 %) sowie aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert (Tabelle 5.2).

⁵⁹ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die ambulanten Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

Tabelle 5.2 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2012)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten ¹⁾			Erstbehandelte		
	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾
Opioiden	39,9 %	45,7 %	41,1 %	14,4 %	17,5 %	15,0 %
Cannabinoiden	39,3 %	26,2 %	36,5 %	61,9 %	45,0 %	58,4 %
Sedativa/Hypnotika	1,2 %	5,6 %	2,2 %	1,2 %	5,8 %	2,2 %
Kokain	6,5 %	3,9 %	6,0 %	6,6 %	3,9 %	6,0 %
Stimulanzien	11,2 %	16,3 %	12,3 %	14,3 %	25,3 %	16,6 %
Halluzinogenen	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
Multiplen/and. Substanzen	1,6 %	1,7 %	1,6 %	1,3 %	2,1 %	1,4 %
Gesamt (N)	50.084	13.595	63.679	14.522	3.790	18.312

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

2) Die Spalten korrespondieren jeweils mit den folgenden TDI-Tabellen: Alle Behandelten: 12.1.1, 13.1.1, 14.1.1, Erstbehandelte: 12.1.2, 13.1.2, und 14.1.2.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013d,f.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen⁶⁰ wies 2012 etwa jeder Vierte (26,4 %) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (22,6 %) auf (Tabelle 5.3). Die Abhängigkeit oder der schädliche Gebrauch von Cannabis stellt bei dieser Patientengruppe nach wie vor die häufigste nicht-opioidbezogene Sekundärdiagnose dar (31,6 %).

Bei Klienten mit primären Kokainproblemen⁶¹ standen Cannabis, Alkohol, Amphetamine und Ecstasy als substanzbezogene Sekundärdiagnosen im Vordergrund. Der Anteil der Klienten mit einer primären Kokainproblematik, die zusätzlich die diagnostischen Kriterien einer Störung durch Heroin erfüllen, sank auf 7,3 % (2011: 8,9 %).

Fast jeder Fünfte der Klienten mit einer primären Cannabisproblematik⁶² wies auch einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Amphetaminen auf (18,8 %). Bei fast jedem zehnten Klienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund des Konsums von Cannabis wurde auch ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Kokain festgestellt (9,1 %). Gut ein Viertel der Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden erfüllte auch die diagnostischen Kriterien einer alkoholbezogenen Störung (26,8 %). Über alle Substanzen hinweg hatte mehr als ein Viertel der Klienten zusätzlich zum

⁶⁰ TDI-Tabelle 24.1.1; Alle nachfolgenden Angaben zu Klienten mit primärer Opioidproblematik bezogen auf eine Gesamtzahl von N=22.085. Eine unmittelbare Berechnung einer Gesamtzahl aus den TDI-Tabellen ist nicht möglich, da Mehrfachnennungen für die Einzeldiagnosen möglich sind.

⁶¹ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=3.120 (Hauptdiagnose Kokain).

⁶² TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=19.525 (Hauptdiagnose: Cannabinoide).

primären Grund der Behandlungsaufnahme auch noch eine Störung aufgrund des Konsums von Alkohol.

Nahezu jedem zweiten Klienten (48,4 %) mit der Hauptdiagnose Stimulanzien⁶³ wurde zusätzlich ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Cannabinoiden diagnostiziert; 11,6 % hatten als Zusatzdiagnose eine Störung wegen des Konsums von Kokain (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f).

Tabelle 5.3 Hauptdiagnosen und weitere substanzbezogene Diagnosen (DSHS ambulant, 2012)

Einzeldiagnose ¹⁾	Hauptdiagnose				
	Opiode	Cannabinoid	Sed./Hypn.	Kokain	Stimulanzien
Alkohol	26,4 %	26,8 %	34,4 %	38,1 %	28,2 %
Heroin	84,4 %	2,5 %	5,5 %	7,3 %	4,7 %
Methadon	37,5 %	0,4 %	1,5 %	1,3 %	0,4 %
Buprenorphin	9,9 %	0,3 %	1,2 %	0,7 %	0,3 %
and. opiathaltige Mittel	11,4 %	0,7 %	3,3 %	1,0 %	0,9 %
Cannabinoid	31,6 %	100,0 %	7,6 %	44,4 %	48,4 %
Benzodiazepine	13,8 %	1,2 %	71,5 %	3,7 %	2,3 %
and. Sedativa/Hypnotika	0,5 %	0,2 %	18,7 %	0,3 %	0,4 %
Kokain	22,6 %	9,1 %	4,2 %	93,8 %	11,6 %
Crack	3,2 %	0,3 %	1,4 %	5,0 %	0,4 %
Amphetamine	9,5 %	18,8 %	4,2 %	19,6 %	72,8 %
MDMA	4,2 %	6,5 %	0,8 %	6,9 %	16,8 %
andere Stimulanzien	0,9 %	1,7 %	0,6 %	1,0 %	28,2 %
LSD	3,2 %	2,5 %	0,8 %	4,3 %	5,0 %
Gesamt (N)	22.085	19.525	1.180	3.120	7.301

1) Mehrfachnennungen möglich.

Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle 24.1.1.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f.

Soziodemographische Informationen, Konsumarten und Behandlungsdauer

Im Jahr 2012 waren 78,7 %⁶⁴ (2011: 78,9 %) der in der DSHS erfassten N=63.679⁶⁵ ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 50,3 % (2011: 50,9 %) aller Behandelten waren zwischen 15 und 29 Jahre alt⁶⁶. 88,4 % (2011: 83,1 %) waren deutsche Staatsbürger, 2,6 % (2011: 3,0 %) stammten aus anderen Staaten der

⁶³ TDI-Tabelle 24.1.1; bezogen auf eine Gesamtzahl von N=7.301 (Hauptdiagnose Stimulanzien).

⁶⁴ TDI-Tabellen 12.1.1, 13.1.1 und 14.1.1

⁶⁵ Für die Angaben zum Geschlecht und zur Hauptdiagnose vorlagen.

⁶⁶ TDI-Tabelle 14.1.1

Europäischen Union (EU), 4,0 % (2011: 8,6 %) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (unbekannte Staatsbürgerschaft: 5,0 %). Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung in Tabelle 5.4 für die wichtigsten Substanzen eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

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

Tabelle 5.4 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2012)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	36,0	24,8	33,1	27,1	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	21,3	15,4	21,4	18,1	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	76,3 %	84,7 %	85,9 %	71,7 %	
Alleinstehend ⁴⁾	52,3 %	60,2 %	42,4 %	53,1 %	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	62,1 %	35,4 %	40,2 %	46,3 %
	Schüler/in / In Ausbildung	2,3 %	29,4 %	4,7 %	11,6 %
Wohnungslos ⁶⁾	3,0 %	0,7 %	1,7 %	1,3 %	

1) TDI-Tabelle 6.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen)

2) TDI-Tabelle 23.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen)

3) TDI-Tabelle: 12.1.1, 13.1.1 und 14.1.1 (für korrespondierende Angaben)

4) TDI-Tabelle 7.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen)

5) TDI-Tabelle 9.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen); Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

6) TDI-Tabelle 8.1.1 zur Stabilität der Lebenssituation (keine unmittelbare Entsprechung): Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f.

In Tabelle 5.5 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert (2012: 57,8 %; 2011: 58,9 %). Der Trend der letzten Jahre, nachdem der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des Rauchens sinkt (2003 wurde Heroin noch in zwei Drittel aller Fälle injiziert), hat sich, nach einem leichten Anstieg des i.v. Konsums im letzten Jahr, weiter fortgesetzt. Der Anteil derjenigen, die Heroin rauchen (2012: 28,0 %; 2011: 27,0 %), ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen, während der nasale Konsum leicht gesunken ist (2012: 7,8 %; 2011: 8,4 %). Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem fünften Kokainkonsumenten (18,3 %). Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschnupft (v. a. Kokain) oder geraucht (v. a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

Tabelle 5.5 Drogenapplikationsform¹⁾ (DSHS ambulant, 2012)

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	57,8 %	28,0 %	6,0 %	7,8 %	0,4 %	16.811
Methadon	2,9 %	1,8 %	94,7 %	0,3 %	0,3 %	9.023
Buprenorphin	3,7 %	1,5 %	88,0 %	5,6 %	1,3 %	2.341
And. Opioide	12,5 %	11,7 %	70,7 %	2,3 %	2,7 %	2.652
Kokain	18,3 %	21,4 %	1,4 %	58,4 %	0,5 %	10.383
Crack	8,2 %	85,8 %	1,9 %	3,5 %	0,5 %	938
Amphetamine	1,2 %	12,9 %	29,1 %	55,7 %	1,1 %	11.397

Mehrfachnennungen möglich.

1) TDI-Tabelle 17.1 (Ausnahme: TDI differenziert nicht zwischen Buprenorphin und anderen Opiaten).

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f.

Die DSHS enthält auch einige Basisdaten zur Intensität der Betreuung⁶⁷. Die durchschnittliche Zahl der Kontakte während einer Betreuung liegt mit 20,7 (2011: 20,7) bei Opioidklienten am höchsten, bei Cannabisklienten ist sie mit 10,2 am niedrigsten (2011: 10,2). Frauen nehmen durchweg mehr Kontakte wahr als Männer mit jeweils vergleichbaren Hauptdiagnosen (Tabelle 5.6). Die mittlere Betreuungsdauer entspricht in ihrer Verteilung den Kontaktzahlen. Opioidklienten sind im Mittel am längsten in Betreuung, Cannabisklienten am kürzesten.

Tabelle 5.6 Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2012)

Hauptdiagnose	Anzahl der Kontakte (M)			Betreuungsdauer (M) ¹⁾		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	19,4	24,7	20,7	52,8	60,0	54,5
Cannabinoide	10,0	11,7	10,2	25,9	25,2	25,8
Sedativa/Hypnotika	11,8	13,9	12,9	30,3	33,1	31,9
Kokain	14,2	13,8	14,1	30,6	29,9	30,5
Stimulanzien	10,3	12,5	10,9	29,8	27,9	29,3
Halluzinogene	10,5	10,4	10,5	25,7	37,1	29,0
Flüchtige Lösungsmittel	7,1	9,2	8,0	21,4	16,3	19,3
Multiple/And. Substanzen	17,2	23,8	18,6	38,0	38,3	38,1

1) in Wochen.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f.

⁶⁷ Aufgrund der geringen Fallzahlen bei Klienten mit primären Problemen im Zusammenhang mit Halluzinogenen (n=138) und flüchtigen Lösungsmitteln (n=64) wurden diese beiden Gruppen bei den Vergleichen nicht berücksichtigt.

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 2012 wurden von insgesamt 47.079 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in N=198 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 9.481 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a). Darunter wurden 7.390 Mal Männer behandelt, dies entspricht einem Männeranteil von 77,9 % (2011: 80,3 %). In drei Viertel (73,2 %) der Fälle waren alkoholbezogene Störungen die primäre Ursache für stationäre Behandlungen (29.504 Behandlungen; 2011: 23.603). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch im stationären Versorgungsbereich basiert die Hauptdiagnose auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach wie vor stellen im Rahmen der DSHS unter den Behandlungen 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 (30,0 %; 2011: 34,2 %) ⁶⁸. Dieser Anteil ist seit 2007 (48,6 %) rückläufig. Die zweitgrößte Gruppe bilden Behandlungen wegen Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (26,8 %; 2011: 26,3 %), deren Anteil seit 2007 kontinuierlich steigt. Danach folgen Behandlungen aufgrund polyvalenten Konsums (16,8 %; 2011: 15,6 %). Auch dieser Anteil steigt seit fünf Jahren an. Probleme im Zusammenhang mit Kokain oder Stimulanzien sind in 6,7 % (2011: 6,9 %) bzw. 15,5 % (2011: 12,7 %) der Fälle der primäre Behandlungsgrund (Tabelle 5.7).

Seit fünf Jahren sind cannabisbezogene Störungen im Rahmen der DSHS-Berichterstattung noch vor dem polyvalenten Konsum der zweithäufigste Behandlungsgrund. Möglicherweise ist dies Ausdruck der gestiegenen Bedeutung von Cannabis auch im stationären Kontext von Fachkliniken. Unter den stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Klienten spielt Cannabis bei Frauen nach wie vor eine deutlich kleinere Rolle als bei den Männern: Nur 18,5 % (2011: 18,8 %) der Frauen vs. 30,8 % (2011: 28,1 %) 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

⁶⁸ Die nachfolgend angegebenen Anteile wurden aus den in den für die stationären Einrichtungen erstellten TDI-Tabellen 14.1.1 (alle Behandelten) und 14.1.2 (Erstbehandelte) angegebenen Werten errechnet.

das Verhältnis etwa um den Faktor 1:6 umgekehrt ist und bei Kokain, das bei den Männern zu einem höheren Anteil behandlungsleitend ist (7,2 % vs. 4,7 %).

Diese Verteilung steht nicht in unmittelbarer Übereinstimmung mit den Daten der Rehabilitations- und Akutbehandlungen, bei denen die Opioide und der multiple Substanzgebrauch (der praktisch immer mit Opioidkonsum verbunden ist) die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle ausmachen. Im Akutbereich (Krankenhäuser) beruhte 2011 etwa die Hälfte (43,5 %; 2010: 43,2 %) aller Drogenfälle auf polyvalentem Konsum, in der Statistik der DRV waren es im selben Jahr sogar 46,7 % (2010: 51,6 %) aller Fälle. In beiden Statistiken sinkt dieser Anteil aber seit einigen Jahren kontinuierlich. In der DSHS wird häufiger der Konsum von Opioiden als behandlungsleitend kodiert⁶⁹. Auch bei den Akutbehandlungen (Krankenhausdiagnosestatistik) und in der Statistik der DRV steigen die Anteile der wegen Cannabiskonsums Behandelten (machen aber nach wie vor einen erheblich geringeren Anteil aus).

Krankenhausaufenthalte aufgrund des Konsums von Sedativa und Hypnotika waren in der Akutbehandlung (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ häufig, 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 (Tabelle 5.7).

⁶⁹ Dies ist auch zum Teil darin begründet, dass der Deutsche Kerndatensatz (KDS), der die Grundlage der Berichterstattung für die DSHS darstellt, (bewusst) eine von der ICD-10 abweichende Definition für die Vergabe der Diagnose F19 vorgibt und damit zu einem geringen Anteil dieser Diagnosen in der DSHS beiträgt.

Tabelle 5.7 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2011	2011	2011	2012		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt ¹⁾	Gesamt ¹⁾	Männer ²⁾	Frauen ³⁾
Opioide	30,2 %	24,7 %	34,2 %	30,0 %	29,7 %	30,8 %
Cannabinoide	9,5 %	16,2 %	26,3 %	26,8 %	29,2 %	18,5 %
Sedativa/Hypnotika	10,7 %	2,1 %	3,8 %	4,0 %	1,9 %	11,4 %
Kokain	1,3 %	3,7 %	6,9 %	6,7 %	7,2 %	4,7 %
Stimulanzien	4,0 %	6,3 %	12,7 %	15,5 %	14,6 %	18,9 %
Halluzinogene	0,6 %	0,1 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Fl. Lösungsmittel	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Multiple/And. Substanz.	43,5 %	46,7 %	15,6 %	16,8 %	17,2 %	15,6 %
Gesamt (Anzahl)	95.940	13.859	8.050	9.481	7.390	2.091

1) Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle: 14.1.1.

2) Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle: 12.1.1.

3) Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle: 13.1.1.

DRV 2012; Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a; Statistisches Bundesamt 2013b.

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 5.8 fasst analog zur Darstellung für die ambulant betreuten Klienten für die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen einige soziodemographische Merkmale der stationär behandelten und im Rahmen der DSHS dokumentierten Fälle zusammen. Im Vergleich zu den ambulant im Rahmen der DSHS erfassten Klienten (siehe Tabelle 5.4) sind die stationär behandelten Opioidkonsumenten etwas jünger, die Cannabiskonsumenten etwas älter, nur wenige Unterschiede gibt es bei Kokain- und Stimulanzienkonsumenten. Nachdem sich im Vergleich der Jahre 2009 und 2010 der Anteil der Wohnungslosen bei den stationären Klienten mit den Hauptdiagnosen Opioide und Kokain jeweils verdoppelt und bei denen mit

der Hauptdiagnose Stimulanzien im Vergleich zum Vorjahr sogar mehr als vervierfacht hat, war er im Jahr 2011 weiter leicht angestiegen. Im Jahr 2012 ist der Anteil der Wohnungslosen unter den Klienten mit der Hauptdiagnose Opioide wiederum gestiegen, während er für die Hauptdiagnosen Cannabis, Kokain und Stimulanzien leicht gefallen ist. 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 5.8 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2012)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	34,1	27,1	32,6	27,6	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	20,7	15,1	20,7	17,8	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	77,3 %	84,8 %	84,3 %	73,1 %	
Alleinstehend ⁴⁾	55,1 %	63,7 %	50,4 %	60,6 %	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	69,2 %	61,7 %	64,4 %	63,8 %
	Schüler/in / In Ausbildung	0,9 %	6,1 %	1,5 %	4,7 %
Wohnungslos ⁶⁾	2,8 %	1,1 %	2,4 %	1,7 %	

1) TDI-Tabelle 6.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen)

2) TDI-Tabelle 23.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen)

3) TDI-Tabelle: 12.1.1, 13.1.1 und 14.1.1 (für korrespondierende Angaben)

4) TDI-Tabelle 7.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen)

5) TDI-Tabelle 9.1.1 für die Angabe über alle Personen (ohne Differenzierung nach Hauptdiagnosen); Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

6) TDI-Tabelle 8.1.1 zur Stabilität der Lebenssituation (keine unmittelbare Entsprechung) ; Angabe am Tag vor Betreuungsbeginn

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a.

Die Ergebnisse der DSHS zeigen deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer der unterschiedlichen Hauptdiagnosen (Abbildung 5.1). So betrug 2012 die durchschnittliche Behandlungsdauer für Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabinoiden 14,7 Wochen (2011: 14,1), 15,2 Wochen (2011: 15,2) bei Stimulanzien, 13,6 Wochen (2011: 14,0) bei Kokain, 13,6 Wochen (2011: 13,8) bei Opioiden und 11,6 Wochen (2011: 11,4) bei Sedativa/Hypnotika. Die als Vergleichswert aufgeführte Behandlungsdauer für Alkohol liegt bei durchschnittlich 11,7 Wochen (2011: 11,8).

Die Behandlungsdauer weist z. T. erhebliche Varianzen auf. Auffallend ist, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer wegen Störungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen mit 14-15 Wochen im Durchschnitt mindestens zwei Wochen länger ist als für

Alkohol und Sedativa/Hypnotika. Dies ist primär auf den deutlich kleineren Teil von Patienten mit Behandlungsdauer ≥ 9 Monate bei Alkohol und Sedativa/Hypnotika zurückzuführen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer für alkoholbezogene Störungen ist seit fünf Jahren leicht rückläufig, für die anderen Substanzgruppen ist trotz leichter Rückgänge im Vergleich zum Vorjahr (außer Cannabinoide) kein eindeutiger Trend für die vergangenen Jahre erkennbar.

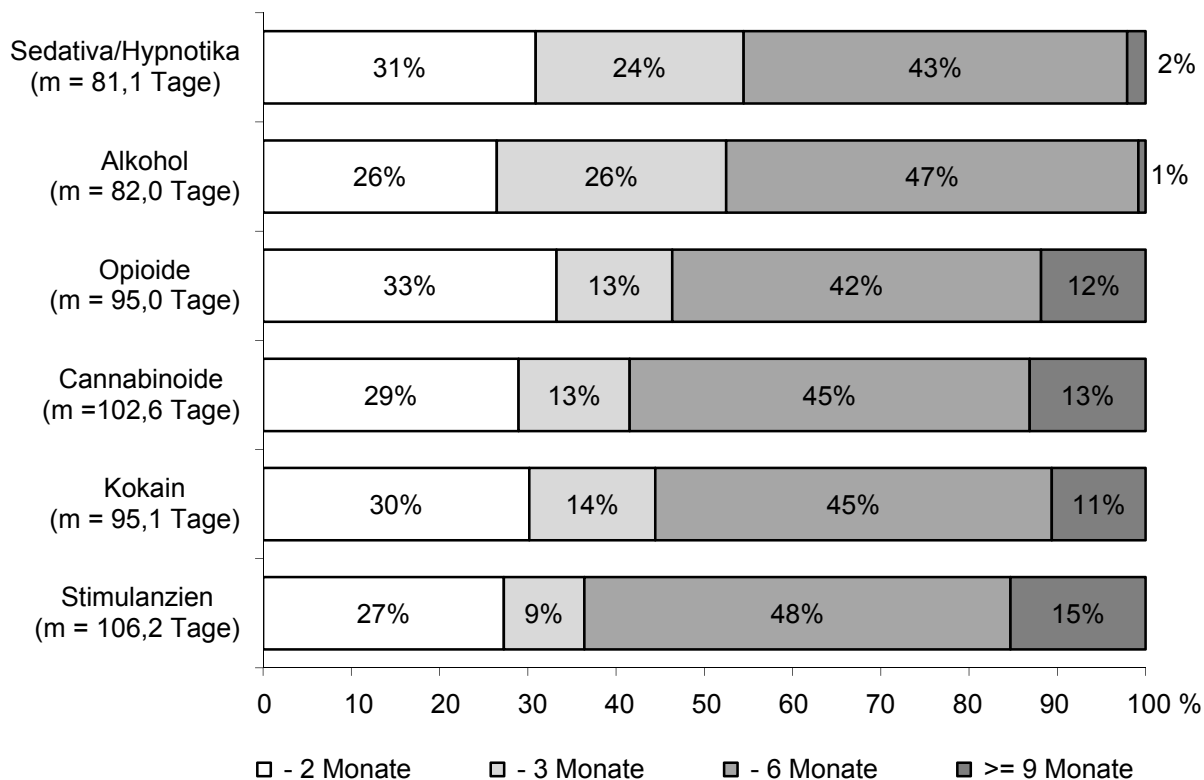


Abbildung 5.1 Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2012)

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a.

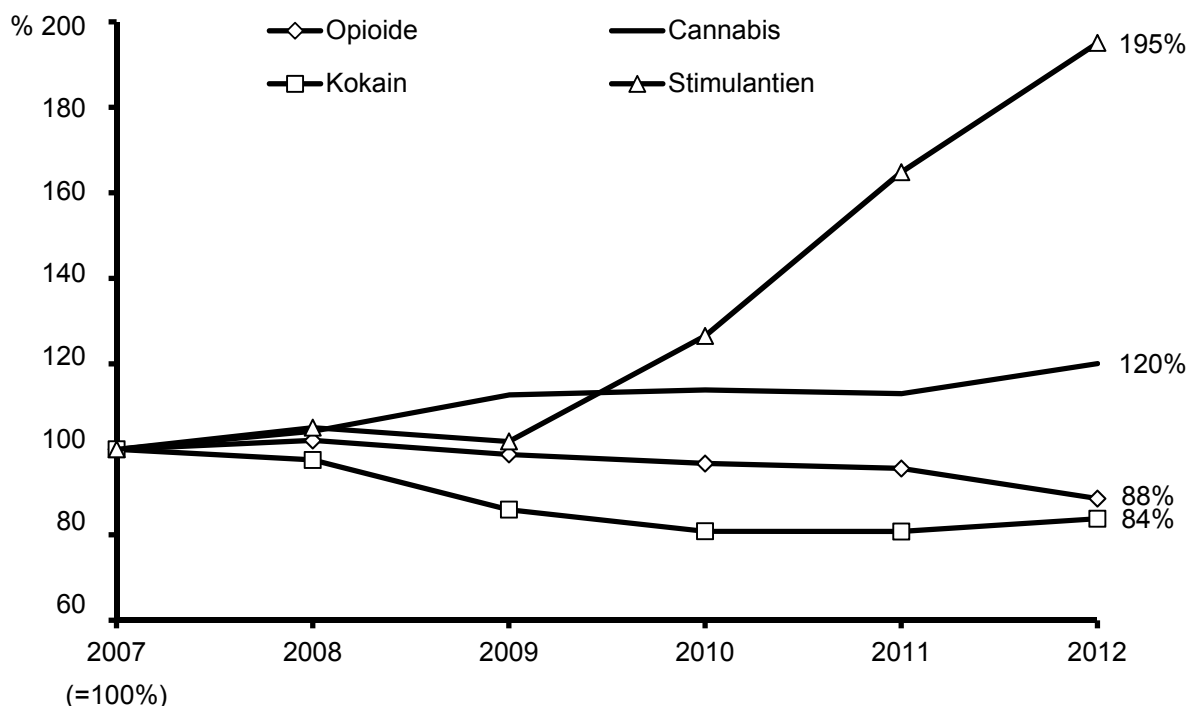
5.5 Behandlungstrends

5.5.1 Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich unter den illegalen Drogen 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) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfrage, wohingegen Opioide in dieser Gruppe nur noch bei weniger als jedem fünften Konsumenten Grund der Kontaktaufnahme sind. Vor acht 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, wohingegen der Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis kontinuierlich ansteigt.

Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit Einführung des neuen KDS im Jahr 2007 (Index=100 %), so zeigt sich seit 2007 ein leichter Zuwachs beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis, jeweils ein leichter Rückgang bei den Klienten mit Opioid- und Kokainproblemen sowie fast eine Verdoppelung beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Stimulantien (Abbildung 5.2).



Pfeiffer-Gerschel et al. 2013a.

Abbildung 5.2 Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)

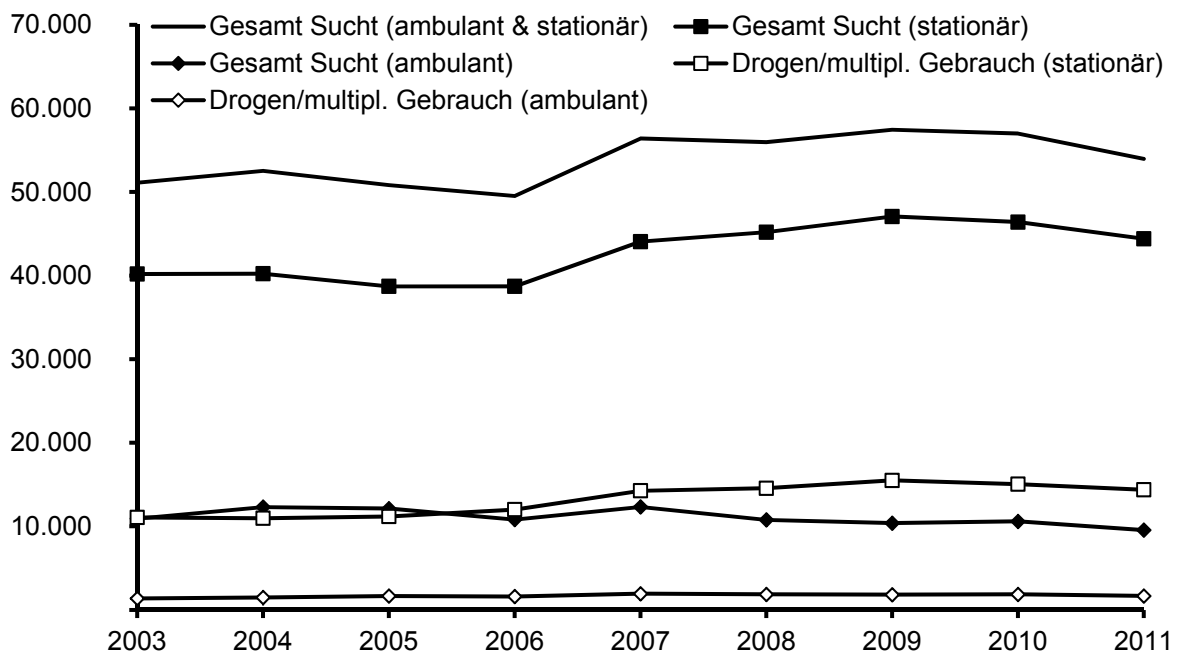
Im stationären Bereich (Rehabilitationsstatistiken der Rentenversicherung, DSHS) sind Cannabiskonsumenten die zweitgrößte Patientengruppe nach den Opioidkonsumenten. Auch die stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt eine zunehmend wichtigere Rolle. Diese Entwicklung zeichnet sich am deutlichsten in den Daten der DSHS ab, wohingegen Akutbehandlungen wegen Cannabiskonsums (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ selten sind.

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen, allerdings in den vergangenen beiden Jahren jeweils gesunken (2010: 56.997; 2011: 53.965) (Abbildung 5.3). Der größte Teil dieser Leistungen (69,4 %) wird vor dem Hintergrund

alkoholbezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen ca. 30 % der Leistungen aus (Medikamente: 0,8 %). Dieser Anteil ist seit 2003 (24,3 %) um etwa fünf Prozentpunkte gestiegen, es werden also seit 2004 kontinuierlich anteilig weniger von der RV finanzierte Rehabilitationsleistungen wegen einer primären Alkoholproblematik durchgeführt.

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) fast 5:1. Dieses Verhältnis hat sich zwischen 2003 und 2009 (insbesondere seit 2005) leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (von 3,7:1 auf 4,7:1). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit knapp 9:1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) seit 2003 sind für Drogenpatienten (Drogen/multipler Gebrauch) sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bis 2007 angestiegen und seitdem stabil (Abbildung 5.3).

Bisher weisen die verfügbaren Statistiken die teilstationären Behandlungen nicht gesondert aus. Der Versuch einer differenzierteren Betrachtung in den kommenden Berichtsjahren könnte hier eine vertiefende Analyse von Veränderungen ermöglichen.



DRV 2012.

Abbildung 5.3 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen im Krankenhaus ist nach Anstiegen in den Vorjahren zwischen 2010 und 2011 quasi unverändert geblieben (Statistisches Bundesamt 2013b). Deutliche Zuwächse waren bei der Zahl der

Behandlungen wegen Stimulanzien (+38,3 %), Kokain (+13,6 %), Sedativa/Hypnotika (+10,5) und, bei niedriger Gesamtzahl, wegen Halluzinogenen (+33,5 %) sowie, wie in den Vorjahren, wegen Cannabinoiden (+11,7 %) zu beobachten. Die Zahl der stationären Krankenhausbehandlungen im Zusammenhang mit Opioiden (-11,0 %) ist als einzige Hauptdiagnose unter den illegalen Drogen zwischen 2010 und 2011 deutlich zurückgegangen (Tabelle 5.9).

Tabelle 5.9 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2008-2011

Hauptdiagnose	Jahr				Veränderungen
	2008	2009	2010	2011	2011 vs. 2010
Alkohol	333.804	339.092	333.357	338.355	1,5 %
Opioide	30.776	31.496	32.538	28.956	-11,0 %
Cannabinoiden	6.297	7.251	8.145	9.094	11,7 %
Sedativa/Hypnotika	9.294	9.094	9.270	10.241	10,5 %
Kokain	1.388	1.050	1.076	1.222	13,6 %
Stimulanzien	1.868	1.848	2.805	3.878	38,3 %
Halluzinogene	482	431	430	574	33,5 %
Tabak	281	258	310	269	-13,2 %
Flüchtige Lösungsmittel	152	194	171	198	15,8 %
Multiple/And. Substanzen	42.399	42.468	41.449	41.777	0,8 %
Gesamt Sucht	426.741	433.182	429.551	434.564	1,2 %
Gesamt Drogen	92.656	93.832	95.884	95.940	0,1 %

Statistisches Bundesamt 2009, 2011a,b, 2013b.

Die Flexibilisierung der Angebotsstruktur wird vor allem durch den Ausbau teilstationärer und ambulanter Behandlungsangebote deutlich. Seit 2012 ermöglicht die DRV-Bund den Rehabilitanden, von einer stationären in eine wohnortnahe ganztägige ambulante Einrichtung zu wechseln – als sogenannte „erweiterte ganztägig ambulante Entlassungsform“. Bisher war das nur in Einzelfällen möglich, wenn der Versicherte zufällig nahe der jeweiligen stationären Rehabilitationseinrichtung wohnte (Hebrant 2011). Vier von den von der DRV-Bund belegten 35 ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (Stand: Februar 2010) haben sich ausschließlich auf die Rehabilitation von Drogenabhängigen spezialisiert, 22 behandeln nur Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und sieben rehabilitieren alle drei Indikationen zusammen. Eine regelhafte Kombination stationärer und ganztägig ambulanter Rehabilitation als Alternative und Ergänzung zum Markt wird angestrebt. Die Definition der Kurz- und Langzeittherapie wird somit aufgebrochen und die Dauer der Behandlung flexibler gestaltet. Good Practice stellt die „Kombi-Nord“ dar, die die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Oldenburg-Bremen und die DRV Nord gemeinsam in Norddeutschland durchführen.

Eine aktuelle Herausforderung für die sächsische Suchthilfe ergibt sich durch die gestiegene Behandlungsnachfrage für Klienten mit Crystalmissbrauch (SLS 2013b). Die Vervierfachung der Klientenzahl zwischen 2002 (N=869) und 2012 (N=3.501) und insbesondere die Steigerungsraten der letzten drei Jahre lassen darauf schließen, dass der Konsum nicht mehr nur in der Partyszene stattfindet, sondern in verschiedenen Bevölkerungsgruppen stark verbreitet ist. Auffällig ist außerdem der im Vergleich zu anderen illegalen Drogen relativ hohe Frauenanteil (Gesamt: ca. 30 %); insbesondere bei den unter 20-Jährigen (>50 %). Die Herausforderungen für die Suchthilfeeinrichtungen bestehen also nicht nur in der Berücksichtigung der drogenspezifischen Effekte (u. a. Psychosen, Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, kognitive Beeinträchtigungen) und besonders riskanten Konsummuster (i.v. Konsum), sondern auch im Hinblick auf Schwangerschaften und Kinder im Haushalt.

Tossmann, Jonas und Kollegen (2012) haben erstmals in Deutschland die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) bei Jugendlichen mit cannabisbezogenen Störungen untersucht. Dazu wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) mit zwei Versuchsbedingungen und vier Nachbefragungen (drei, sechs, neun und zwölf Monate nach Studienbaseline) durchgeführt. Als Vergleich diente ein einzeltherapeutisches Verfahren (Jugendpsychotherapie, JUP), das im Berliner Therapieladen üblicherweise bei dieser Thematik eingesetzt wird (Treatment as usual, TAU). Es nahmen 120 Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren teil, die nach DSM-IV missbräuchlichen oder abhängigen Cannabiskonsum aufwiesen. Es zeigte sich, dass im Vergleich zur Studienbaseline die Teilnehmer beider Treatments im Zwölf-Monats-Follow-Up eine deutliche Reduktion ihres Cannabiskonsums sowie signifikante Verbesserungen konsumbezogener Probleme und psychischer Auffälligkeiten erreichten. In der Reduktion des Cannabiskonsums erwies sich MDFT signifikant effektiver als JUP ($d = 0,31$), weshalb MDFT ein vielversprechendes Therapieverfahren bei cannabisbezogenen Störungen von Jugendlichen darstellt.

Die Effektivität einer auf Motivational Interviewing (MI) basierenden Intervention im Online-Chat unter jungen Alkohol- und Cannabiskonsumenten mit ambivalenter Änderungsmotivation untersuchten Jonas und Kollegen (2012) in einer randomisiert-kontrollierten Online-Studie mit Nachbefragungen nach einem und nach drei Monaten. Die Rekrutierung erfolgte über die Selbsttests auf der Website www.drugcom.de und schloss nur Personen mit problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum ein. Teilnehmer der Interventionsgruppe nahmen am privaten MI-Chat teil. Mitglieder der Kontrollgruppe erhielten im Chat lediglich Sachinformationen über den zuvor genutzten Selbsttest. 302 Personen wurden randomisiert und in die Intention-to-treat (ITT)-Auswertung einbezogen. Es zeigten sich keine Gruppenunterschiede im Konsum von Alkohol ($p \geq 0,224$), Cannabis ($p = 0,537$) oder in der Änderungsmotivation nach RCQ ($p = 0,469$). Beide Gruppen senkten ihren Alkoholkonsum im Studienverlauf signifikant und zeigten Verbesserungen der Änderungsbereitschaft. Die Autoren schlussfolgern daher, dass die beschriebene Chat-Intervention keine Verhaltensänderung bei ambivalent eingestellten Konsumenten erzielte und Online-Interventionen für diese Zielgruppe womöglich länger und verbindlicher gestaltet werden sollten.

Im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie untersuchten Steffen und Kollegen (2012) die Effektivität ambulanter Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeits-erkrankungen. Explizit existieren Daten für Kurzzeittherapien (ca. 10-16 % Einjahres-abstinenz), nicht jedoch für die medizinische Rehabilitation. In die Studie wurden 54 Patienten eingeschlossen, die die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit erfüllten. Als Zielbehandlungsgröße sollten 120 Einzel- und Gruppensitzungen inkl. Angehörigenarbeit über einen Zeitraum von 12 Monaten erbracht werden. Ein Jahr nach Ende der ambulanten Suchtrehabilitation liegt die Abstinenzquote für die Cannabisabhängigkeit bei 40 % und für andere cannabisbezogene Abhängigkeiten zwischen 36 und 50 %. Aufgrund der geringen Fallzahl sowie fehlender Vergleichsgruppen sowie die fehlende Randomisierung in andere Therapieverfahren muss der Stellenwert im Vergleich zu Kurzzeittherapien und der stationären Suchtrehabilitation in weiteren randomisierten Studien geklärt werden.

5.5.2 Substitutionsbehandlung

Die vorliegende Stichtagserhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen – zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. Seit 2011 hingegen ist die Anzahl gesunken – zum 1. Juli 2012 auf 75.400 Patienten (BOPST 2013).

Im Jahr 2012 wurden rund 88.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (z. B. Wechsel des behandelnden Arztes, längere Klinik- oder JVA-Aufenthalte) als auch bei den Ärzten (z. B. ärztlicher Personalwechsel in Substitutionsambulanzen) liegen. 2012 wurden dem Substitutionsregister bundesweit ca. 160 Doppelbehandlungen von Patienten (2011: ca. 150 Doppelbehandlungen) bestätigt, die von den betroffenen Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden.

Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und im Substitutionsregister registrierten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte (2012: 8.416) liegt deutlich höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. 2012 haben insgesamt 2.731 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2004 auf praktisch unverändertem Niveau. 2012 haben 542 Ärzte – also etwa 20 Prozent der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu 3 Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliar in die Behandlung einbeziehen. Rund 15 Prozent der substituierenden Ärzte hatten am Stichtag 1. Juli 2012 die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.

Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt stark; bundesweit beträgt sie 28. Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der

Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen und Hamburg), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten, zum anderen liegt er in den westlichen Bundesländern deutlich höher als in den östlichen. Nur 2,9 % (N=2.181; 2011: 3,0 %; N=2.266) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.10.2012) und 5,3 % (N=146; 2011: 5,3 %, N=142) der substituierenden Ärzte stammen aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin). Dementsprechend variiert auch die Zahl der pro substituierendem Arzt gemeldeten Patienten erheblich zwischen den Bundesländern. Behandelte ein Substitutionsarzt in Hamburg 2012 durchschnittlich 41,4 Patienten (gefolgt vom Saarland mit einem Durchschnitt von 41,1), sind es in Brandenburg nur 6,0 (Mecklenburg-Vorpommern: 10,1; Thüringen: 13,2).

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen verschoben: auf Kosten von Methadon (2012: 51,6 %) und zugunsten von Levomethadon (2012: 27,0 %) sowie Buprenorphin, das 2012 in etwa jeder fünften Substitution (20,4 %) zum Einsatz gekommen ist (Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2004-2012)

Substitutionsmittel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Methadon	68,3 %	66,2 %	64,1 %	61,4 %	59,7 %	58,9 %	57,7 %	54,8 %	51,6 %
Levomethadon	15,0 %	15,8 %	17,2 %	19,0 %	20,6 %	21,8 %	23,0 %	25,4 %	27,0 %
Buprenorphin	15,6 %	17,2 %	18,0 %	18,6 %	18,9 %	18,6 %	18,6 %	19,2 %	20,4 %
Dihydrocodein	0,9 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Codein	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Diamorphin				0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,7 %

BOPST 2013.

Boywitt und Kollegen (2012) haben die Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung (PSB) von Klienten in Substitutionsbehandlung anhand verschiedener Kriterien wie psychosoziale Belastung, individuelle Zielerreichung und Beikonsum untersucht. Zu diesem Zweck wurde eine Stichprobe von Klienten, die zu diesem Zeitpunkt in psychosozialer Betreuung war, zu zwei Zeitpunkten befragt. Der Abstand zwischen den beiden Befragungen betrug etwa zwölf Monate, um kurz- bis mittelfristige Entwicklungen im Rahmen der PSB abbilden zu können. Auf der zentralen Variablen der psychosozialen Belastung zeigen sich im Rahmen der PSB deutlich positive Entwicklungen. Auch das Ausmaß der individuellen Zielerreichung ist positiv. Weiterhin zeigt sich eine deutliche Übereinstimmung zwischen Klienten und Betreuern in der Einschätzung der Lage der Klienten und deren Entwicklung. Allerdings lässt sich praktisch keine Veränderung im Bereich des Beikonsums feststellen. Nach Meinung der Autoren stabilisiert die psychosoziale Betreuung die psychosoziale Situation der Klienten und ist damit ein günstiger Bestandteil im Hilfesystem der Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten.

Schönthal und Kollegen (2013) berichten über das auf drei Jahre geplante Projekt SURE (Substitutionsgestützte Rehabilitation). Dieses wurde unter dem Eindruck initiiert, dass immer weniger opioidabhängige Menschen eine Abstinenz voraussetzende Rehabilitation wahrnehmen und stattdessen dauerhaft in Substitution verbleiben. Daher wurde der Frage nachgegangen, ob es gelingen kann, langjährig Substituierte in einer abstinenzorientierten Fachklinik abzudosieren und erfolgreich zu behandeln. Die Ergebnisse sind auf den ersten Blick schlechter als bei nicht substituierten Patienten und zeigen Einschränkungen auf. Die Verläufe im zweiten Jahr von SURE sind etwas besser und geben Anlass und Hinweise zur weiteren Entwicklung und Implementierung Erfolg versprechender Konzepte. Es geht darum, Bedarf und rehabilitative Möglichkeiten bei Substituierten gut zu erfassen und dafür passende, alle Beteiligten zufriedenstellende Angebote bereit zu stellen. Das Projekt ist auch Ausdruck einer veränderten, fachlich unaufgeregten Herangehensweise an die komplexen Fragestellungen im Umgang mit Substanzabhängigen.

Eine Übersicht über die Heroin-gestützte Substitutionsbehandlung (HGB) geben Simon und Kollegen (2012). Nach Meinung der Autoren hat sich die HGB in verschiedenen EU-Ländern in den vergangenen Jahren als Therapie der zweiten Wahl für schwerstabhängige Heroinkonsumenten etabliert. Studien mit Langzeit-Katamnesen von bis zu 6 Jahren zeigten für HGB eine hohe Haltequote. Nach 2 Jahren waren noch 55 % der ursprünglichen Teilnehmer in Betreuung, nach 6 Jahren noch 40 %. Während dieses Zeitraums blieb der Konsum von Straßenheroin stabil auf dem reduzierten Niveau. Daneben gab es deutliche Verbesserungen im sozialen Bereich, eine stabilere Wohnsituation, mehr Sozialkontakte außerhalb der Drogenszene und eine erhöhte Beschäftigungsquote.

Plörer und Kollegen (2012) haben den Fentanylmissbrauch von opioidabhängigen Patienten mit und ohne OST untersucht. Bei prospektiv unangekündigten Urinuntersuchungen mit qualitativem Drogenstreifentest für Fentanyl von Patienten in drei Münchener Substitutionsambulanzen (psychiatrische Substitutionsambulanz, internistische Allgemeinarztpraxis und Substitutionspraxis) in den Jahren 2009 (N=426) und 2012 (N=446) wurden in der psychiatrischen Substitutionsambulanz 2009 11 % und 2012 7 % der Patienten positiv getestet, in der internistischen Allgemeinarztpraxis 1 % (2009) und 5 % (2012) sowie in der Substitutionspraxis 4 % (2009) und 3 % (2012).

In zwei Fragebogenerhebungen in denselben Substitutionsambulanzen bejahten zwischen 14 % und 31 % (2009) bzw. 30 % und 50 % den Fentanylkonsum im jeweils letzten Jahr. In einer Befragung von Klienten in verschiedenen Drogennotdienststeinrichtungen in München gaben 2012 (N=60) 50 % der Befragten an, Fentanyl zu konsumieren und 34 % berichteten von mehrmaligem Konsum pro Woche.

Die Autoren schlussfolgern aus ihrer Datenerhebung, dass bei opioidabhängigen Patienten von einem relevanten Missbrauch von Fentanyl ausgegangen werden müsse, der Beigebrauch in der OST aber deutlich geringer sei. Nichtsdestotrotz müssten, auch um Überdosierungen vorzubeugen, häufiger Tests durchgeführt und weitere Aufklärungsstrategien entwickelt werden.

5.5.3 Andere aktuelle Entwicklungen

Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten

Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten ist ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept für Suchtmittelabhängige. Hierbei werden positive Verstärker des Suchtmittelkonsums reduziert und durch positive Verstärkung aus dem sozialen Bereich ersetzt, um so Abstinenz zu fördern. In Deutschland wird insbesondere an der Uni Lübeck zur Behandlungsmotivation Angehöriger nicht behandlungsbereiter Suchtkranker geforscht (Bischof et al. 2013). Aktuell werden in zwei Einrichtungen der stationären Drogenrehabilitation in Baden-Württemberg, von denen eine nach dem CRA arbeitet, der CRA mit der herkömmlichen Behandlung in einer quasiexperimentellen kontrollierten Langzeitstudie verglichen. Fünf Untersuchungszeitpunkte (Prä-/ Post-/ 3-Monats-, 6-Monats- und 12-Monats-Follow-up) sollen Aufschluss hinsichtlich der Behandlungs-Compliance, der Abstinenzquoten und insbesondere der Veränderung der beruflichen und sozialen Teilhabe geben. Ende 2012 wurde die erste Erhebungswelle der Evaluationsstudie erfolgreich beendet. Hierfür wurden 126 Patienten der Fachklinik Drogenhilfe Tübingen „Klosterhof“ nach dem CRA behandelt, bei 84 Patienten der Fachklinik „Haus Wiesengrund“ (Freudenstadt-Kniebis) wurde eine Standardbehandlung durchgeführt. Der abschließende Ergebnisbericht wird im September 2014 vorliegen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013; persönliche Mitteilung).

Behandlung und Beratung suchtkranker Eltern

Viele Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, die in den Hilfesystemen begleitet werden, haben minderjährige Kinder, mit denen sie zusammenleben. In Deutschland existieren verschiedene Angebote der Behandlung und Beratung von drogenabhängigen Eltern und Schwangeren. Ein großer Teil der Angebote richtet sich direkt an die Kinder, aber in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern steht die Thematisierung der Elternrolle und Wahrnehmung elterlicher Pflichten zunehmend im Fokus. Einen umfassenden Überblick über vorhandene Angebote bietet das Sonderkapitel des DBDD-Berichts 2011. Aktuell veröffentlichte der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVS) Handlungsempfehlungen zum Umgang mit suchtkranken Eltern (Diakonie 2012).

Ein vom BMG gefördertes Fachgespräch zu diesem Thema mit dem Titel „Implementierung von Angeboten für suchtbelastete Mütter/Väter/Eltern und deren Kinder - Voraussetzungen und Anforderungen an die ambulante Sucht- und Drogenhilfe“ wurde vom Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen „Bella Donna“ am 14.03.2013 in Essen organisiert (Tödtte 2013). Zentrale Fragestellungen des Gespräches waren „Welche Hilfen suchtmittelabhängige Eltern brauchen?“ sowie „Wer kann diese Hilfen wie am besten zur Verfügung stellen und so organisieren, dass es den Betroffenen leicht gemacht wird, sie in Anspruch zu nehmen?“. Die Schlussfolgerungen der Teilnehmer besagen, dass die Komplexität des Themenfeldes und der Aufgabenstellung nicht durch die Sucht-/Drogenhilfe

allein zu bewältigen ist, sondern nur durch gute und wohl überlegte Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme, die ihre speziellen Kompetenzen klug koordinieren und einander ergänzend einbringen – und zugleich Kontinuität sicherstellen in der Begleitung der Eltern und Kinder. Diese Netzwerke zur Kooperation sind nicht per Dekret/Handlungsempfehlung/Leitfaden handlungsfähig, ihr Aufbau braucht Zeit. Dabei gilt: Der Weg zum Ziel muss schon Elemente des Gewünschten enthalten – Netzwerke entstehen nicht über Appelle, sondern in kooperativer Erarbeitung und gegenseitiger Wertschätzung der je spezifischen Fachlichkeit; im Prozess des Aufbaus muss also schon das Ziel der gewünschten verlässlichen Kooperationsstruktur schrittweise vorweggenommen werden.

Ältere Konsumenten illegaler Drogen

Sucht im Alter ist aufgrund der demografischen Entwicklung und verbesserten suchtmedizinischen Behandlung keine Seltenheit. Dabei steht aktuell insbesondere Alkohol- und Medikamentenmissbrauch bei über 60-Jährigen im Fokus (vgl. Förderschwerpunkt des BMG von acht Modellprojekten zum Thema „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Altern- und Suchthilfe“; www.unabhaengig-im-alter.de). Aber auch der Altersstrukturwandel der Konsumierenden illegaler Drogen stellt Mitarbeiter/innen der Drogenhilfe und Pflegekräfte vor neue Herausforderungen. In Einrichtungen des Suchthilfesystems werden zum Teil Personen behandelt, die bereits in den 1980er und 1990er Jahren an einer Opiatabhängigkeit erkrankten. Von den Klienten, die wegen einer Opioidproblematik behandelt werden, ist mittlerweile über ein Viertel älter als 40 Jahre. Bei vielen Klienten stellen behandelnde Ärzte und Sozialarbeiter eine vorzeitige und beschleunigte Alterung fest. Es werden Erkrankungen und Gesundheitszustände beobachtet, die normalerweise erst 20 Jahre später auftreten. Vogt und Kollegen (2010) untersuchten in Berlin und Frankfurt/Main die aktuelle Situation zu älteren Drogenabhängigen in der Alten- und Suchthilfe. Die Studie belegt, dass in den beiden untersuchten Städten zwar ein sehr ausdifferenziertes Versorgungsnetz sowohl für den Bereich Suchthilfe als auch für den Bereich Altenhilfe existiert, die beiden Bereiche bislang aber noch wenig vernetzt sind. Ein weiterer Ausbau der Versorgung für die Bedarfe älterer Drogenabhängiger ist zwingend notwendig.

Aus dem „Projekt 40+“ der „mudra“ in Nürnberg liegen Daten zum Konsumstatus der befragten Klienten vor (mudra e.V. 2013, persönliche Mitteilung). Demnach wurden 2/3 aller Befragten zum Zeitpunkt des Interviews substituiert, der überwiegende Teil davon war mit der Behandlung zufrieden. 1/3 der Interviewteilnehmer lebte zudem abstinent bzw. beikonsumfrei. Unter den Konsumierenden standen in der Stichprobe Cannabis und Alkohol im Vordergrund. Heroin, andere Opiate, (Meth-)Amphetamine, Kokain sowie illegal beschaffte Schlaf- und Beruhigungsmittel spielten kaum eine bis gar keine Rolle. Wenn überhaupt wurden diese mit einer niedrigen Konsumfrequenz eingenommen. Auffällig ist, dass 2/3 aller Alkoholkonsumenten täglich konsumieren („wenn getrunken wird, dann oft“), auch 1/3 aller THC-Konsumenten tut dies jeden Tag. Auch wenn Selbstangaben zum Konsum vermutlich nicht immer der Realität entsprechen, ergab sich bei Beobachtungen im

Rahmen der Interviews (u. a. bei Hausbesuchen) der Eindruck, dass eine glaubhafte Tendenz zu unauffälligerem und moderaterem Konsum bestehe. Mehrfach wurden gesundheitliche Akutereignisse, verbunden mit dem Bewusstsein über die Endlichkeit ihres Lebens, als Auslöser für drastische Einschränkungen von Suchtmittelkonsum benannt. Ebenfalls wurde berichtet, dass ein Konsumänderungswunsch unter den Befragten deutlich ausgeprägt sei. Über 60 % der Konsumierenden sahen einen hohen bis sehr hohen Änderungsbedarf und 30 % waren zum Zeitpunkt der Befragung noch ambivalent. Zudem waren die Meisten zuversichtlich, eine Konsumreduktion/Abstinenz (weiterhin) verwirklichen zu können. Als wesentliche Faktoren hierfür wurden geregelte Arbeit, Tagesstruktur und Freizeit sowie stützende Sozialkontakte am häufigsten genannt. Verbesserte Rahmenbedingungen von Entzugs- und Substitutionsbehandlung spielen ebenfalls eine Rolle.

Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychischen Störungen

Bechdorf und Kollegen (2012) haben in einer Studie untersucht, inwieweit Patienten mit der Doppeldiagnose einer schizophrenen Störung und eines Substanzabusus bzw. Substanzabhängigkeit zur Teilnahme an ambulanten, integrierten Behandlungsprogrammen motiviert werden können. Die Studie vergleicht erstmals Effekte einer an diesem Problem ansetzenden Motivationsbehandlung (Motivational Interviewing, MI) mit einer unspezifisch-stützenden Intervention. Die Motivationsbehandlung basiert vor allem auf dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente sowie der Technik des von Miller und Rollnick entwickelten Motivational Interviewing. 60 stationäre Patienten mit Doppeldiagnosen wurden randomisiert mit 4 Sitzungen MI oder unspezifisch-stützender Intervention behandelt. Die Datenerhebungen fanden vor, unmittelbar nach, 3 und 6 Monate nach der jeweiligen Intervention statt. Die Studienergebnisse zeigen positive Effekte bezüglich der Aufnahme einer ambulanten Anschlussbehandlung aufgrund der spezifischen Interventionsart des MI: 70 % der MI-Patienten, aber nur rund 40 % der Patienten mit unspezifisch-stützender Intervention nahmen postinterventionell an der ambulanten integrierten Behandlung teil ($p=0,02$).

In einer narrativen Übersichtsarbeit gehen Potthast und Catani (2012) der Frage nach, inwieweit sich traumatische Lebensereignisse und Suchterkrankungen wechselseitig beeinflussen und welche Folgerungen sich daraus für die psychotherapeutische Praxis ableiten. Es wird deutlich, dass ein komplexes, sich gegenseitig aufrechterhaltendes Wechselspiel zwischen Traumafolge- und Suchtsymptomatik die Behandlung deutlich erschwert. Die Autorinnen schlussfolgern für die Praxis, dass ein systematisches Screening hinsichtlich potenzieller traumatischer Erlebnisse bzw. Traumafolgesymptome zur regulären Behandlung von Menschen mit Suchtproblematik durchgeführt werden sollte. Bereits zu Beginn sollte bei Patienten mit einer Komorbidität von Sucht und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) die posttraumatische Symptomatik mitbehandelt werden. Nicht zuletzt weisen erste Befunde darauf hin, dass diese Suchtpatienten von traumafokussierten

Behandlungsansätzen profitieren können, wenn diese über reine Strategien der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung hinausgehen.

Im Rahmen des Forschungsverbundes CANSAS „Substanzmissbrauch als Ursache und Folge früher Gewalt“ wird in einer randomisiert kontrollierten Studie eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie („Sicherheit finden“) für Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchtproblemen bei 342 weiblichen Betroffenen auf ihre Wirksamkeit überprüft (ZIS Hamburg 2013). Durchführende sind das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg gemeinsam mit der Universität Duisburg-Essen, den Kliniken Essen-Mitte, dem Evangelischen Krankenhaus Bielefeld und der LVR-Klinik Köln. Es wird erwartet, dass sich die untersuchte Intervention in Bezug auf die Verbesserung der PTBS-Symptomatik und den Substanzkonsum 6 Monate nach Behandlung einer Wartekontrollgruppe (TAU) überlegen und einem Rückfallpräventionsprogramm („S.T.A.R.“) gegenüber als mindestens gleich wirksam erweist. Die Jugendversion der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie wird durch das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Kooperation mit dem ZIS erprobt. 76 weibliche Jugendliche mit PTBS und Suchtproblemen, die sich in ambulanter Suchtbehandlung befinden, nehmen daran teil. Die Projektlaufzeit endet 2015.

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 in Suchthilfeeinrichtungen (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 veröffentlicht⁷⁰. 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 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 „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten“ vom Robert Koch-Institut in Berlin publiziert (RKI 2013b) bzw. im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht.

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

⁷⁰ www.rki.de

berücksichtigt werden, von denen ein Testergebnis vorliegt, sind diese Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren.

6.1.2 Drogenbezogene Todesfälle

Falldatei Rauschgift

Drogenbezogene Todesfälle 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 drogenbezogenen Todesfällen. 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 drogenbezogener Todesfälle 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 Entzugerscheinungen (z. B. Wahnvorstellungen, starke körperliche Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

Allgemeines Sterberegister⁷¹

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.

⁷¹ 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).

Aus dem Allgemeinen Sterberegister werden zum Zweck der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Fälle selektiert, die der Definition der "direkten Kausalität" entsprechen. Ziel ist es hier, Todesfälle möglichst sensitiv zu erfassen, die in zeitlich möglichst engem Zusammenhang nach 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 Kodierfehler Einzelfälle dieser Art mit eingeschlossen werden. 2006 ist eine Änderung der Kodierregeln der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, wenn möglich, statt der F1x.x-Codes grundsätzlich akute Todesursachen in Form von einer Intoxikation zugrundeliegenden Substanzen zu kodieren. Diese hat jedoch bislang in Deutschland keinen Effekt im Hinblick auf die gewünschte Erhöhung der Spezifität gezeigt.

Die Daten des Bundeskriminalamtes 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 konnte bisher auf der Ebene des aggregierten Datenbestandes beim BKA aufgrund von nicht vollständig disjunkten Kategorien nur näherungsweise vorgenommen werden. Seit dem Datenjahr 2012 verwendet das BKA jedoch eine neue Tabelle, durch die die einzelnen Todesursachen besser voneinander zu trennen sind bzw. Überlappungen in vielen Fällen kenntlich gemacht 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 Hepatitiden B und C

Die folgenden Zahlen entstammen den Meldedaten über HIV- und Hepatitis-C-Neudiagnosen und akute Hepatitis B an das RKI für das Jahr 2012. Daten aus anderen Quellen geben zusätzlich Einblick in die Belastung von spezifischen, häufig regionalen, Populationen von Drogenkonsumenten (z. B. Konsumraumnutzer, Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen) mit HIV und Hepatitis.

Umfassende bundesweite epidemiologische Studien zur Verbreitung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV bei injizierenden Drogenkonsumenten liegen für Deutschland bisher nicht vor. Die aktuell vom RKI durchgeführte „DRUCK-Studie“ (siehe weiter unten) wird hier in Zukunft zumindest teilweise Informationslücken zu schließen versuchen.

Angaben zur Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis B und C sind auch in Standardtabelle 9 enthalten.

Entwicklung der HIV-Meldedaten

Dem RKI wurden 2.954 HIV-Infektionen gemeldet, die im Jahr 2012 neu diagnostiziert wurden. Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 3,6 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Gesamtzahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen ist damit gegenüber dem Jahr 2011 (2.694⁷²) um 9,7 % angestiegen, wobei jedoch zu beachten ist, dass gleichzeitig der Anteil der Meldungen zurückgegangen ist, die nicht den Fallkriterien entsprechen. Die beobachtete Zunahme dürfte daher zumindest teilweise auf der besseren Erfassung von Erstdiagnosen beruhen. Die Verteilung der Meldungen auf Bundesländer ist gegenüber 2011 weitgehend unverändert geblieben.

Angaben zum Infektionsweg lagen für 77 % der neudiagnostizierten HIV-Infektionen vor. Bei 672 Meldungen (23 %) liegen entweder gar keine Angaben oder nur unzureichende Angaben zum Infektionsrisiko vor, die keine eindeutige Einordnung erlauben. Von den Meldungen mit ausreichenden Angaben (n=2.282) bilden Personen, die ihre HIV-Infektion vermutlich über i.v.-Drogengebrauch erworben haben (n=89) mit 4 % die drittgrößte Gruppe (RKI 2013b).

HIV-Daten aus anderen Quellen

Aus Hamburg liegen Daten zur HIV-Prävalenz unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen vor. Die HIV-Prävalenz unter den Opioidklienten lag 2011 bei 5,2 %

⁷² Im letzten REITOX-Bericht wurde eine Zahl von 2.889 neudiagnostizierten HIV-Diagnosen berichtet. Im Epidemiologischen Bulletin des RKI vom 17.06.2013 findet sich dazu folgende Anmerkung: „Anfang 2013 wurde ein Programmierfehler im Auswertungsprogramm für die HIV-Meldungen entdeckt, der dazu führte, dass Doppelmeldungen, die als solche erkannt worden waren, in der HIV-Datenbank nicht zusammengeführt wurden. Die Behebung dieses technischen Fehlers führt zu einer Korrektur der für die letzten Jahre berichteten HIV-Neudiagnosen. Davon sind insbesondere die Jahre 2010 und 2011 betroffen, in denen die Zahl der Neudiagnosen nach Korrektur des Datenfehlers jeweils um ca. 200 Fälle niedriger ausfällt als bisher berichtet.“

(2010: 4,6 %). 3,9 % der opioidabhängigen Klienten gaben ab, bisher noch keinen HIV-Test gemacht zu haben (Buth et al. 2012).

Auch aus der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Förster et al. 2012) liegen Daten zum HIV-Status der betreuten Klientel vor. Von 4.714 Konsumraumnutzern, zu denen Stammdaten vorlagen, beantworteten 3.646 Personen die Frage zum HIV-Test. Es liegen somit gültige Angaben zum HIV-Test von 77 % der Konsumraumnutzer des Jahres 2011 vor. Frauen ließen sich etwas häufiger (91 %) als Männer (88 %) auf eine HIV-Infektion testen. Dies war auch im Vorjahr beobachtet worden.

Für wiederum 75 % (2010: 73 %) der Konsumraumnutzer, die einen HIV-Test durchgeführt hatten, lagen Angaben zum Jahr des Tests vor. Bei 82 % der Konsumraumnutzer, für die Ergebnisse zum Jahr des Tests vorlagen, hatte ein HIV-Test im Jahr 2010 oder 2011 stattgefunden. Bei den übrigen war der letzte HIV-Test 2009 oder früher durchgeführt worden. Diese Ergebnisse zeigen wie in den Vorjahren, dass die Testergebnisse vergleichsweise aktuell sind.

Zu 3.111 Klienten lagen Antworten zum Ergebnis des HIV-Tests vor, das sind 66 % aller Konsumraumnutzer des Jahres 2011 auf der Basis der Stammdaten. Von diesen gaben 3,2 % an, HIV-positiv zu sein (Männer: 2,8 %, Frauen: 5,2 %). Berücksichtigt man unter den HIV-Infizierten das Verhältnis von Männern zu Frauen, dann lag das im Jahr 2011 bei 71 % zu 29 %. Der Anteil der HIV-infizierten Frauen von 29 % unter den HIV-infizierten Konsumraumnutzern lag somit niedriger als im Vorjahr mit 36 %. Hohe Anteile HIV-infizierter Frauen unter den Nutzern der Konsumräume waren schon in den vorangegangenen Jahren zu erkennen. Insgesamt betrachtet ist der Anteil der HIV-Infizierten von 3,2 % gegenüber den Vorjahren (2010: 3,7 %; 2009: 4,4 %) gesunken. Das entspricht einem Rückgang gegenüber 2010 um 12 Personen. Hier ist aber zu berücksichtigen, dass zu vielen Konsumraumnutzern keine Angaben zum HIV-Status vorliegen.

In der Tendenz lassen sich diese Ergebnisse für Frankfurt auch durch die Resultate der MoSyD-Szenestudie (Bernard & Werse 2013) bestätigen: Bei dieser eher auf den ‚harten Kern‘ der Problemkonsumenten in Frankfurt abzielenden Erhebung ist die HIV-Prävalenz seit 2006 von 13 % auf 4 % (2012) gesunken.

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden Daten zum HIV-Infektionsstatus der behandelten Patienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f). Die Prävalenz unter den Opioidklienten in ambulanten Einrichtungen beträgt insgesamt 3 % (n=464), wobei bei 44 % der Status unbekannt ist. Betrachtet man nur diejenigen, die getestet sind, liegt die HIV-Prävalenz bei 5 %. Unter den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik weisen 4 % (n=580) eine HIV-Infektion auf.

Entwicklung der Hepatitis-B-Meldedaten

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 1.670 Hepatitis-B-Fälle übermittelt. Hiervon entsprachen 679 Fälle (41 %) der Referenzdefinition. Damit ging die Zahl im Vergleich zum Vorjahr (812)

um 16 % zurück. Die Inzidenz der Hepatitis B in Deutschland betrug 0,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und ist somit im Vergleich zum Vorjahr (1,0) gesunken.

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der veränderten Erfassung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen nur mit dem Vorjahr vergleichbar. Es finden sich bei 65 (10 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert. I.v. Drogenkonsum wurde bei 11 Fällen (17 %) und damit als dritthäufigster Übertragungsweg angegeben (RKI 2013b).

Entwicklung der Hepatitis-C-Meldedaten

Für das Jahr 2012 wurden dem RKI insgesamt 4.982 (2012: 5.027) Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt⁷³. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 6,1 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit lag die ermittelte Inzidenz an Erstdiagnosen niedriger als der Median der Jahre 2007 bis 2011 (6,7). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. Seit 2005 weist die bundesweite Inzidenz von erstdiagnostizierter Hepatitis C einen abnehmenden Trend auf.

Aufgrund der Umstellung der Erfassungssoftware und der überarbeiteten Auswertung der Transmissionswege sind die Daten zu Übertragungswegen eingeschränkt mit den Daten des Jahres 2011, jedoch nicht mit denen der vorangegangenen Jahre, vergleichbar. Es finden sich bei 1.375 (28 %) der gemäß Referenzdefinition übermittelten Erkrankungen belastbare Angaben zum Übertragungsweg. Mehrfachnennungen wurden auf den wahrscheinlichsten Übertragungsweg reduziert.

Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.202 Fälle (87 % der Fälle mit Angaben zum Übertragungsweg) übermittelt, davon waren 927 Fälle Männer (77 %). Damit wurden 89 % der Fälle unter Männern und 85 % der Fälle bei Frauen (n=272) mit Angaben zum Übertragungsweg durch i.v.-Drogenkonsum übertragen. Die Tatsache, dass Männer unter i.v.-Drogenkonsument/innen überrepräsentiert sind, erklärt die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen. Bei den Männern mit der Angabe »i.v.-Drogenkonsum« als wahrscheinlichem Transmissionsweg für die Hepatitis C Infektion waren 5 Personen 15 bis 19 Jahre alt, 99 Personen (11 %) 20 bis 24 Jahre alt, 192 Personen (21 %) 25- bis 29-jährig, 380 Personen (41 %) 30- bis 39-

⁷³ Falldefinition: Da es sowohl labordiagnostisch als auch klinisch kaum möglich ist, akute und chronische HCV-Infektionen zu unterscheiden, werden alle neu diagnostizierten Meldungen in die Statistik aufgenommen, jedoch werden Fälle, bei denen ein früherer HCV-Labornachweis angegeben ist, ausgeschlossen. Daher beinhaltet die Gesamtheit der übermittelten Fälle einen erheblichen Anteil bereits chronischer Hepatitis-C-Fälle (im Sinne einer Virusreplikation von mehr als 6 Monaten). Die Referenzdefinition, die seit März 2003 die Grundlage der wöchentlich im Epidemiologischen Bulletin veröffentlichten Zahlen bildet und auch rückwirkend auf die Meldedaten der Jahre 2001 und 2002 angewendet wurde, basiert auf Fallmeldungen mit erstmaligem Labornachweis einer HCV-Infektion, unabhängig vom klinischen Bild, da die Mehrzahl der Neuinfektionen der Hepatitis C (ca. 75 %) asymptomatisch verläuft. Die so angepasste Referenzdefinition bedingt, dass auch Fälle berücksichtigt werden, bei denen das klinische Bild nicht erfüllt ist oder keine Informationen hierzu vorliegen.

jährig und 250 Personen (27 %) 40 bis 69 Jahre alt. Die Fallzahlen mit wahrscheinlichem Übertragungsweg „i.v.-Drogenkonsum“ sind im Vergleich zum Vorjahr (1.126 Fälle) etwas angestiegen (RKI 2013b).

Hepatitis B und C – Daten aus anderen Quellen

In der DSHS wurden auch 2012 Daten zum Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionsstatus ambulant behandelter Suchtpatienten erhoben (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f). Die Prävalenz für Hepatitis B liegt dabei unter den getesteten Opioidklienten bei 8 % (n=640), bei den getesteten Patienten mit illegaler Drogenproblematik bei 6 % (n=742). Die Prävalenz für Hepatitis C beträgt bei den getesteten Opioidklienten 51 % (n=5.330, davon bei 567 akut, bei 4.763 chronisch), bei den getesteten Klienten mit irgendeiner illegalen Drogenproblematik 37 % (n=5.931).

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe (BADO) 2011 sind 48,8 % der Opioidkonsumenten mit Hepatitis C infiziert (2009: 48 %, 2010: 44,5 %). 3,5 % der Klienten haben bisher keinen Test gemacht (Buth et al. 2012).

In der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2011 (Förster et al. 2012) beantworteten von 4.714 Konsumraumnutzern 3.637 Personen die Frage zum Hepatitis-Test. Es liegen also gültige Angaben zum Hepatitis-Test von 77 % der Konsumraumnutzer des Jahres 2011 auf der Basis aller Stammdaten vor.

80 % der Männer und 84 % der Frauen hatten sich im Jahr 2010 oder 2011 einem Hepatitis-Test unterzogen. Bei den übrigen Konsumraumnutzern lag die Hepatitis-Testung schon länger zurück.

Zum Ergebnis des Hepatitis-Tests lagen Angaben von 3.110 Konsumraumnutzern vor. Von diesen gaben 54 % an, keine hepatische Erkrankung zu haben. Umgekehrt heißt das, dass 46 % eine hepatische Infektion aufwiesen. Am häufigsten wurde eine Infektion mit Hepatitis C angegeben. 43 % der Konsumraumnutzer waren mit Hepatitis C, weitere 2 % mit Hepatitis B und C infiziert. Nur etwas mehr als 1 % gaben eine Hepatitis-B-Infektion an. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren gering.

Differenziert man die Angaben nach dem Durchschnittsalter, zeigte sich wie in den Vorjahren, dass (unter den Klienten, die Angaben zum Hepatitis-Status gemacht haben) die Hepatitis-Infizierten deutlich älter waren als die Klienten ohne Infektion. So betrug das Durchschnittsalter der Konsumraumnutzer, die nicht mit einem Hepatitis-Virus infiziert waren, 34,3 Jahre; dagegen belief sich das Durchschnittsalter derjenigen, die mit einer Hepatitis infiziert waren, auf 36,5 Jahre.

Update zur DRUCK-Studie des RKI

Seit April 2012 läuft die Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten (DRUCK-Studie), ein Sero- und Verhaltenssurvey zu HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebraucher/innen in Deutschland. Die Studie wird über einen Zeitraum von 3 Jahren vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und wird in insgesamt 8 bis 9 Städten in

Deutschland durchgeführt. Die Pilotierung im Jahr 2011 in Berlin und Essen erbrachte bereits erste Ergebnisse (s. REITOX-Bericht 2012, S. 143 ff.) und zeigte die Machbarkeit des Studiendesigns. Teilnehmer werden mit einem Schneeballverfahren rekrutiert und in Einrichtungen der Drogenhilfe von geschultem Studienpersonal untersucht.

Bisher wurde die Studie seit der Pilotierung in Berlin (n=337) und Essen (n=197) in Leipzig (n=130), Frankfurt/Main (n=285) und Köln (n=322) durchgeführt. Weitere Städte sind Hannover, München und Hamburg sowie eventuell eine weitere Stadt, falls die Gesamtteilnehmerzahl von N=2.000 nicht erreicht wird. Tabelle 6.1 zeigt die Seroprävalenzen für Frankfurt und Köln (RKI 2013a). Gesamtergebnisse der Studie werden für 2014/15 erwartet.

Tabelle 6.1 Seroprävalenzen (HIV und HCV) der Studienpopulationen der DRUCK-Studie in Frankfurt/M. und Köln

Seroprävalenzen der Studienpopulation (ungewichtet)	HIV	Anti-HCV positiv	Frische HCV-Infektionen	Anti-HCV und HCV-RNA positiv
Frankfurt/M.	9,1 %	65 %	1,8 %	48,4 %
Köln	1,6 %	63 %	4,6 %	40 %

RKI 2013a.

6.2.2 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten

Nach der Häufung von Milzbrandfällen bei Drogenkonsumenten in Deutschland und Großbritannien in den Jahren 2009/10 (s. REITOX-Bericht 2010) setzte sich der Ausbruch im Jahr 2012 fort. Erneut traten im Juni 2012 drei Fälle in Deutschland auf, gefolgt von weiteren Fällen in Dänemark, Frankreich, England/Wales und Schottland. Im September wurde dem RKI ein vierter Fall von Milzbrand bei einer Person mit i.v.-Heroinkonsum aus Berlin übermittelt.

Alle Fälle zeigten das klinisch fulminant verlaufende Bild des Injektions-Milzbrands mit einer Weichteilinfektion und starker Schwellung sowie rascher Generalisierung der Symptomatik. Für die Behandlung der Infektion mit dem Milzbranderreger stehen prinzipiell wirksame Antibiotika zur Verfügung.

Die Tatsache, dass die Milzbrand-Erregerstämme, die bei den ersten drei 2012 aufgetretenen Milzbrandfällen isoliert wurden, identisch bzw. zumindest sehr eng verwandt sind mit den Stämmen der deutschen und britischen Fälle aus den Jahren 2009/2010, legt nahe, dass dieselbe Infektionsquelle noch aktiv sein könnte. Alle bisherigen Fälle sind Heroinkonsumenten, so dass die Vermutung naheliegt, dass es sich bei der Infektionsquelle um kontaminiertes Heroin handelt. Jedoch konnte bisher noch kein Erregernachweis im Heroin geführt werden.

Gesundheitsbehörden und Drogenhilfeeinrichtungen wurden deutschlandweit informiert, damit in ähnlichen Fällen an die Diagnose Milzbrand gedacht wird und ggf. rechtzeitig eine Diagnostik und Therapie erfolgen kann (Grunow et al. 2012, 2013).

6.2.3 Daten zu Risikoverhaltensweisen

Erste Daten zum Risikoverhalten injizierender Drogenkonsumenten aus der Pilotphase der DRUCK-Studie des RKI (siehe oben) wurden im letzten REITOX-Bericht vorgestellt. Ausführliche Analysen werden voraussichtlich 2014/2015 nach Abschluss der Studie vorliegen.

In der Hamburger Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe 2011 werden die betreuten Opioidkonsumenten unter anderem nach dem gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck gefragt: 5,2 % geben an, in den letzten 30 Tagen Spritzen gemeinsam mit anderen Konsumenten genutzt zu haben, die Lebenszeitprävalenz wurde mit 34,6 % angegeben (Buth et al. 2012).

In einer experimentellen Studie untersuchten Dörrbecker und Kollegen das Risiko einer Hepatitis-C-Transmission durch gemeinsam genutzte Filter, Wasser (das zur Verdünnung der Drogen benutzt wird) und Wasserbehälter. Dabei wurden in Experimenten die bei Drogenkonsumenten üblichen Praktiken bei der Injektion von Drogen nachgestellt. Es zeigte sich, dass das Hepatitis-C-Virus bis zu 3 Wochen in abgefülltem Wasser überleben kann. Wasserbehälter stellen außerdem ein Risiko für die Übertragung von Hepatitis C dar, da selbst nach dem Auswaschen der Behälter je nach Beschaffenheit (Plastik, Aluminium oder Glas) noch infektiöse Viruspartikel darin nachweisbar waren. Auch untersuchtes Filtermaterial war je nach Lagerung (offen oder in Folie verpackt) noch bis zu 48 Stunden nach Gebrauch infektiös (Doerrbecker et al. 2013).

6.3 Andere drogenbezogene gesundheitliche Zusammenhänge und Konsequenzen

6.3.1 Nicht-tödliche Überdosierungen und drogenbezogene Notfälle

Als Näherung für die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle liegen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Intoxikations- und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen) aus der Krankenhausdiagnosestatistik 2011 des Statistischen Bundesamts vor (Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen⁷⁴). Dabei gilt zu beachten, dass es sich bei den Vergiftungsfällen (ICD-10 T40.X) sowohl um eine Überdosierung als auch um eine irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen handeln kann. Außerdem kann es sich beispielsweise bei Vergiftungen durch Opioide auch um eine (akzidentelle oder beabsichtigte) Überdosierung verschriebener Medikamente statt um den Konsum illegaler Drogen handeln.

⁷⁴ www.gbe-bund.de

Tabelle 6.2 Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnosestatistik 2011

ICD-10-Diagnose	Anzahl (ohne Sterbefälle)	Alter (in Jahren)				
		<15	15 - 25	25 - 45	45 - 65	>65
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	14.865	229	4.221	6.757	2.739	919
durch Opioide (F11.0)	1.892	12	268	1.020	323	269
durch Cannabinoide (F12.0)	1.268	83	814	327	44	0
durch Sedativa/Hypnotika (F13.0)	3.275	34	511	1.227	1.026	477
durch Kokain (F14.0)	318	0	81	206	31	0
durch andere Stimulanzien (F15.0)	1.087	25	525	469	52	16
durch Halluzinogene (F16.0)	386	12	190	160	20	4
durch flüchtige Lösungsmittel (F18.0)	95	13	26	33	18	5
durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.0)	6.544	50	1.806	3.315	1.225	148
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	2.936	115	487	807	522	1.005
durch Opium (T40.0)	132	1	7	20	22	82
durch Heroin (T40.1)	247	0	26	187	34	0
durch sonstige Opioide (T40.2)	1.660	55	96	263	376	870
durch Methadon (T40.3)	148	12	18	86	29	3
durch sonstige synthetische BtM (T40.4)	69	2	26	19	12	10
durch Kokain (T40.5)	109	1	31	69	8	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete BtM (T40.6)	121	4	26	42	16	33
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	350	34	220	83	11	2
durch Lysergid (LSD) (T40.8)	21	0	12	9	0	0
durch sonstige und nicht näher bezeichnete Psychodysleptika (T40.9)	79	6	25	29	14	5

Statistisches Bundesamt 2013b.

Eine weitere Annäherung an die Zahl drogenbezogener Notfälle kann über die Daten der Giftinformations- bzw. Giftnotrufzentralen erfolgen. Es liegen aus fünf der neun deutschen Giftinformationszentralen Daten zu den dokumentierten Anfragen aufgrund von akuten Vergiftungsfällen im Zusammenhang mit Drogen (ohne Medikamente, die gesondert erfasst werden) vor. Insgesamt wurden in diesen Institutionen im Jahr 2011 2.329 Fälle erfasst. Aus diesen Daten geht allerdings nicht hervor, ob es sich dabei um akzidentelle Vergiftungen

oder um Überdosierungen beim beabsichtigten Drogenkonsum gehandelt hat. Prinzipiell nehmen die Giftinformationszentralen in ihren Dokumentationssystemen auch eine Aufschlüsselung nach Substanzen (und anderen Variablen) vor, die in den öffentlich verfügbaren Jahresdokumentationen aber meist nicht detailliert berichtet werden. Aus Freiburg liegt die Information vor, dass es sich bei 99 der 335 im Jahr 2011 dokumentierten Fälle um Vergiftungen durch Cannabinoide/Kräutermischungen handelte, was einen deutlichen Anstieg zum Vorjahr (2010: 27) bedeutet (GIZ der Länder Rheinland-Pfalz und Hessen 2012; GIZ-Nord 2012; Informationszentrale gegen Vergiftungen 2012; Tutdibi 2012; Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg 2012).

Im Berichtszeitraum widmeten sich außerdem zwei wissenschaftliche Artikel den Besonderheiten bei Krankenhausaufnahmen im Zusammenhang mit synthetischen Drogen:

Ziel einer retrospektiven Studie von Hermanns-Clausen und Kollegen (2013) war es, anhand der Berichte von Notfallpatienten die akute Toxizität synthetischer Cannabinoide zu charakterisieren. Die Patientendaten wurden zwischen September 2008 und Februar 2011 aus der Datenbank der Vergiftungs-Informations-Zentrale des Universitätsklinikums Freiburg entnommen. Einschlusskriterien waren eine Krankenseinweisung, die Verfügbarkeit klinischer Berichte sowie der analytische Nachweis der Aufnahme von synthetischen Cannabinoiden. Insgesamt wurden 29 Patienten im Alter zwischen 14 und 30 Jahren (Median: 19 Jahre; 25 männlich, 4 weiblich) in die Auswertung eingeschlossen. Die am häufigsten festgestellten Cannabinoide waren JWH-018 (v. a. in 2008/09), JWH-122 (2010) und JWH-210 (2011). Die am häufigsten berichteten Symptome waren Tachykardie, Unruhe, Halluzinationen, Bluthochdruck, ein Anstieg des Blutzuckers, Hypokaliämie und Erbrechen. Auch Brustschmerzen, Krampfanfälle, Myoklonien und akute Psychosen wurden festgestellt. Insgesamt scheint es laut Autoren einen Anstieg beim Konsum extrem potenter synthetischer Cannabinoide zu geben. Die akuten Vergiftungssymptome entsprechen in vielen Fällen denjenigen, die beim Konsum hoher Dosen von (herkömmlichem) Cannabis berichtet werden. Es gibt jedoch auch einige Symptome (Unruhe, Krampfanfälle, Bluthochdruck, Erbrechen und Hypokaliämie) die charakteristisch für synthetische Cannabinoide zu sein scheinen.

Livak und Kollegen (2013) berichten von einem deutlichen Anstieg der stationären Aufnahmen in der Suchtabteilung einer psychiatrischen Klinik mit psychotischer Symptomatik nach Konsum von synthetischen Cathinonen („Badesalzen“). Seit Ende 2011 sei die Zahl entsprechender Aufnahmen auf 2-3 Fälle pro Woche (ca. 3 % aller Aufnahmen) gestiegen. In sieben Fallberichten werden exemplarisch Patienten und deren Symptomatik beschrieben. Dabei handelte es sich zumeist um polytoxikomane Patienten, die die Cathinone häufig i.v. konsumierten. Sie zeigten psychotische Symptomatik mit Wahn, Denkstörungen und optischen sowie akustischen Halluzinationen. Einige waren agitiert, desorientiert, hilflos oder litten an oralen Dyskinesien. Auffällig war laut der Autoren, dass die Persistenz des psychotischen Zustands trotz typischer neuroleptischer Medikation häufig über mehrere Tage bestehen blieb. Schwierig sei, dass die Substanzen durch die herkömmliche

Labordiagnostik nicht erfasst werden und so im Akutfall auf der Grundlage einer Verdachtsdiagnose nur symptomatisch therapiert werden könne.

6.3.2 Andere interessante Themen

Somatische und psychische Komorbidität bei Drogenkonsumenten

Neben der Belastung durch die weiter oben beschriebenen Infektionskrankheiten sind Drogengebraucher in erheblichem Maße von einer Reihe weiterer somatischer und psychischer Komorbiditäten betroffen. Umfassende nationale oder repräsentative Untersuchungen dazu liegen nicht vor.

In der Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg 2011 finden sich jedoch sowohl Angaben zur körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit der behandelten Klientel (Buth et al. 2012):

Die 4.668 Klienten der Opioidgruppe sind zumeist polyvalent konsumierende Menschen, die jedoch alle eine Opioidabhängigkeit aufweisen. Im Mittel weist diese Gruppe 4,0 Problembereiche inklusive Glücksspiel und Essstörungen auf, ohne Tabak zu berücksichtigen, mit unwesentlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern (Frauen: 3,9, Männer: 4,1). Neben Opiaten werden insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain, Crack und Sedativa konsumiert. 15 % der Klientinnen weisen zudem eine Essstörung auf. 22 % der Personen in dieser Gruppe werden von den Mitarbeitern in der ambulanten Suchthilfe als erheblich oder extrem gesundheitlich belastet eingeschätzt, bei weiteren 32 % wird eine mittlere gesundheitliche Beeinträchtigung dokumentiert. Nur etwa 9 % dieser Gruppe mit chronifizierter Suchterkrankung und einer Vielzahl weiterer Erkrankungen besitzen jedoch einen anerkannten Behindertenstatus. Extrem bis erheblich psychisch belastet sind 36 % der Klienten, Frauen mit 43 % weitaus stärker als Männer mit 33 %. Die psychischen Symptome deuten darauf hin, dass ein Großteil der Klientel neben der bestehenden suchtspezifischen Behandlung weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuungen in Anspruch nehmen müsste, um sich längerfristig zu stabilisieren. 42 % der weiblichen und 27 % der männlichen Opiatabhängigen berichten von mindestens einem Suizidversuch im Leben.

Bei den 2.126 Cannabis-Klienten sind dagegen nur etwa 10 % erheblich oder extrem gesundheitlich-körperlich beeinträchtigt, 40 % weisen keinerlei entsprechende Belastungen auf. Seelische Belastungen treffen Cannabis-Klienten häufiger als körperliche, etwa 30 % leiden unter erheblichen oder sogar extremen Beschwerden. 13 % der Cannabis-Klienten haben bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Auf neuere Erkenntnisse zur Behandlung von psychischen Störungen bei gleichzeitig bestehender Abhängigkeitsproblematik wird in Kapitel 5 eingegangen.

Andere Folgestörungen/Beeinträchtigungen durch den Konsum illegaler Drogen

Es ist noch unklar, ob kognitive Auffälligkeiten bei MDMA-Konsumenten bereits vor Konsumbeginn bestanden oder ob andere konfundierende Variablen die Defizite erklären können. Wagner und Kollegen (2012) führten daher eine prospektive Kohortenstudie mit 149

relativ neuen MDMA-Konsumenten durch, um den Zusammenhang zwischen beginnendem MDMA-Konsum und darauffolgender kognitiver Leistungsfähigkeit zu untersuchen. Dabei wurde mit den Studienteilnehmern eine neuropsychologische Testbatterie durchgeführt, die Maße zu Lernen, Gedächtnis und Exekutivfunktionen erhob. Zusätzlich wurde eine große Anzahl weiterer, möglicherweise konfundierender Variablen erfasst, wie Alter, allgemeine Intelligenz, Cannabiskonsum, Alkoholkonsum, Tabakkonsum, medikamentöse Behandlung, Sport-, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten und subjektives Wohlbefinden. 109 Teilnehmer konnten nach einem Jahr erneut untersucht werden. Während dieser Zeitspanne hatten 43 Probanden keine illegale Droge außer Cannabis konsumiert, 23 Probanden hatten mehr als 10 MDMA-Pillen (im Mittel 33,6) zu sich genommen. Ein Vergleich dieser zwei Extremgruppen ergab keine Unterschiede in den potentiell konfundierenden Variablen. Signifikante Unterschiede ergaben sich dagegen bei der unmittelbaren und verzögerten Erinnerungsleistung bei einer visuellen Lernaufgabe (figürlich-visuelles Wiedererkennen aus dem Lern- und Gedächtnistest LGT 3). Dieser Befund spricht laut Autoren für eine serotonerge Dysfunktion im Hippocampus als Konsequenz des MDMA-Konsums. In keinem anderen Test wurden signifikante Unterschiede festgestellt.

Eine Studie von Köster und Kollegen (2012) untersuchte die Intaktheit kortikaler und subkortikaler Strukturen bei drei Gruppen von Probanden, die sich hinsichtlich ihres Konsums von Stimulanzien vom Amphetamin-Typ unterschieden. Die kortikale Dicke, das Volumen der kortikalen grauen Substanz und die Form potentiell vulnerabler subkortikaler Strukturen wurden bei 20 erfahrenen Konsumenten (mehr als 100 Pillen MDMA oder mehr als 50 g Amphetamin im Leben), 42 Probanden mit geringer Konsumerfahrung (nicht mehr als 5 MDMA-Tabletten oder 5 g Amphetamin) sowie 16 Probanden ohne Drogenerfahrung gemessen. Vor allem bei den erfahrenen Konsumenten, in einigen Bereichen aber auch bei den wenig erfahrenen Konsumenten konnten Unterschiede zu den nicht-konsumierenden Studienteilnehmern festgestellt werden. Die Daten bestätigen die Hypothese, dass massiver Konsum von Stimulanzien des Amphetamin-Typs in Zusammenhang mit einer Ausdünnung der kortikalen grauen Substanz steht. Aufgrund des Studiendesigns kann jedoch nicht abschließend beantwortet werden, ob die festgestellten Unterschiede die Konsequenz des Konsums oder eher der Grund für den Konsum sind.

Es wurde in vielen Studien ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Ecstasy (MDMA) und Beeinträchtigungen der Gedächtnisfunktion festgestellt. Die bisherigen Untersuchungen mit funktionellen Bildgebungsverfahren konnten aufgrund ihres Querschnittsdesigns bisher jedoch nichts darüber aussagen, ob die gefundenen Unterschiede bei den gedächtnisbezogenen Hippocampusfunktionen bereits vor dem Konsum bestanden oder mit einem parallelen Amphetaminkonsum in Zusammenhang stehen. Daher führten Becker und Kollegen (2013) eine Studie durch, in der prospektiv die spezifischen Effekte von Ecstasy auf gedächtnisbezogene Hippocampusfunktionen untersucht wurden. Dabei wurden zu zwei Zeitpunkten (Baseline t1 und Nachuntersuchung t2 nach 12 Monaten) eine assoziative Erinnerungsaufgabe und funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRI) bei 40 Ecstasy- und/oder Amphetaminkonsumenten eingesetzt. Zu t1 hatten alle Teilnehmer nur wenig Erfahrung mit dem Konsum von Ecstasy/Amphetamin (weniger als 5 Konsumeinheiten im

Leben). Zu t2 wurden diejenigen Teilnehmer, die weiterhin Ecstasy/Amphetamin konsumiert hatten (n=17) mit denjenigen verglichen, die nach t1 mit dem Konsum aufgehört hatten. Die Analyse ergab, dass die enkodierungsbezogene Aktivität im linken parahippocampalen Gyrus sich in den Gruppen unterschiedlich veränderte. Die Aktivität stieg bei abstinenter Probanden von t1 zu t2 an und nahm bei Probanden mit kontinuierlichem Konsum ab. Die Abnahme war außerdem mit dem Konsum von Ecstasy und nicht mit dem Konsum von Amphetamin assoziiert. Dennoch bestanden keine signifikanten Unterschiede bei den Leistungen in der Erinnerungsaufgabe. Die Ergebnisse sprechen den Autoren zufolge für spezifische Effekte von Ecstasy auf die gedächtnisbezogenen Hippocampusfunktionen, dennoch können auch alternative Erklärungen, wie zum Beispiel aufgrund von gleichzeitigem Cannabiskonsum, noch nicht ausgeschlossen werden.

Auch eine beeinträchtigte Qualität von Entscheidungsfindungen und damit zusammenhängende veränderte neuronale Aktivitätsmuster wurden für Stimulanzienkonsumenten bereits beschrieben. Die Defizite werden möglicherweise durch eine erhöhte Attraktivität von kurzfristigen Belohnungseffekten verursacht. In einer Studie mit bildgebenden Verfahren (fMRI) wurden das Entscheidungsverhalten und assoziierte neuronale Aktivitätsmuster bei erfahrenen Amphetamin- und/oder MDMA-Konsumenten, Konsumenten mit niedrigem Konsum/wenig Erfahrung und Nicht-Konsumenten untersucht. Die Studienteilnehmer konnten zwischen einem wenig riskanten Glücksspiel (Kontrollbedingung) und einem Glücksspiel, dessen Gewinnwahrscheinlichkeit und mögliche Gewinn- und Verlusthöhe variierten (Experimentalbedingung) wählen. Die drei Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht in der Qualität der Entscheidungsfindung. Die Ergebnisse zeigten jedoch, dass sich die neuronalen Aktivitätsmuster dennoch zwischen Drogenkonsumenten und Nicht-Konsumenten unterschieden. Bei erfahrenen Konsumenten hatte die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses/Gewinns mehr Einfluss auf die neuronale Aktivierung als die tatsächliche Höhe der Belohnung (Köster et al. 2013).

Drogenkonsum und Anästhesie

Aufgrund spezifischer Risiken durch den Konsum illegaler Drogen ist die Entdeckung solcher Substanzen vor einer Anästhesie/Operation wesentlich. In einer prospektiven Beobachtungsstudie wurden daher Speicheltests und Selbstangaben von insgesamt 939 konsekutiv eingeschlossenen Patienten der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin einer Berliner Klinik miteinander verglichen und bei positiven Ergebnissen anhand von Blutanalysen überprüft. Dabei zeigte sich, dass die Selbstberichte häufiger den Konsum illegaler Substanzen aufdeckten als die Speicheltests. Die Selbstberichte waren ebenfalls sensitiver (aber nicht spezifischer) bei der Entdeckung des Konsums illegaler Drogen als die Blutanalysen. Dies zeigt laut Autoren, dass ein an Patienten ausgegebener Fragebogen zum Substanzkonsum zur besseren Verfügbarkeit zugeschnittener Interventionen und Anästhesien führen kann. Die Speicheltests können zudem durch ihre hohe Spezifität ein Alternative zur den zeitaufwendigen Blutanalysen darstellen (Kork et al. 2012).

6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Sterblichkeit bei Drogenkonsumenten

6.4.1 Durch Drogen verursachte Todesfälle (Überdosis/Vergiftungen)

Polizeiliche Daten 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. Kapitel 6.1). Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle lag im Berichtsjahr 2012 im Mittel bei 66 % (2011: 65 %; 2010: 66 %), wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen.

Im Jahr 2012 kamen insgesamt 944 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, was nochmals einen Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (986) und den niedrigsten Stand der Anzahl drogenbezogener Todesfälle seit 24 Jahren bedeutet. Bei der Aufschlüsselung der Todesursachen wurde 2012 zum ersten Mal eine überarbeitete Tabelle verwendet, die weniger Möglichkeiten für Mehrfachzählungen enthält und mehr Substanzen einzeln aufschlüsselt. Aufgrund dieser neuen Erfassung ist die Vergleichbarkeit mit den Daten aus den Vorjahren teilweise eingeschränkt und Tabelle 6.3 enthält daher nur die aktuellen Zahlen. Da dem BKA aus den einzelnen Bundesländern nur aggregierte Daten übermittelt werden, kann im Einzelfall nicht überprüft werden, wie valide die Zuordnung zu den Kategorien erfolgt. In den kommenden Jahren sollen deshalb die Erfahrungen der Landeskriminalämter und des BKA mit der neuen Datenerfassung beobachtet werden und die Tabelle gegebenenfalls weiter optimiert werden.

Die Überdosierung von Heroin/Morphin (inkl. der Vergiftung durch Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen) stellte mit 427 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (45 %). Der Anteil der Drogentodesfälle, bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen nachgewiesen wurden, liegt bei 29 % (270 Fälle) (BKA 2013).

Tabelle 6.3 Drogentodesfälle 2012 nach Todesursachen

Todesursachen	Prozent von Gesamt N 2012	Anzahl 2012
Monovalente Vergiftungen durch Opioide	26	241
Heroin/Morphin	19	177
Opiat-Substitutionsmittel	7	64
- davon: Methadon/Polamidon	4	37
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex)	0	1
- davon: Sonstige	3	26
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide ¹⁾	40	375
Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen (i.V.m.a.S.)	26	250
Opiat-Substitutionsmittel i.V.m.a.S.	22	206
- davon: Methadon/Polamidon i.V.m.a.S.	15	146
- davon: Buprenorphin (u.a. Subutex) i.V.m.a.S.	1	11
- davon: Sonstige i.V.m.a.S.	5	49
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als	5	51
Kokain/Crack	2	21
Amphetamin/Methamphetamin	2	17
- davon: Amphetamin	15	10
- davon: Methamphetamin	1	7
Amphetaminderivate	1	5
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten)	1	8
- davon: neue psychoaktive Substanzen/Designerdrogen	0	1
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide ¹⁾	8	79
Kokain/Crack i.V.m.a.S.	3	32
Amphetamin/Methamphetamin i.V.m.a.S.	4	35
- davon: Amphetamin i.V.m.a.S.	3	26
- davon: Methamphetamin i.V.m.a.S.	1	9
Amphetaminderivate i.V.m.a.S.	1	8
Sonstige (m.A.v. psychoaktiven Medikamenten) i.V.m.a.S.	2	22
- davon: neue psychoaktive Substanzen/Designerdrogen i.V.m.a.S.	1	11
Psychoaktive Medikamente i.V.m.a.S.	1	6
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente ausschließlich (ggf. auch i.V.m. Alkohol)	3	24
Suizide	5	48
Suizid durch Intoxikation (bereits unter den zuvor genannten Ursachen enthalten)	3	32
Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	2	16
Langzeitschäden	12	110
- davon: Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	4	35
Unfälle	2	18
Sonstige Fälle	3	30
Gesamt (N) ²⁾		944

1) Auf der ersten Ebene der Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich

2) Die Gesamtzahl ergibt sich aus der Summe aller mono- und polyvalenten Vergiftungen sowie der nicht durch Intoxikationen bedingten Suizide, der Langzeitschädigungen, Unfälle und sonstigen Fälle.

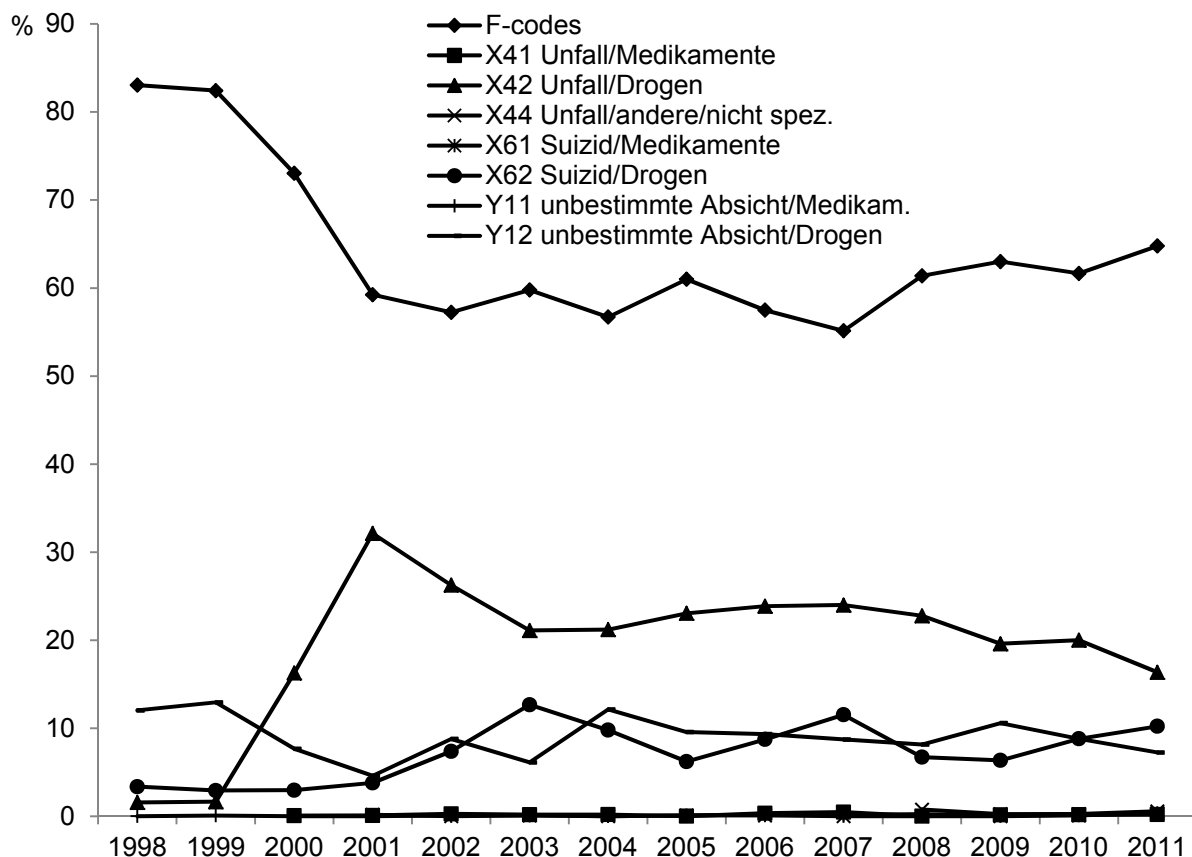
BKA 2013.

Es ist möglich, dass in der Darstellung der Substanzbeteiligung aufgrund häufig fehlender exakter toxikologischer Informationen zu einem Todesfall die Anzahl von Mischintoxikationen („polyvalente Vergiftungen“) oder speziell die Beteiligung von Substitutionsmitteln unterschätzt wird.

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister des Statistischen Bundesamts zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2011. Hier sind insgesamt 1.076 Personen und damit 10,7 % weniger Fälle als 2010 (N=1.205) erfasst worden. Seit Beginn der Registrierung von Drogentodesfällen auf Basis des allgemeinen Sterberegisters im Jahr 1998 wurde in keinem Jahr eine so niedrige Zahl verzeichnet wie 2011. Darunter befinden sich 228 Frauen und 848 Männer (Anteil 78,8 %), die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verstorben sind. Damit ist die Zahl der im allgemeinen Sterberegister nach Definition der EBDD erfassten Todesfälle wie im Vorjahr parallel zum – allerdings außergewöhnlich starken – Rückgang der Fälle nach polizeilicher Definition im BKA-Register (-20,2 %) erfolgt. Das BKA-Register wies im Gegensatz zu den vergangenen Jahren in 2011 eine deutlich niedrigere Fallzahl aus, obwohl hier in der Gesamtzahl "indirekte" Todesfälle mitgezählt werden, die sich nicht exakt von den "direkten" abtrennen lassen, da die Kategorien „Suizide“ sowie ggf. auch „Unfälle/Sonstiges“ im BKA-Register hinsichtlich ihrer Einordnung als "direkter" oder "indirekter" Fall uneindeutig sind. Es gibt insofern eine zunehmende Diskrepanz zwischen der absolut höheren Fallzahl direkter Fälle im allgemeinen Sterberegister einerseits sowie dem BKA-Register andererseits bei jedoch gleichlautenden globalen Trends.

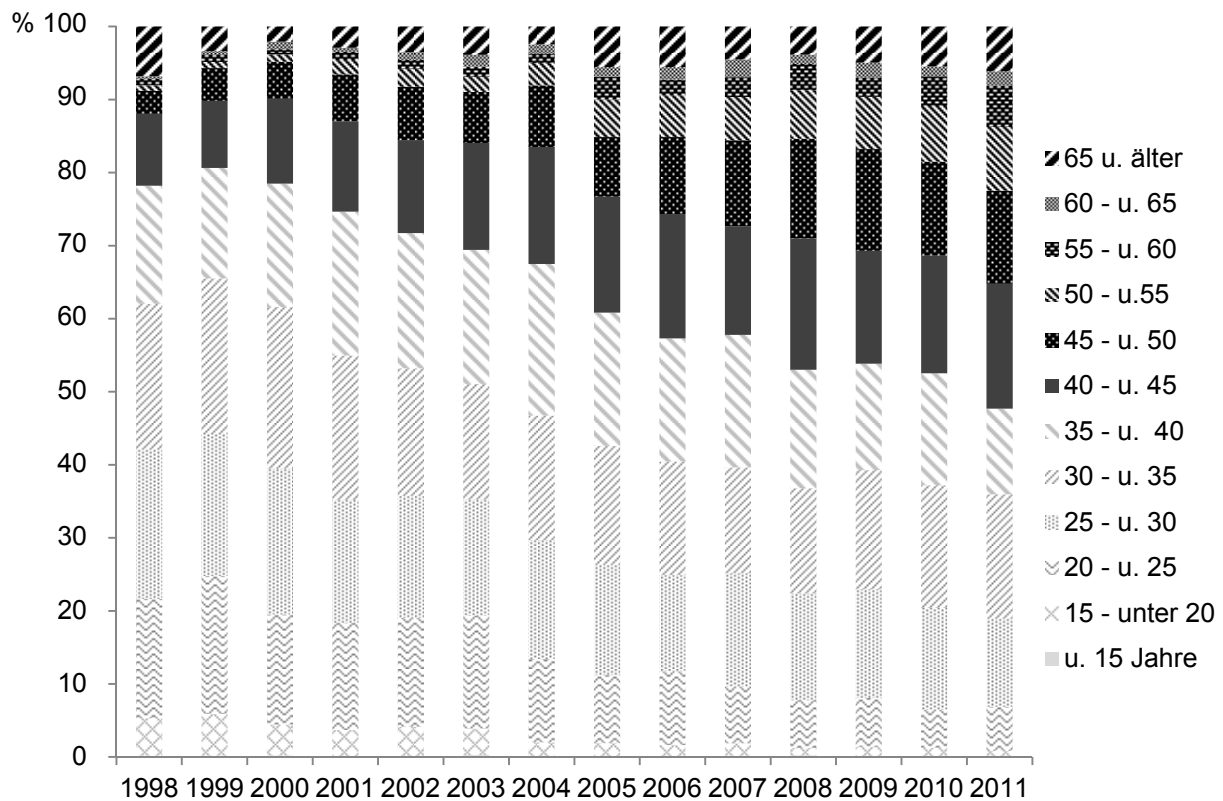
2011 wurde bei 64,8 % der Todesfälle (2010: 61,7 %) die *Grunderkrankung* (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch der Droge, andere aus der ICD-Gruppe F 1x.x) kodiert; es fehlt bei diesen Fällen jedoch die Information zur *akuten* Todesursache. Da sich das nationale Sterberegister seit mehreren Jahren trotz 2006 in Kraft getretener Änderungen der WHO-Kodierregeln als wenig aussagekräftig hinsichtlich der Auswertung der akut zum Tode führenden Substanzklassen bei Intoxikationen erwies, wurde weiter beim BKA angeregt, die dort bei drogenbezogenen Todesfällen verfügbaren substanzbezogenen Informationen in systematischerer Weise als zuvor aufzuschlüsseln. Diese neue Darstellungsweise ist für den Jahrgang 2012 vom BKA erstmals publiziert worden (siehe oben).



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.1 Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2011)

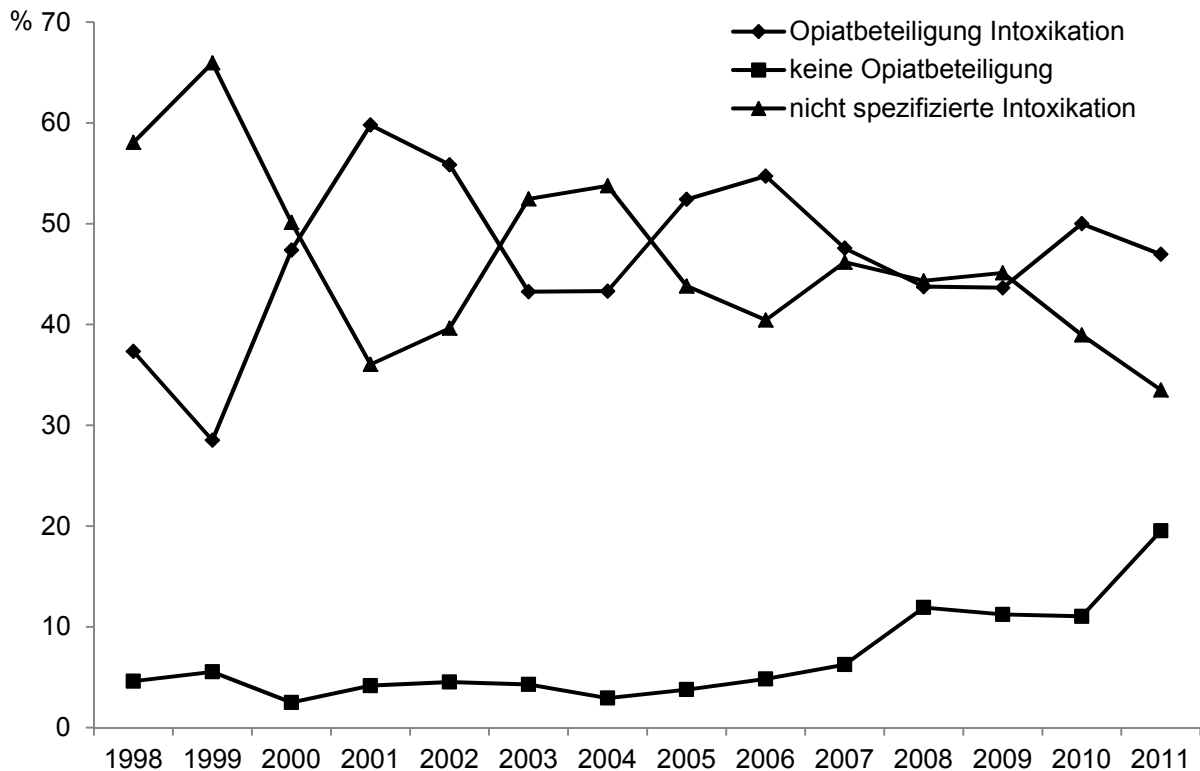
Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre, setzt sich der bekannte Trend zu immer höheren Anteilen älterer Altersgruppen fort. Die Anteile der Altersgruppen oberhalb 50 Jahren sind die einzigen, die stetig wachsen. Gerade bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen deutet sich jedoch möglicherweise ein zunehmendes Artefakt an, da möglicherweise Todesfälle von Schmerzpatienten durch den Kodierungsstandard für Drogentodesfälle aufgrund von Fehlkodierungen miterfasst werden könnten. Nach wie vor gibt es auch von den Drogentodesfällen her keinen Hinweis auf einen neuen Trend bei jungen Konsumenten harter Drogen – vielmehr hatte das Alterssegment der unter 25-jährigen 2010 mit 6,8 % einen vergleichbaren Anteil wie im Vorjahr.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.2 Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen (1998-2011)

Nur die Kodierung von Drogentodesfällen unter der in ICD 10 vorgesehenen Zusatzbezeichnung X/Y für äußere Anlässe lässt einen Rückschluss auf das Substanzspektrum bei Intoxikationen zu, da damit die substanzspezifische Aufschlüsselung nach T-Codes gekoppelt ist. Dies traf 2011 auf nur 35,2 % der registrierten Fälle zu. Rein opiatbezogene Todesfälle lagen in dieser Untergruppe in 2011 in knapp 50,0 % der Todesfälle vor. In 19,5 % wurden andere Substanzgruppen genannt, in 33,5 % fanden sich nicht näher spezifizierte Intoxikationen und insbesondere solche mit Mischkonsum zwischen verschiedenen Substanzgruppen. Hier dürften wiederum Opiate als führende Substanzen die Hauptrolle spielen. Zu betonen ist die eingeschränkte Aussagefähigkeit, u. a., da nicht genau bekannt ist, wie viele dieser Klassifizierungen tatsächlich auf chemisch-toxikologischen Untersuchungsbefunden zum todesursächlichen Substanzspektrum beruhen.



Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen.

Abbildung 6.3 Opiatbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2011 mit ICD X/Y-Kodierung

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. 2013f) für das Jahr 2012 bei 1,4 % (2011: 1,6 %; 2010: 1,5 %) der Opioidklienten mit dem Tod (Opioidklienten machten 2012 87 % der in der DSHS registrierten und während einer ambulanten Behandlung verstorbenen Klienten mit einer illegalen Drogenproblematik 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 zugrunde gelegt. Die resultierende Mortalität von 1,3 % pro Jahr liegt 2012 etwas niedriger als in den Vorjahren (Tabelle 6.4).

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 6.4 Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anteil von Todesfällen bei Beendern	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,3%	1,4%	1,2%	1,5%	1,5%	1,6%	1,4%
Betreuungsdauer (Tage)	280,7	282,1	297,5	305,2	301,7	314,3	321,2	336,4	343,3	354,3	381,6
Mortalität p.a.	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,7 %	1,6 %	1,6 %	1,4 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,3 %

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f 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

Daten zu Verkehrsunfällen im Zusammenhang mit Drogenkonsum finden sich in Kapitel 9. Weitere Daten liegen aktuell nicht vor.

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.

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 allgemeinärztliche Praxen oder Kliniken liegen nicht vor.

7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen

Verschiedene Ansätze sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern:

- Information und Aufklärung zu den Risiken einer Überdosis
- Bereitstellung effektiver Behandlungsmaßnahmen für Drogenkonsumenten (v. a. Substitution, siehe Kapitel 5) und Verbesserung der Haltequoten
- Verbessertes Übergangsmanagement nach Haftentlassungen (siehe Kapitel 9)
- Bereitstellung von Drogenkonsumräumen
- Verbesserung der Reaktion Umstehender im Falle eines Drogennotfalls (Erste-Hilfe-Trainings, Naloxon-Programme).

Bereitstellung von Drogenkonsumräumen

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 („harm reduction“) anzubieten. Auf der Grundlage von § 10a Betäubungsmittelgesetz (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.

Aktuell gibt es in sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) in 15 Städten insgesamt 23 stationäre Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil in Berlin⁷⁵.

Genauere Daten zu Nutzung und Klientel der Konsumräume liegen bisher ausschließlich für einzelne Einrichtungen vor, die ihre Jahresberichte im Internet veröffentlichen. Im Folgenden werden exemplarisch Daten aus Frankfurt und Berlin berichtet:

In den vier Frankfurter Konsumräumen wurden im Jahr 2011 insgesamt 213.361 Konsumvorgänge von 4.714 Konsumraumnutzern (darunter 1.564 Neuzugänge) dokumentiert, dies entspricht einem Durchschnitt von 45 Konsumvorgängen pro Nutzer. Wie in den Vorjahren dominieren bei den in den Konsumräumen intravenös injizierten (i.v.) Drogen Heroin und Crack. Bei 81 % aller Konsumvorgänge wurde Heroin und bei 43 % Crack – allein oder in Kombination mit anderen Drogen – konsumiert (Mehrfachantworten). 14 % der Konsumraumnutzer konsumieren i.v. Benzodiazepine, häufig in Verbindung mit anderen psychotropen Substanzen. Der i.v. Konsum von Kokain wird nur von 1 % der Nutzer angegeben. Alle anderen psychotropen Substanzen werden nur selten genannt (0,3 %). Bei 3 % der Konsumvorgänge werden die Drogen nicht intravenös appliziert. Differenziert man den i.v. Drogenkonsum nach Konsummustern, wird mit 46 % der Nennungen am häufigsten Heroin allein (ohne weitere Drogen) konsumiert. An zweiter Stelle der Nennungen folgt mit 24 % Heroin in Kombination mit Crack und an dritter Stelle mit 14 % Crack allein (Förster et al. 2012).

In Berlin wurden 2012 an den drei verfügbaren Standorten (zwei feste Drogenkonsumräume, ein Drogenkonsummobil) insgesamt 10.246 Konsumvorgänge von 957 Besuchern dokumentiert. Auch hier dominierte der Konsum von Heroin (7.889 Konsumvorgänge), gefolgt von Heroin-Kokain-Cocktails (1.163 Vorgänge) und Kokain (1.015 Vorgänge). 47 % der Konsumvorgänge von Heroin fanden dabei inhalativ statt. Es wurden neun Drogennotfälle (2011:18) dokumentiert, die alle vor Ort versorgt werden konnten. Kein einziges Mal wurde eine Naloxongabe oder ein Notarzteinsatz notwendig (Fixpunkt e.V. 2013).

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

EBDD und ECDC benennen in einem gemeinsam veröffentlichten Dokument zur Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten sieben Schlüsselinterventionen (ECDC & EMCDDA 2011):

- Gesundheitsförderung/Bereitstellung von Information und Aufklärung zu Infektionskrankheiten mit Fokus auf Safer-Use- und Safer-Sex-Verhalten
- Bereitstellung von sterilem Injektionsbesteck und –zubehör (Safer-Use-Angebote)
- Bereitstellung von Impfungen (Hepatitis A und B, Tetanus, Influenza etc.)
- Bereitstellung von Testmöglichkeiten

⁷⁵ Siehe auch <http://www.drogenkonsumraum.net/> (letzter Zugriff: 12.08.2013)

- Bereitstellung effektiver Behandlungsangebote (insbesondere Substitution, s. Kapitel 5)
- Zugang zur Behandlung der Infektionskrankheiten
- Schaffung von an die Zielgruppe angepassten Rahmenbedingungen bei der Bereitstellung dieser Angebote (z. B. aufsuchende Angebote, Streetwork, niedrighschwellige Einrichtungen, Kooperation zwischen Drogenberatungsstellen und niedergelassenen Ärzten etc.).

Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland

Die Deutsche Leberstiftung hat gemeinsam mit dem „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ sowie der Deutschen Leberhilfe e.V. einen Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland erarbeitet, der am 23. Juli 2013 in Berlin auf einer Pressekonferenz zum Welt-Hepatitis-Tag vorgestellt wurde (Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch" et al. 2013). Dabei ist erstmals ein Maßnahmenkatalog entstanden, der alle Zielgruppen für Hepatitis-Virusinfektionen mit einbezieht und somit auch spezifische Ziele für Drogenkonsumenten formuliert. Der Aktionsplan fordert unter anderem, dass

- konsumspezifische Informationen zur Übertragung von Virushepatitis und möglichem Schutz allen Drogengebrauchern zur Verfügung gestellt werden müssen
- sterile oder hygienische Drogenkonsumutensilien, stichsichere Entsorgungsbehälter und Desinfektionsmittel für Drogeninjizierende uneingeschränkt angeboten werden müssen
- für Opioidabhängige eine Substitutionsbehandlung in allen Settings leicht und flächendeckend zugänglich sein muss.

Zudem forderte Prof. Dr. Heino Stöver in einer Pressemitteilung: „Wir müssen auch mehr mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) infizierte Drogenabhängige in Therapie bringen können, denn die heutigen Therapien sind sehr wirksam und können dadurch weitere Ansteckungen verhindern. Dazu gehören unter anderem ein ausgereiftes Screening, gut informierte Ärzte, die sich mit der Erkrankung gut auskennen und auch um die weiteren Erkrankungen wissen sowie eine HCV-Nurse, also eine speziell geschulte Krankenschwester, die die Therapie begleitet“. Eine solche HCV-Nurse sei in anderen europäischen Ländern bereits Standard bei der Versorgung von Hepatitis-Patienten (Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch" et al. 2013).

Safer-Use-Angebote

Die Prävention drogenbezogener Infektionskrankheiten erfolgt in der niedrighschwelligen Drogenhilfe vor allem durch Informationen über Infektionskrankheiten und –risiken sowie die Vergabe von Safer-Use-Artikeln. Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrighschwelligen Arbeit ist im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen und wird an vielen Stellen durchgeführt.

Daten zum Spritzentausch werden in Deutschland zumeist nur von einzelnen Einrichtungen in ihren jeweiligen Jahresberichten dokumentiert. Eine bundesweite Zusammenstellung der

vorhandenen Daten findet nicht statt. Eine Übersicht über die Standorte der 155 bundesweit verfügbaren Spritzenautomaten findet sich auf einer von der Deutschen Aidshilfe bereitgestellten Internetseite⁷⁶.

Das einzige Bundesland, in dem eine regelmäßige Umfrage auf Kreisebene zur Abgabe von Einmalspritzen durch die AIDS-Hilfe stattfindet, ist Nordrhein-Westfalen. Für das Jahr 2012 berichtet die AIDS-Hilfe NRW von 2.040.100 in Einrichtungen abgegebenen losen Spritzen (2011: 1.927.626; 2010: 2.113.242) sowie von 215.059 (2011: 228.262; 2010: 251.072) an Automaten abgegebenen Spritzen⁷⁷.

Bereits im letzten REITOX-Bericht wurde das Bundesmodellprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention vorgestellt, das von Oktober 2008 bis Juni 2011 vom Berliner Träger Fixpunkt e.V.“ durchgeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit sowie vom Land Berlin gefördert und vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg (ZIS) evaluiert wurde. Auch 2012 wurden weitere Kurzinterventionen zur Prävention von HCV-Infektionen entwickelt: Das Spritzentausch-Sortiment wurde um „Nevershare“-Spritzen der englischen Firma Exchange Supplies ergänzt. Dabei handelt es sich um 2-ml-Spritzen, die in fünf verschiedenen Farben erhältlich sind, um das Verwechseln von Spritzen zu erschweren, und die zusätzlich einen sogenannten „low dead space“ aufweisen, das heißt, dass nur sehr wenig (potenziell infektiöses) Blut bzw. Droge in der Spritze zurückbleibt. Nach Einführung dieser Spritzen im März 2012 wurden im Juni 2012 bereits bei 63 % der Spritzenausgabe-Kontakte (N=442) in den drei Fixpunkt-Einrichtungen Nevershare-Spritzen ausgegeben, bei 37 % der Kontakte wurden ausschließlich die herkömmlichen Primo-Spritzen gewünscht. Das Mengenverhältnis Nevershare- zu Primo-Spritzen war 72 % (23.600 Stück) zu 28 % (9.100 Stück). Außerdem wurden Drogenabhängigen, die die Fixpunkt-Einrichtung „Druckausgleich“ aufsuchten, in einer Pretest-Phase Pizza-Schachteln als „mobiler Konsumplatz“ vorgestellt und sowohl die Problematik als auch die Praktikabilität von speziellen Unterlagen für den Konsum in der Öffentlichkeit erörtert. Dabei erwies sich die Pizza-Schachtel jedoch als zu groß und unhandlich. Aktuell wird daher über Alternativen (z. B. auseinandergefaltete Spritzenautomaten-Schachteln, Burger-Schachteln o.ä.) nachgedacht. Alle Interventionen werden zur Qualitätssicherung nach Beendigung der Pretest-Phase manualisiert (Leicht et al. 2012).

Um auch Drogenkonsumenten, die sich aus Gründen der Anonymitätswahrung ihr Spritzbesteck an Automaten besorgen, mit Safer-Use-Informationen zu erreichen, wurde im Rahmen des Projekts „Beipackzettel – Safer-Use-Infos in Spritzenschachteln“ die Akzeptanz eines neuen Beipackzettels mit verschiedenen Safer-Use-Informationen überprüft. Das Projekt wurde von der Deutschen AIDS-Hilfe in Kooperation mit dem Berliner Suchthilfeträger Fixpunkt e.V. und dem Kölner Suchthilfeträger Vision e.V. durchgeführt. 10.000 Spritzenschachteln wurden mit dem neuen Beipackzettel bestückt und an die Einrichtungen geliefert. Ausgewertet werden konnten 89 Rückmeldungen von Nutzern, die

⁷⁶ <http://www.spritzenautomaten.de/> (letzter Zugriff: 12.08.2013)

⁷⁷ http://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/pdf/tabelle_uebersicht_spritzenabgabe_2010_2012.pdf (letzter Zugriff: 19.08.2013)

von Februar bis Mai 2012 eingingen. 88,8 % bewerteten die zusätzlichen Informationen des Beipackzettels als für sich persönlich nützlich, 95,5 % gaben an, dass die Informationen auch für andere Drogenkonsumenten nützlich seien. Die Mehrheit der Befragten fand mindestens ein Safer-Use-Thema in den Beipackzetteln relevant (Infos zu Alternativen: 82 %; Infos zur Injektion: 73 %; Infos zum Mischkonsum: 72 %; Infos zur Stoffzubereitung: 56 %). 95,5 % würden es begrüßen, wenn zukünftig immer Beipackzettel in den Spritzen-schachteln enthalten wären (Deutsche AIDS-Hilfe, persönliche Mitteilung).

Eine weitere Studie der Deutschen AIDS-Hilfe in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung ISFF Frankfurt/Main und sechs Drogenkonsumräumen in fünf deutschen Städten (Frankfurt, Berlin, Dortmund, Hamburg und Bielefeld) untersuchte unter dem Titel „SMOKE IT!“, inwieweit Heroinkonsumenten mithilfe neuartiger Konsumutensilien und begleitender Informationen dazu motiviert werden können, von intravenösem auf inhalativen Konsum umzusteigen. Die Datenerhebung erfolgte von April bis August 2012 mithilfe von schriftlichen Fragebögen, die zu drei verschiedenen Zeitpunkten von den befragten Heroinkonsumenten ausgefüllt wurden⁷⁸. Die Teilnehmer erhielten von den Mitarbeitern der Einrichtungen ein „SMOKE IT-Pack“, bestehend aus einem Klarsichtbeutel mit einem Flyer, der Informationen zu i.v. Konsum und Rauchkonsum enthielt, einer Karte mit sechs Fotos als Anleitung zum Bau eines Rauchröhrchens und zum Vorgang des inhalativen Konsums, sowie neuartige, extra für den Heroinkonsum bestimmte, unbeschichtete Alufolien. Insgesamt gingen zu T1 177 Fragebögen beim ISFF ein. 12 Personen lehnten das Angebot des „SMOKE-IT-Packs“ ab. Von den verbleibenden 165 Befragten konnten 141 zum Zeitpunkt T2 wiederbefragt werden (Wiedererreichungsquote 85,5 %), sowie 89 Personen zu T3 (Wiedererreichungsquote 54,0 %). Die Studienteilnehmer konsumierten im Mittel seit 13,3 Jahren Heroin und verfügten größtenteils (96,8 %) bereits über Erfahrungen mit dem inhalativen Konsum von Heroin. Als Gründe für inhalativen Konsum gaben die Teilnehmer an „gesünder als Injizieren“ (59 %), „Neugier“ (49 %), „geringeres Risiko einer Infektion“ (35 %) und „Gefahr einer Überdosierung vermeiden“ (33 %). Zwei Drittel der Stichprobe (65,3 %) nutzten die SMOKE-IT-Folien in der Folge tatsächlich für den inhalativen Konsum des Heroins, statt es zu injizieren, wobei dies häufiger bei Männern (71 %) als bei Frauen (48 %) der Fall war. Vier Fünftel aller Befragten gaben an, dass sie die SMOKE-IT-Folien auch zukünftig nutzen würden, sofern ein entsprechendes Angebot verfügbar wäre. Die Forscher schließen aus den Ergebnissen, dass Heroinkonsumenten durch zielgerichtete Ansprache und entsprechende Angebote tatsächlich zu risikoärmerem Konsumverhalten motiviert werden können und empfehlen, das Angebot von niedrighwelligen Einrichtungen um Rauchfolien und entsprechende Informationsmaterialien zu erweitern (Deutsche AIDS-Hilfe, persönliche Mitteilung).

Weitere Informationen zu Spritzentauschgeboten finden sich in Standardtabelle 10.

⁷⁸ T1: unmittelbar nach der Rekrutierung der Studienteilnehmer; T2: nach dem Folie-Rauchen im Konsumraum oder nach der Wiederkehr in die Einrichtung; T3: frühestens 30 Tage nach der Befragung zu T2.

Bereitstellung von Testmöglichkeiten

Mit dem bundesweit modellhaften Projekt „TEST IT“ wurde Drogenkonsumenten ein szenenaher und niedrigschwelliger Zugang zu einem HIV-Testangebot ermöglicht. Mit dem Projekt sollte überprüft werden, ob durch die Einbindung des Angebots in eine ambulante Drogenhilfeeinrichtung einerseits und die Nutzung eines HIV-Schnelltests andererseits die Hürden zur Inanspruchnahme eines HIV-Tests gesenkt werden können. Das von der Deutschen AIDS-Hilfe in Kooperation mit der Dortmunder Drogenhilfeeinrichtung KICK durchgeführte und durch die Fachhochschule Dortmund wissenschaftlich begleitete Projekt fand von Januar bis September 2010 statt. Insgesamt 168 Personen (133 Männer, 35 Frauen) wurden im Rahmen des Projekts erstmals beraten, 162 Personen wurden erstmals mit dem HIV-Antikörpertest (Schnelltest) getestet. Bei ca. 1.000 KICK-Nutzern pro Jahr, von denen bei ca. 5 % ein bekannter positiver HIV-Status vorliegt, wurde das Projekt (Dauer 7,5 Monate) von einem Drittel der Nutzer in Anspruch genommen. Zum Vergleich wurden im Jahr 2009 lediglich 21 HIV-Tests bei Drogenkonsumenten im Gesundheitsamt durchgeführt. Von den 162 Schnelltests waren sechs (3,7 %) positiv. 83 % der Männer und 86 % der Frauen gaben an, bereits einen HIV-Test durchgeführt zu haben. Bei 55 % lag der letzte Test länger als 12 Monate zurück. Dem Testwunsch lagen sowohl Risikosituationen beim Drogengebrauch als auch beim Geschlechtsverkehr zugrunde. Die Ergebnisse zeigen laut Autoren, dass für die Inanspruchnahme des Beratungs- und Testangebots neben dem Setting (Vertrauen zur Umgebung und den handelnden Personen) der kurze Zeitraum zwischen Test und der Mitteilung des Ergebnisses sowie die Art der Blutentnahme (kein Venenblut, sondern Blutropfen aus der Fingerbeere) von entscheidender Bedeutung sind. Ein so auf die Zielgruppe abgestimmtes Gesundheitsangebot wird von einer großen Klientenzahl wahrgenommen. Dies könne als Hinweis gewertet werden, dass die Möglichkeiten niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen noch nicht systematisch ausgeschöpft würden und hier noch weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf bestehe (Schäffer et al. 2013).

Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Bei einem Expertentreffen am 02. August 2012 in Frankfurt a.M., an dem Suchtmediziner, Gastroenterologen, Infektiologen und ein Psychiater teilnahmen, wurden die Erfahrungen dieser Expertengruppe zur HCV-Triple-Therapie bei Suchtpatienten seit Einführung der HCV-Protease-Inhibitoren in Deutschland im September 2011 diskutiert. Die Diskussion basierte auf einer Patientenpopulation von insgesamt 168 Patienten mit einer chronischen HCV-Monoinfektion vom Genotyp 1, die in acht Praxen bzw. Kliniken (außerhalb klinischer Studien) eine Triple-Therapie mit Boceprevir oder Telaprevir erhalten oder erhalten haben. Da erst wenige dieser Patienten ihre HCV-Triple-Therapie abgeschlossen hatten, lagen noch keine belastbaren Daten zum dauerhaften virologischen Ansprechen (SVR) vor. Fragestellungen der Expertendiskussion waren die folgenden:

- Ist ein Patient mit chronischer HCV-Infektion vom Genotyp 1, der in der Substitutionsbehandlung stabil ist, auch in der Lage, zuverlässig und zusätzlich zu seiner

bestehenden Medikation dreimal täglich 4 Kapseln Boceprevir zusammen mit Nahrung bzw. dreimal täglich 2 Filmtabletten Telaprevir zusammen mit einer kleinen fettreichen Mahlzeit (20 g Fett) einzunehmen?

- Sind aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit der HCV-Triple-Therapie bei Suchtpatienten Änderungen oder Ergänzungen der aktuellen Leitlinienempfehlungen erforderlich?

Schlussfolgerung der Diskussion war, dass sorgfältig selektierte Substitutionspatienten durchaus in der Lage sind eine Triple-Therapie mit hoher Compliance durchzuhalten. Die Substitutionsbehandlung stellt das beste Setting für die HCV-Therapie dar. Während der Therapie sollte der Patient engmaschig begleitet werden, die Kontrolle der pünktlichen und regelmäßigen Einnahme der korrekten Anzahl der Medikation ist essentiell. Darüber hinaus wurde im Bezug auf die zweite Fragestellung gefolgert, dass in den Leitlinienempfehlungen auf die sozialmedizinischen Aspekte aufmerksam gemacht werden sollte, die bei Substitutionspatienten bei der Beurteilung der Therapieindikation zu berücksichtigen sind. Außerdem sollte erwähnt werden, dass die Komorbiditäts- und Komedikationsanamnese bei Substitutionspatienten eine besondere Rolle spielt. Bei der Beurteilung potenzieller Interaktionen müssten das Substitutionsmittel und der Gebrauch weiterer psychotroper Substanzen berücksichtigt werden (Backmund et al. 2012).

Die Zwischenergebnisse einer der Studien zur Triple-Therapie, die auch die Grundlage für oben beschriebene Diskussion bildeten, wurden von Backmund (2013) berichtet: Ab Zulassung der Proteaseinhibitoren der Triple-Therapie wurde allen substituierten Patienten eines Münchner Behandlungszentrums bei chronischer Hepatitis C mit Genotyp 1 eine Triple-Therapie angeboten. Zu Woche 12 waren 18 der 21 Patienten (86 %) HCV-RNA negativ. Eine Patientin war erneut Non-Responder, eine Patientin brach die Therapie von sich aus ab, einmal wurde die Therapie aufgrund schwerer unerwünschter Wirkung abgebrochen. Diese Ergebnisse zeigen laut Autor, dass opioidabhängige Patienten mit einer chronischen Hepatitis C, Genotyp 1, selbständig zuverlässig die Proteaseinhibitoren einnehmen und erfolgreich behandelt werden können.

7.4 Antworten auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten

Es liegen derzeit keine Informationen zu Angeboten im Hinblick auf andere gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Drogenkonsumenten vor.

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.

8.2 Sozialer Ausschluss und Drogenkonsum

8.2.1 Sozialer Ausschluss von Drogenkonsumenten

Laut Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zu Klienten ambulanter Einrichtungen 2012 sind 17,5 % der Klienten mit einer primären Opioidproblematik, 16,7 % der Klienten mit primärer Kokainproblematik und 12,4 % der Cannabisklienten ohne Abschluss von der Schule abgegangen. Fast zwei Drittel der Klienten mit primärer Opioidproblematik (62,1 %) sind bei Beginn der Betreuung arbeitslos und jeweils etwas mehr als ein Drittel (35,4 % bzw. 40,2 %) der Klienten mit primären Cannabis- bzw. Kokainproblemen (siehe Tabelle 8.1). An diesen Verhältnissen ändert sich in der Regel bis zum Ende der Behandlung nichts (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013f).

Seit 2007 liegen in der DSHS auch eigene Auswertungen für Einrichtungen aus dem niedrigschwelligen Bereich vor. Demnach sind die sozioökonomischen Voraussetzungen der Klienten, die 2012 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. Die vorliegenden Daten sind aber nur eingeschränkt interpretierbar, da die Gesamtzahl der sich an der DSHS beteiligenden niedrigschwelligen Einrichtungen mit N=28 nur einen kleinen Ausschnitt aller entsprechenden Angebote in Deutschland wiedergibt (vgl. Kapitel 5.2) und keine Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe vorliegen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013c).

Tabelle 8.1 Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2012)

Hauptdiagnose	Ambulante Betreuung			Niedrigschwellige Einrichtungen		
	Ohne Schulabschluss abgegangen	Arbeitslos ¹⁾	Ohne Wohnung ²⁾	Ohne Schulabschluss abgegangen	Arbeitslos ¹⁾	Ohne Wohnung ²⁾
	%			%		
Alkohol	5,0	37,0	0,5	7,6	59,9	6,5
Opioid	17,5	62,1	3,0	22,3	72,7	10,4
Cannabinoide	12,4	35,4	0,7	28,5	46,7	6,7
Sedativa/Hypnotika	4,8	32,0	0,4	20,0	55,6	0,0
Kokain	16,7	40,2	1,7	22,9	71,4	12,5
Stimulanzien	12,1	46,3	1,3	16,2	53,7	8,3
Halluzinogene	11,6	40,7	0,8	--	--	--
Tabak	4,1	16,9	0,5	0,0	40,0	0,0
Flücht. Lösungsmittel	3,4	28,3	0,0	--	--	--
Multiple/And. Subst.	12,1	48,1	2,0	--	--	--

1) Am Tag vor Betreuungsbeginn; nach Sozialgesetzbuch (SGB) III (ALG I) oder SGB II (ALG II)

2) Am Tag vor Betreuungsbeginn

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013c,f.

8.2.2 Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen

Es liegen keine aktuellen Daten zum Drogenkonsum bei sozial ausgeschlossenen Gruppen vor.

8.3 Soziale Reintegration

Das in den 2000er-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.

8.3.1 Unterkunft

Für Drogenabhängige steht eine Reihe von Angeboten zur Verfügung, um eine bestehende Wohnungslosigkeit zu überbrücken. Dazu gehören zum einen speziell auf Suchtmittelabhängige ausgerichtete sozialpädagogisch/therapeutisch begleitete Angebote für ambulant betreutes Wohnen, Adaptionseinrichtungen oder stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie (Wohnheime und Übergangswohnheime), zum anderen werden auch die allgemeinen Angebote der Wohnungslosenhilfe von Drogenkonsumenten genutzt. Aktuelle Daten dazu liegen jedoch nicht vor.

8.3.2 Bildung, berufliche Ausbildung

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.

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.

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 des Sozialgesetzbuches II, III und XII miteinbezogen.

Die vorliegenden Statistiken der Arbeitsverwaltung weisen die Teilgruppe der Menschen mit Substanzproblemen jedoch in aller Regel nicht gesondert aus, so dass Maßnahmen und Ergebnisse für die Zielgruppe dieses Berichts nicht getrennt dargestellt werden können.

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 (§ 16a 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.

Förderung durch die Rentenversicherungsträger

Die gezielte Förderung arbeitsloser Rehabilitanden in ihren Berufschancen durch die Rentenversicherungsträger 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.

In den Bundesländern werden verschiedene Projekte zur Verbesserung der (Wieder-) Eingliederung (ehemals) Drogenkonsumierender in den Arbeitsmarkt durchgeführt. Die Projekte, die der DBDD im Rahmen der diesjährigen Berichterstellung von Vertretern der Bundesländer genannt wurden, werden im Folgenden kurz aufgezählt:

- Mecklenburg-Vorpommern: Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jobcenter Schwerin, den ambulanten, teilstationären, stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe Schwerin und der Landeshauptstadt Schwerin: Diese Kooperationsvereinbarung tritt in Kraft am 29.04.2013 (Unterzeichnung) und dient er besseren Integration suchtkranker Menschen in den Arbeitsmarkt. Nach der Unterzeichnung kann sie auch von anderen Kommunen genutzt und umgesetzt werden. Die Kooperationsvereinbarung kann demnächst von der Homepage der Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e.V. abgerufen werden⁷⁹.
- Bayern: Eine bei der Fachtagung „Suchtkranke und Arbeit“ der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS) im Dezember 2012 durchgeführte Tagesbefragung ergab, dass in den meisten Kommunen eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Suchtberatungsstellen und den Jobcentern existiert, diese jedoch nicht immer verschriftet sind.

⁷⁹ www.lsmv.de

9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention von drogenbezogener Kriminalität und Gefängnis

9.1 Überblick

Da neben dem Erwerb oder dem Handel auch der Besitz illegaler Drogen gesetzlich verboten ist, gehören strafrechtliche Konsequenzen nicht nur in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zu den häufigen 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 Betäubungsmitteln nach § 29 BtMG,
- illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringen Mengen 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 2012 wurden in Deutschland insgesamt 237.150 Rauschgiftdelikte erfasst (2011: 236.478, 2010: 231.007), davon 173.337 allgemeine Verstöße gegen das BtMG (2011: 170.297) und 45.040 Handelsdelikte (2011: 48.291). Die drogenbezogene Kriminalität insgesamt bleibt mit einer Zunahme um 0,3 % gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert (BMI 2013).

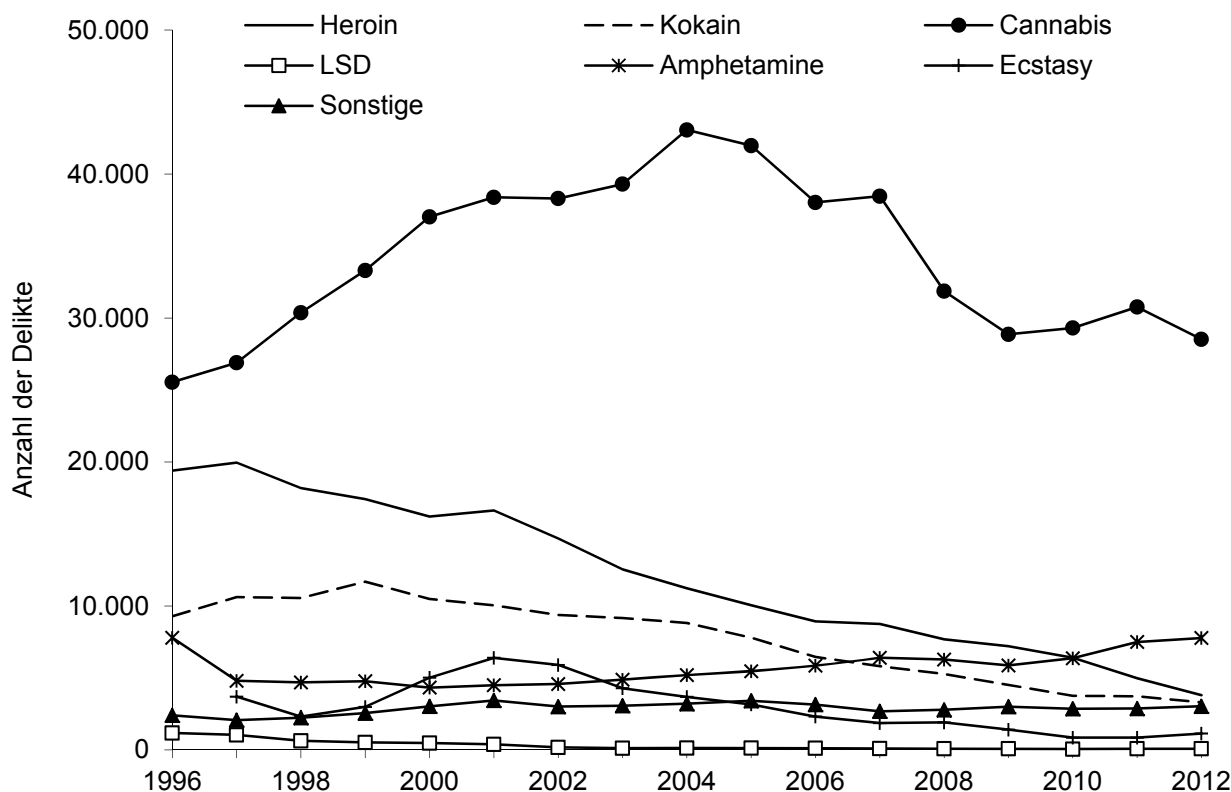
Beschaffungskriminalität

Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. 2012 wurden in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2.152 Fälle (2011: 3.013) der direkten Beschaffungskriminalität registriert, was einen Rückgang von 28,6 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Zahl dieser Delikte ist somit nach einem deutlichen Anstieg von 2010 auf 2011 stark gesunken und damit sogar niedriger als beim bisherigen Tiefstand von 2005 (2.210). Fast zwei Drittel (61,8 %) dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle zur Erlangung von Betäubungsmitteln (BMI 2013).

Handelsdelikte

Handelsdelikte beinhalten Verstöße, die im Zusammenhang mit gewerblichem/professionellem Handel mit Betäubungsmitteln oder Schmuggel größerer Mengen stehen. 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 (28.524 Delikte, 59,8 % aller Delikte; 2011: 30.765 Delikte, 60,6 %), mit großem Abstand gefolgt von **Amphetamin** (7.778 Delikte, 16,3 %; 2011: 7.497, 14,8 %), das 2011 Heroin sowohl in Anteil als auch Fallzahl überholt hat (Abbildung 9.1). Seitdem nimmt **Heroin** bzgl. beiden Indikatoren kontinuierlich ab und stand im Jahr 2012 bei 8,0 % (3.806 Delikte; 2011: 4.980, 9,8 %). Auf einem etwas niedrigeren Niveau liegen Anteil und Fallzahl von **Kokain** (3.304 Delikte, 6,9 %; 2011: 3.731, 7,3 %). Sowohl der Anteil als auch die absolute Zahl der Handels- und Schmuggeldelikte in Verbindung mit Ecstasy sind nach einem kontinuierlichen Rückgang seit 2001 und einem Tiefstand in den Jahren 2010 und 2011 (855 Delikte, 1,7 %) gestiegen (2012: 1.138 Delikte, 2,4 %) (BMI 2013).



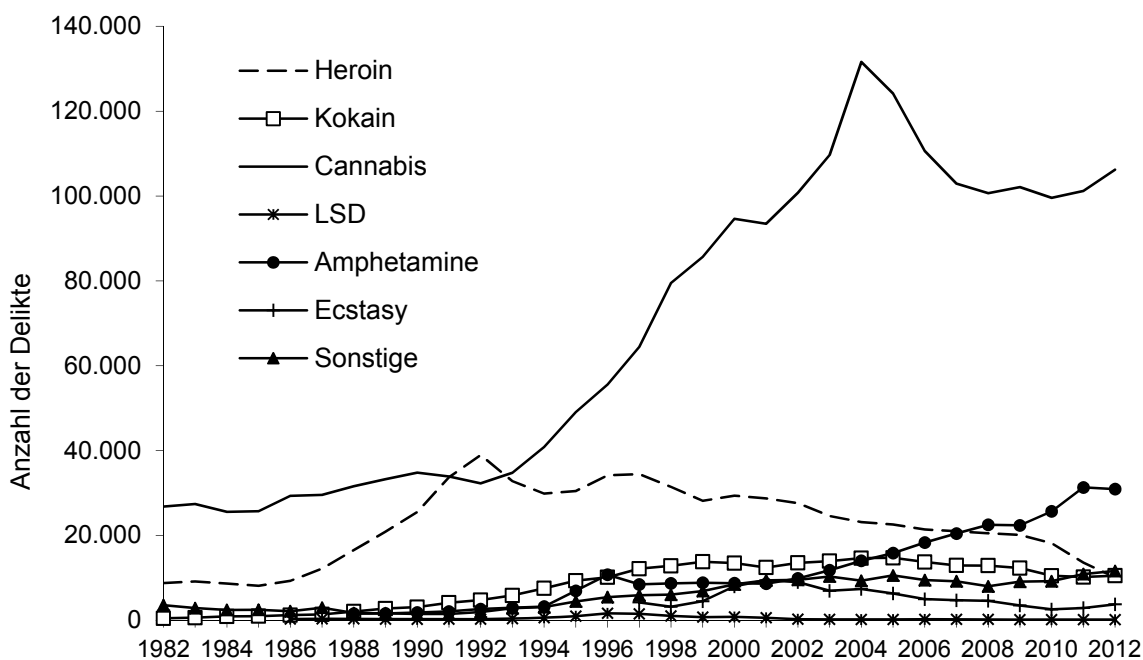
BMI 2013.

Abbildung 9.1 Entwicklung von Handelsdelikten (1996-2012)

Konsumnahe Delikte⁸⁰

In diesem Abschnitt geht es um Betäubungsmitteldelikte, die aufgrund der Rahmenbedingungen (Menge, beteiligte Personen) von der Polizei als „allgemeine Verstöße“ und damit eher als Konsumentendelikte gewertet werden (Abbildung 9.2).

Die polizeiliche Kriminalstatistik (BMI 2013) zeigt, dass auch bei den konsumnahen Delikten Cannabis eine herausragende Rolle spielt: 61,3 % aller entsprechenden Fälle beruhen auf Verstößen im Zusammenhang mit Cannabis. Heroin (5,8 %), Amphetamine (17,8 %) und Kokain (6,1 %) machen zusammen weitere 29,7 % der registrierten Delikte aus, der Rest verteilt sich auf Ecstasy, LSD und sonstige Drogen. Die Gesamtzahl 2012 (173.337) ist im Vergleich zum Vorjahr (2011: 170.297) um 1,8 % gestiegen. Die Zahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit Ecstasy stiegen von 2011 nach 2012 stark an (+30,2 %). Einen starken Rückgang gab es bei Konsumdelikten im Zusammenhang mit Heroin (-25,8 %). Ansonsten gab es minimale Veränderungen bei Cannabis (+5,0 %), Kokain (+3,2 %), LSD (-7,5 %) und sonstigen Substanzen (+6,8 %).



BMI 2013.

Abbildung 9.2 Entwicklung von Konsumdelikten (1982-2012)

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Neben Angaben zu Betäubungsmitteldelikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken zu Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit harten Drogen polizeiauffällig

⁸⁰ 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 Betäubungsmitteln sowie ähnliche Delikte umfassen.

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 dürfen bei Erwachsenen zehn Jahre, bei Jugendlichen fünf Jahre und bei Kindern zwei Jahre nicht überschreiten, wobei nach Zweck der Speicherung sowie Art und Schwere des Sachverhalts zu unterscheiden ist). Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert und die so gemessene Inzidenz überschätzt den tatsächlichen Wert.

Bei der Analyse der Trends ist zu beachten, dass die Zahl der erfassten Erstauffälligen auch von der Intensität der Strafverfolgung abhängt. Betäubungsmitteldelikte 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.

Die Gesamtzahl EKHD ist nach einem deutlichen Anstieg im Vorjahr (2010-2011: +14,5 %) von 2011 nach 2012 um 8,2 % auf insgesamt 19.559 (2011: 21.315) gesunken.

Bei jeweils niedrigen Gesamtzahlen sind die Fälle der erstauffälligen Konsumenten von sonstigen „harten“ Drogen (2012: 330; 2011: 897; -63,2 %) extrem stark sowie die von Crack (2012: 369; 2011: 438; -15,8 %) deutlich gesunken. Auch bei Heroin finden sich wie in den Vorjahren deutliche Rückgänge (2012: 2.090; 2011: 2.742; -23,8 %). Nahezu unverändert im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der EKHD im Zusammenhang mit Kokain (2012: 3.263; 2011: 3.343; -2,4 %), (Meth-)Amphetamin (2012: 13.728; 2011: 14.402; -4,7 %) und LSD (2012: 144; 2011: 135; +6,7 %). Nachdem die Zahl der EKHD von Ecstasy seit 2004 bis zu einem Tiefstand im Jahr 2010 kontinuierlich gesunken ist, steigt sie seitdem wieder an (2012: 1.257; 2011: 942; +33,4 %).

Die erstauffälligen Konsumenten von Amphetaminen und Methamphetamin machen 2012 knapp 2/3 (64,8 %) der insgesamt erfassten erstauffälligen Konsumenten aus (Heroin: 9,9 %; Kokain: 15,4 %, Ecstasy: 5,9 %, Crack: 1,7 % und Sonstige inkl. LSD: 2,3 %) ⁸¹. In dieser Statistik bleiben Cannabisdelikte unberücksichtigt, da nur so genannte „harte“ Drogen erfasst werden (BKA 2013).

Im Jahr 2012 wurden bei Amphetamin-/Metamphetamin 230 Prozent mehr Delikte registriert als bei Heroin und Kokain zusammen (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 2013, persönliche Mitteilung). Die Anzahl der Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen bei Amphetamin unterliegt in den letzten Jahren leichten Schwankungen und ist im Jahr 2012 leicht rückläufig gegenüber dem Jahr 2011. Zeitgleich ist bei Metamphetamin (Crystal) seit dem Auftreten dieser Droge in Bayern ein erheblicher Anstieg der EKHD zu verzeichnen. Diese Tendenz zeigt sich auch daran, dass in Bayern im Jahr

⁸¹ 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.

2012 528 Personen als Erstkonsumenten von Crystal registriert wurden (+86,6 % gegenüber dem Vorjahr) (Tabelle 9.1).

Tabelle 9.1 Erstkonsumenten von Crystal in Bayern

	2010	2011	2012	Entw. in % 2011/2012
<14 Jahre	0	0	0	-
14-17 Jahre	3	3	16	+ 433,3
18-20 Jahre	6	44	54	+ 22,7
21-24 Jahre	21	87	129	+ 48,3
25-29 Jahre	24	82	154	+ 87,8
30-39 Jahre	20	50	134	+ 168,0
>=40 Jahre	11	17	41	+ 141,2
Gesamt	85	283	528	+ 86,6

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 2013, persönliche Mitteilung.

Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

Entsprechend der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2012a) wurden im Jahr 2011 55.391 Personen (2010: 55.391) nach dem BtMG verurteilt (Daten für 2012 liegen noch nicht vor). 48.573 Urteile wurden nach dem allgemeinen (Erwachsenen-) Strafrecht gefällt (2010: 48.572), 6.818 (2009: 6.819) nach dem Jugendstrafrecht. Bei den Urteilen nach dem allgemeinen Strafrecht wurden 16.041 (2010: 16.905) Freiheitsstrafen – davon 10.258 (2010: 10.809) zur Bewährung – sowie 32.532 (2010: 31.666) Geldstrafen verhängt. Die Gesamtzahl der Verurteilungen ist im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben. Diese Stabilität zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg, d. h. bei erwachsenen, heranwachsenden⁸² und jugendlichen⁸³ Straftätern. Die Stabilität der Gesamtzahl ist auf einen leichten Anstieg der Fallzahlen der unspezifischen Konsumdelikte (§ 29 Abs. 1 BtMG) auf 45.251 Fälle (2010: 44.920; 2010-2011: +0,7 %) und der Verstöße gegen § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG (2011: 2.081; 2010: 2.003; +3,9 %) bei einem gleichzeitigen leichten Rückgang der Handelsdelikte (2011: 5.720; 2010: 6.040; -5,3 %) zurückzuführen (Abbildung 9.3).

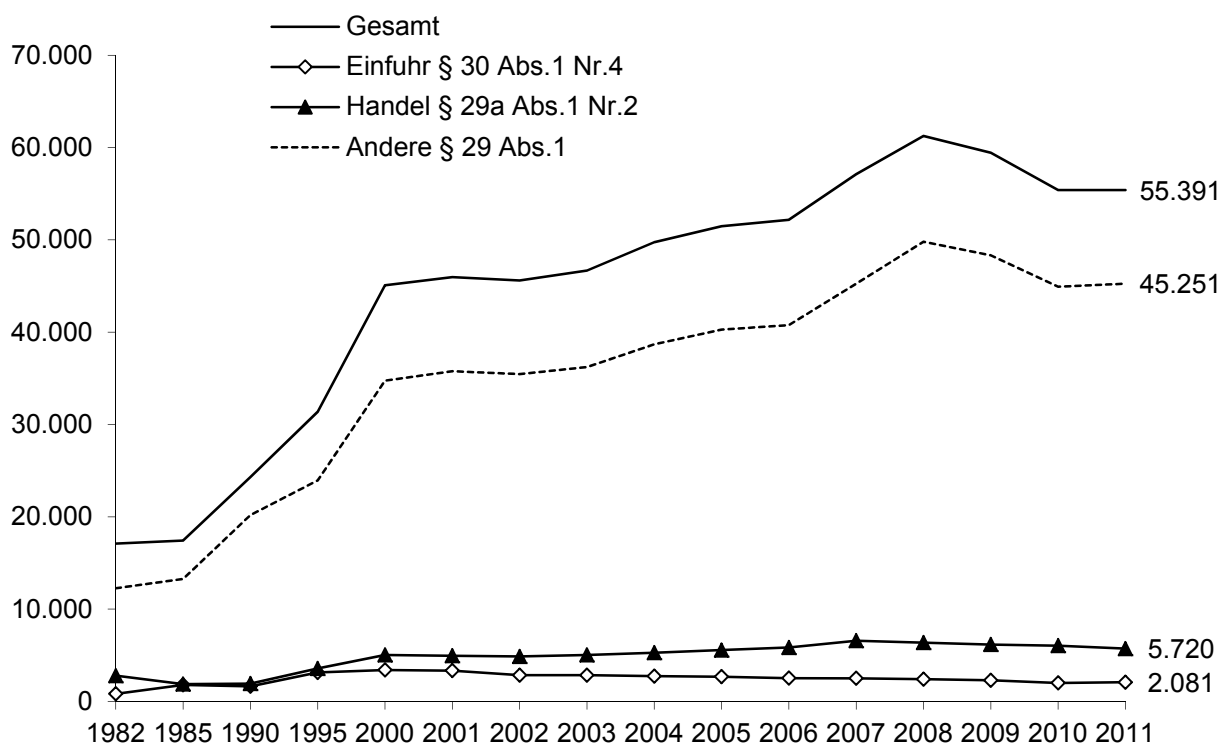
Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz machten 2011 wie in den Vorjahren ca. 7 % aller Verurteilungen aus, wobei der Anteil bei den Männern mit 7,6 % mehr als doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (3,5 %). Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen das BtMG 4,1 %. Bei den Heranwachsenden zwischen 18 und 21 Jahren liegt der Anteil der Betäubungsmitteldelikte

⁸² 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.

⁸³ Jugendliche sind Personen, die zur Zeit der Tat 14 bis unter 18 Jahre alt waren (§ 1 JGG). Ihre Aburteilung erfolgt nach Jugendstrafrecht.

mit 8,7 % deutlich höher. In dieser Altersgruppe spielen damit Betäubungsmitteldelikte anteilmäßig eine überdurchschnittlich große Rolle an der Gesamtkriminalität.

Bei 63,2 % der wegen BtMG-Verstößen Verurteilten lag bereits mindestens eine frühere Verurteilung vor (Männer: 64,5 %, Frauen: 51,4 %); in 64,1 % dieser Fälle handelte es sich dabei um Täter, die zuvor bereits mindestens drei Mal verurteilt worden waren (Statistisches Bundesamt 2012a).



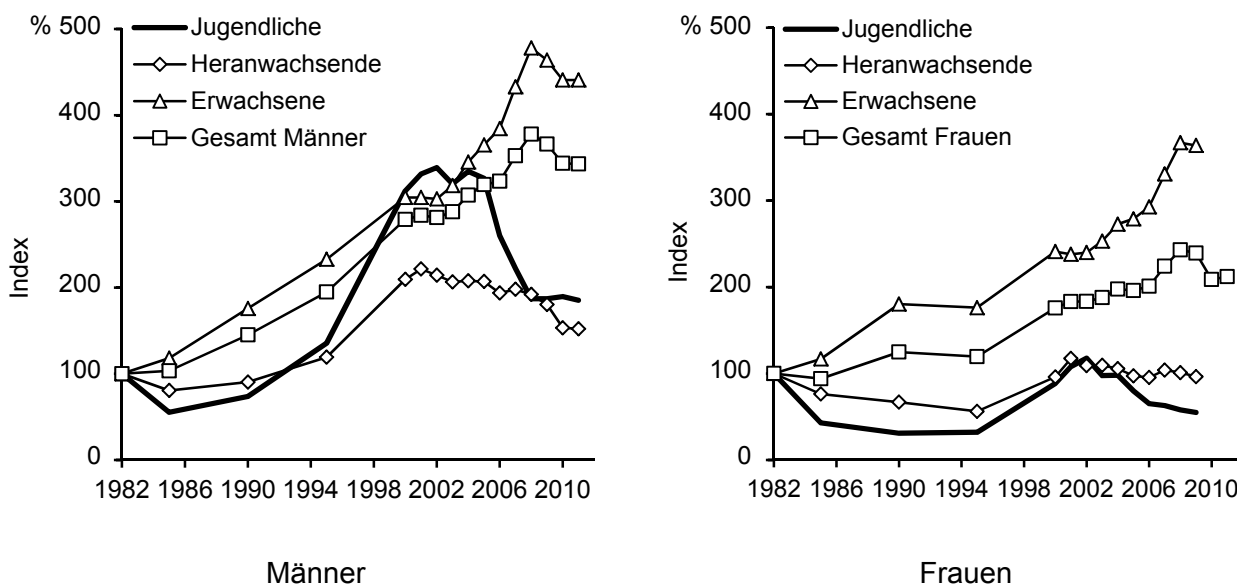
Statistisches Bundesamt 2012a.

Abbildung 9.3 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Wie bereits in den Vorjahren wurden auch im Jahr 2011 etwa neun Mal so viele Männer wie Frauen wegen Betäubungsmitteldelikten (BtM-Delikten) verurteilt (Männer: 49.956; Frauen: 5.435). Auch bei den Entwicklungstrends der letzten 29 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 2011 mehr als verdreifacht (344 %), bei den Frauen mehr als verdoppelt (212 %).

Deutliche Unterschiede sind bei den Jugendlichen und Heranwachsenden festzustellen. Bei jugendlichen (41 %) und heranwachsenden (73 %) Frauen lagen die Verurteilungszahlen 2011 deutlich unter denen von 1982, während sich bei Männern die Zahl der Verurteilungen für Jugendliche (185 %) und für Heranwachsende (152 %) deutlich erhöht hat. Dieser enorme Anstieg an Verurteilungen unter jugendlichen und heranwachsenden Männern fand vor allem zwischen 1995 und 2000 statt. Zwischen den Jahren 2000 und 2005 hat es in diesen Gruppen kaum Veränderungen gegeben. Von 2005 bis 2008 hat sich die Zahl der

verurteilten männlichen Jugendlichen fast halbiert (-43 %), von 2008 bis 2011 gab es keine weiteren Veränderungen. Die Zahl der weiblichen jugendlichen Verurteilten sinkt kontinuierlich seit 2002 (Index: 118) und betrug 2011 im Vergleich zu 1982 nur noch 41 %. Unter heranwachsenden Männern ist die Zahl der Verurteilungen seit 2001 (Index: 222) rückläufig (Index 2011: 152). Während es unter weiblichen Heranwachsenden zwischen 2000 (Index: 96) und 2009 (Index: 96) nur leichte Schwankungen gab, sinkt die Zahl 2010 deutlich und lag im Jahr 2011 bei 73 % (Abbildung 9.4). Angaben zu Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz finden sich in Standardtabelle 11.



Statistisches Bundesamt 2012a.

Abbildung 9.4 Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz

Laut Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich (BADO) 2011 (Buth et al. 2012) hatten im Jahr 2011 über ein Drittel der im Hamburger ambulanten Suchthilfesystem betreuten Klienten Probleme mit der Justiz (36,3 %). Dieser Anteil ist nach einem zwischenzeitlichen Anwachsen auf 42 % wieder unter das Niveau des Jahres 2005 gesunken und war 2011 im Vergleich zum Vorjahr stabil. Insbesondere der Anteil der Klienten, die sich aktuell in Haft (Erwachsene in U-Haft oder Strafhaft) befinden, ist von 2005 bis 2010 zurückgegangen, von 2010 auf 2011 wieder leicht gestiegen (2005: 17 %; 2010: 13,6 %; 2011: 14,2 %). Zeitgleich hat der Anteil der Personen mit Bewährungsauflagen zugenommen (von 6 % auf 8,5 %). Am stärksten justiziell belastet sind die Opiatklienten, die etwa zur Hälfte (49,1 %) angeben, aktuell Probleme mit der Justiz zu haben. Opiatklienten weisen außerdem den höchsten Anteil an Personen in Haft auf (19,6 %) und haben besonders häufig Gerichtsverfahren (14,5 %) oder Bewährungsauflagen (10,9 %). Innerhalb der Cannabisgruppe (34,8 % mit aktuellen justiziellen Problemen) ist zwischen männlichen und weiblichen Klienten zu unterscheiden. So haben aktuell 39,2 % der Männer, aber nur 10,9 % der Frauen Probleme mit der Justiz, und auch der Anteil der sich in Strafhaft befindenden Personen ist bei den männlichen Klienten mit 11,7 % um ein Vielfaches höher als bei den Klientinnen (1,3 %).

Mehr als die Hälfte der im Jahr 2011 betreuten und in der BADO Hamburg dokumentierten Klienten ist bereits mindestens einmal im Leben verurteilt worden (51,5 %). Dieser Anteil ist zwischen 2005 und 2010 um fünf Prozentpunkte zurückgegangen und von 2010 auf 2011 wieder leicht gestiegen (2005: 56,0 %; 2010: 50,8 %; 2011: 51,5 %). Hinsichtlich der Art der Delikte ist in diesem Zeitraum insbesondere ein Rückgang des Anteils der Betäubungsmitteldelikte (von 37 % auf 29,1 %), der Beschaffungskriminalität (von 29 % auf 24,5 %) und der anderen bzw. unbekanntem Delikte (von 28 % auf 24,8 %) zu beobachten. Der höchste Anteil an Verurteilten ist wiederum in der Opiatgruppe zu finden (81,5 %). Ca. zwei Drittel haben hier bereits Verurteilungen wegen Betäubungsmitteldelikten (65,6 %), über die Hälfte wegen Beschaffungsdelikten (53,6 %), über ein Drittel wegen unbekannter bzw. anderer Delikte (41,1 %) und ein Viertel wegen Körperverletzungsdelikten (25,4 %). Ein Drittel der Cannabisklienten ist mindestens einmal im Leben verurteilt worden (35 %). Am häufigsten waren hier Körperverletzungen und andere/unbekannte Delikte mit 15,3 % bzw. 15,6 %, gefolgt von Betäubungsmitteldelikten (10,8 %), Beschaffungskriminalität (8,2 %) und Alkohol-/oder Drogeneinfluss am Steuer (4,7 %).

Wie sich schon im Hinblick auf die aktuelle justizielle Belastung zeigte, gibt es in der Gesamtklientel auch bei den Verurteilungen große geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Frauen wurden insgesamt seltener verurteilt (w: 32,1 %; m: 57,1 %) und weisen auch bei allen Delikten geringere Anteile an Verurteilten auf als die Männer. Besonders deutlich wird dies beim Delikt der Körperverletzung, für welches etwa jeder vierte Mann (22,3 %), aber nur jede sechzehnte Frau verurteilt wurde (5,9 %).

Insgesamt gaben 38,4 % aller im Jahr 2011 betreuten und von der BADO Hamburg dokumentierten Klienten an, in ihrem bisherigen Leben schon einmal in Haft gewesen zu sein. Dies sind sieben Prozentpunkte weniger als noch im Jahr 2005. Der weitaus größte Anteil an Klienten mit Haftenerfahrung ist in der Opiatgruppe zu finden (68,5 %), wohingegen nur 21,2 % der Cannabisklienten Haftenerfahrung haben. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass der Anteil der Haftenerfahrenen bei den Männern (44,3 %) etwa doppelt so hoch liegt wie bei den Frauen (22,2 %).

Bei der Frankfurter MoSyD-Szenebefragung gaben 2012 75 % aller befragten Konsumenten „harter Drogen“ an, mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein, im Schnitt rund vier Jahre. Häufigster Haftgrund war das Absitzen von Geldstrafen (u. a. wegen Schwarzfahrens), gefolgt von Diebstahl, Drogenhandel, Körperverletzung und Drogenbesitz (Bernard et al. 2013).

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 worden⁸⁴. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Als Anhaltspunkt für die zu berücksichtigenden Grenzwerte der jeweiligen Substanzen können nach der Rechtsprechung die Empfehlungen der sog. Grenzwertkommission dienen. Das sind bei THC 1 ng/ml, bei Morphin 10 ng/ml, BZE 75 ng/ml, bei Ecstasy 25 ng/ml, bei MDE 25 ng/ml und bei Amphetamin 25 ng/ml (Burhoff 2006).

Im Jahr 2012 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 209.637 polizeilich registrierte Verkehrsunfälle mit Personenschaden, an denen 455.713 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren (Tabelle 9.2). Davon standen 14.381 Unfallbeteiligte (6,9 %) unter dem Einfluss von Alkohol und 1.393 (0,7 %) unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ (Statistisches Bundesamt 2013a). Damit setzt sich der seit 2003 rückläufige Trend (nach einem zwischenzeitlichen Anstieg von 2010 auf 2011) bezüglich der Zahl der Unfälle mit Personenschaden und der Zahl der Unfälle unter Alkoholeinfluss fort. Die absolute Zahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel bleibt 2012 im Vergleich zum Vorjahr quasi unverändert, wohingegen der Anteil der Unfallbeteiligten, die unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln standen, von 2011 auf 2012 gestiegen ist (Alkohol 2011: 4,9 %; „andere berauschende Mittel“ 2011: 0,4 %). Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zu Alkohol muss aber nach wie vor mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Tabelle 9.2 Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen

Jahr	Unfälle mit Personenschaden	Fehlverhalten der Fahrzeugführer	Fahrzeugführer unter Einfluss ...	
			von Alkohol	anderer berauschender Mittel
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	320.641	388.181	18.383	1.440
2009	310.806	377.733	16.513	1.281
2010	288.297	350.323	14.237	1.151
2011	306.266	371.821	15.114	1.392
2012	299.637	362.993	14.380	1.393

Statistisches Bundesamt 2013a.

In einer Meta-Analyse auf der Basis von 66 Studien wurde das Risiko auf einen Verkehrsunfall unter dem Einfluss von Drogen ermittelt (Elvik 2012). Es wurden die Odds

⁸⁴ Eine Liste dieser Substanzen findet sich unter http://www.gesetze-im-internet.de/stvg/anlage_105.html (Letzter Zugriff: 02.10.2013)

Ratio zur Unfallbeteiligung berechnet (u. a. für Amphetamine, Schmerzmittel, Antidepressiva, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain, Opiate und Zopiclon). Bei Gebrauch der meisten Substanzen wurden ein kleiner und mittlerer Anstieg im Unfallrisiko beobachtet. Die meisten Studien, die die Dosis-Wirkungsbeziehung evaluiert haben, konnten deren Existenz bestätigen. Effekte von Drogenkonsum auf Unfallrisiko aus gut kontrollierten Studien tendierten dazu, kleiner zu sein als in schlechter kontrollierten Studien.

Selbsterfahrene Kriminalität bei Drogenkonsumenten

In der BADO Hamburg kann unter allen Klienten seit dem Jahr 2005 ein durchweg stabiler Anteil von rund 60 % konstatiert werden, der bereits körperliche Gewalterfahrungen gemacht hat (Buth et al. 2012). Bei den sexuellen Gewalterfahrungen liegt dieser über die Jahre bei gut 20 %. Im Vergleich zwischen den Substanzgruppen müssen in dieser Hinsicht diejenigen Klienten als besonders belastet gelten, die aufgrund einer Opiatproblematik in der Hamburger ambulanten Suchthilfe um Rat suchen. Unter Ihnen berichten im aktuellen Berichtsjahr (2011) mehr als zwei Drittel davon, schon einmal Opfer körperlicher (69,7 %) und mehr als jeder Vierte davon, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein (26,1 %). Am seltensten finden sich sexuelle Gewalterfahrungen bei den Cannabisklienten (12,4 %), und auch körperliche Gewalterfahrungen (55,9 %) treten bei diesen, ebenso wie bei den Alkoholklienten, im Vergleich etwas weniger häufig auf (52,3 %).

Weit gravierender als zwischen den Substanzgruppen sind jedoch die Unterschiede zwischen Klienten männlichen und weiblichen Geschlechts. Dies gilt zwar auch im Hinblick auf körperliche Gewalterfahrungen (w: 67,5 %; m: 58,9 %), in weit stärkerem Maße jedoch für die Frage nach sexuellen Gewalterfahrungen. Demnach berichten im Jahr 2011 über die Hälfte (51,9 %) aller Klientinnen davon, bereits Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, unter den männlichen Klienten sind es hingegen 8,2 %. Unter den Frauen bilden wiederum die Opiatklientinnen die am stärksten betroffene Gruppe. Sie berichten zu mehr als drei Vierteln von körperlichen (78,2 %) und zu knapp zwei Dritteln von sexuellen Gewalterfahrungen im Leben (64,3 %).

9.3 Prävention 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.

Die PREMOS (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) Studie ist eine prospektive Längsschnittstudie an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe von 2694 opioidabhängigen Patienten (Soyka et al. 2012). Untersucht wurden Verurteilungen und kriminelles Verhalten zu Beginn (Baseline) der Studie und nach 6 Jahren aufrechterhaltender Opioidsubstitution (OST) (Follow-up). Zum Follow-up Zeitpunkt befanden sich noch 2.284 Patienten (84,7 %) in OST. Daten zur Kriminalität zum Follow-up Zeitpunkt lagen von 1147 Patienten (70,6 %) vor. Ein Großteil davon (84,5 %) waren vor der Baseline Messung angeklagt oder verurteilt worden, v. a. wegen drogenbezogener Delikte (66,8 %), Beschaffungskriminalität (49,1 %) oder Gewaltdelikten (22,0 %). Die angegebenen Anklagen und Verurteilungen reduzierten sich auf 17,9 % in den letzten 12 Monaten vor dem Follow-up, was auf eine signifikante und klinisch relevante Reduktion des kriminellen Verhaltens von opioidabhängigen Patienten, die sich in aufrechterhaltender OST befinden, schließen lässt. Laut PREMOS kann aufrechterhaltende OST sowohl drogenbezogene als auch Beschaffungskriminalität reduzieren.

9.4 Interventionen im Strafjustizsystem

9.4.1 Alternativen zu Gefängnisstrafen

Nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) kann unter bestimmten Umständen für psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter Maßregelvollzug (MRV) in speziellen Maßregelvollzugskliniken angeordnet werden.

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).

Die vom BMG geförderte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“, die in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW durchgeführt wurde, ist seit April 2013 abgeschlossen. In der Studie standen drei Fragestellungen im Mittelpunkt, die aus unterschiedlichen Perspektiven und auf Basis verschiedener Datenquellen untersucht wurden. Erstens wurde der Frage nachgegangen, ob in den letzten 10 Jahren ein rückläufiger Trend in der Anwendung des § 35 BtMG zu beobachten ist. Dazu wurden Rechtspflegestatistiken sowie Daten aus der ambulanten und stationären Suchthilfe ausgewertet. Zweitens wurde untersucht, ob sich

Drogenabhängige mit einer justiziellen Auflage nach § 35 BtMG in bestimmten Merkmalen von denjenigen unterscheiden, die andere justizielle Auflagen oder keine Auflagen haben. Ein Vergleich dieser drei Gruppen wurde auf Grundlage von Hamburger Daten aus der ambulanten Suchtkrankenhilfe (BADO Hamburg) und stationären Rehabilitation für die Jahre 2010 und 2011 vorgenommen. Bei der dritten Fragestellung ging es um die Wirksamkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Art der Therapiebeendigung. Die Wirksamkeit wurde im Vergleich von zwei Gruppen untersucht; einer Gruppe mit der justiziellen Auflage § 35 BtMG und eine Gruppe aus allen anderen Patientinnen und Patienten. Grundlage für den Gruppenvergleich waren die Daten zur Art der Therapiebeendigung von drei Bundesländern – NRW, Schleswig-Holstein und Hamburg. In diesen drei Bundesländern wurden auch persönliche Interviews mit Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern in Staatsanwaltschaften (Köln, Lübeck, Hamburg) sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen geführt, um die Erfahrungen aus der Praxis einbeziehen zu können. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Unterbringung von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB ist von 2001 bis 2011 enorm angestiegen ist; im Zeitraum von 10 Jahren hat sich die Unterbringung § 64 StGB bei männlichen Verurteilten nahezu verdoppelt und bei weiblichen Verurteilten sogar vervierfacht. Deutlich wurde zudem, dass nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme Drogenabhängige zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß §§ 35, 36 BtMG unterstellt werden. Nach Auskunft der interviewten Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger ist dies durch die deutlich verringerte Dauer der stationären Drogentherapie begründet. Der Anteil an Bewährungsunterstellungen im Anschluss an die Rehabilitation hat sich zwischen 2001 und 2010 mehr als verfünffacht. Im Hinblick auf die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG zeigt sich kein Trend in Richtung einer Abnahme. Etwa 30-45% aller Therapieantritte erfolgen gemäß § 35 BtMG. Nur geringfügige Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die reguläre Beendigung der stationären medizinischen Rehabilitation zwischen den Gruppen mit einer justiziellen Auflage nach § 35 BtMG und ohne eine solche Auflage. Eine reguläre Therapiebeendigung lag bei 50 % aus der § 35 BtMG-Gruppe vor, sie war damit erfolgreicher als die Gruppe ohne diese Auflage mit 43,0 % regulären Therapiebeendigungen.

Insgesamt melden externen Suchtberater in bayerischen Justizvollzugsanstalten, dass seit 2010 die Vermittlungszahlen nach § 35 BtMG spürbar rückläufig sind (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 2013, persönliche Mitteilung). Gründe hierfür sehen die Berater vor Ort v. a. in dem sehr eng ausgelegten Kausalzusammenhang zwischen der BtM-Abhängigkeit und der Straftat. Diese muss jedoch nicht im Drogenrausch begangen worden sein, damit § 35 BtMG zur Anwendung kommen kann. In Betracht kommen z. B. auch Straftaten zur Betäubungsmittelbeschaffung oder Straftaten, die unter Entzugserscheinungen oder aus Angst vor Entzugserscheinungen begangen wurden. Darüber hinaus ist infolge des BGH-Beschlusses vom 04.08.2010 eine Umstellung der Vollstreckungsfolge nicht mehr möglich, was die Vermittlung nach § 35 BtMG zusätzlich erschwert. Die Folge dieser Gegebenheiten ist, dass die ursprünglich vorgesehene Intention "Therapie statt Strafe" in Bayern seltener zur Anwendung kommt. Verschiede Arbeitsgruppen

beschäftigen sich mit diesem Phänomen und versuchen die rückläufigen Vermittlungszahlen nach § 35 BtMG zu stoppen.

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 vermeiden⁸⁵.

Auf Staatsanwaltschaftlicher Ebene besteht für Jugendliche⁸⁶ und Heranwachsende⁸⁷, 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 fast allen 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-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).

9.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum in Gefängnissen

Da der Anteil von Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten verwendet. Diese Schätzung ist jedoch relativ ungenau, da auf diese Weise einerseits Personen berücksichtigt werden, die zwar im Zusammenhang mit Drogen gegen das Gesetz verstoßen haben, selbst jedoch keine illegalen Substanzen konsumieren, wie es beispielsweise bei manchen Dealern der Fall sein könnte. Andererseits wird ein großer Teil der Drogenkonsumenten nicht berücksichtigt, da beispielsweise Personen, die aufgrund von Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, in den Statistiken unter anderen Kategorien als BtMG-Verstößen aufgelistet werden.

Zum Stichtag 31.03.2012 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 8.126 Personen (14,0 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs,

⁸⁵ Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der Gefahrenabwehr dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

⁸⁶ siehe Fußnote 83.

⁸⁷ siehe Fußnote 82.

davon waren 6,5 % (526) weiblich, 2,7 % (217) saßen eine Jugendstrafe ab. Von 2006 (gesamt: 64.512; BtMG: 9.579) nach 2012 ist die Gesamtzahl aller Inhaftierten um 10,0 % und die der wegen BtMG-Delikten Inhaftierten um 15,2 % gesunken (Tabelle 9.3). Der Anteil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten an allen Inhaftierten ist seit 2006 bei den Erwachsenen relativ konstant, aber bei den Jugendlichen und Heranwachsenden (insbesondere unter den männlichen Inhaftierten) leicht rückläufig (Statistisches Bundesamt 2012b).

Tabelle 9.3 Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte

		Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungs- verwahrung
		Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
2012	Inhaftierte N	58.073	54.765	3.308	48.717	3.094	5.584	212	466
	BtMG N	8.126	7.600	526	7.398	510	201	16	1
	BtMG %	14,0	13,9	15,9	15,2	16,5	3,6	7,5	0,2
2011	BtMG %	14,7	14,7	15,4	16,0	15,8	4,6	10,7	0,2
2010	BtMG %	14,6	14,5	16,2	15,8	16,7	5,0	10,2	0,2
2009	BtMG %	15,0	14,9	16,5	16,2	17,0	5,1	10,5	0,4
2008	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

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

Statistisches Bundesamt 2012b.

Rechtliche Rahmenbedingungen

In den meisten Bundesländern Deutschlands gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976. Es regelt „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30. Juni 2006 vom Bundestag beschlossen worden und am 1. September 2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG wird schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§ 125a GG), die sich teilweise auf das StVollzG berufen. Aktuell gilt das StVollzG noch in 6 Bundesländern. Eigene Landesgesetze gibt es mittlerweile in Baden-Württemberg (JVollzGB seit dem 01.01.2010), Bayern (BayStVollzG, seit dem 01.02.2010), Niedersachsen (NJVollzG, seit dem 14.12.2007), Hamburg (HmbStVollzG, seit dem 14.07.2009), Hessen (HStVollzG, seit dem 28.06.2010), Brandenburg (BbgJVollzG, seit dem 01.06.2013), Mecklenburg-Vorpommern (StVollzG M-V, seit dem 01.06.2013), Rheinland-Pfalz (LJVollzG, seit dem 01.06.2013), Sachsen (SächsStVollzG, seit dem 01.06.2013) und im Saarland (SLStVollzG, seit dem 01.06.2013). Die Landesgesetze orientieren sich größtenteils am bundesweiten

Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details. Beispielsweise richten sich Art und Umfang der Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitsfürsorge in allen fünf Bundesländern mit eigenem Strafvollzugsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V)⁸⁸.

Unter dem siebten Titel des StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen geregelt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§ 56 StVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§ 58 StVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten die Vorschriften des SGB V (§ 61 StVollzG). Im StVollzG werden keine gesonderten Aussagen über Drogen, Substitution oder Sucht getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung bzw. die Landesunfallversicherung (BMJ 2009).

Zwar unterscheiden sich die Landesgesetze kaum vom StVollzG und auch kaum untereinander, dennoch gibt es feine Unterschiede. Im Hessischen Strafvollzugsgesetz wird das Recht der Gefangenen auf psychologische oder psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung geregelt (§ 26 Abs.2 HStVollzG). In Niedersachsen, Hessen und Baden-Württemberg werden darüber hinaus explizit präventive Maßnahmen erwähnt: In Niedersachsen wird das Recht der Gefangenen auf Schutzimpfungen (§ 57 Abs. 1 NJVollzG) gesetzlich geregelt. In Hessen und Baden-Württemberg wurde die Notwendigkeit zur Aufklärung der Gefangenen über eine gesunde Lebensführung schriftlich festgehalten (§ 23 Abs. 1 HStVollzG und § 32 Abs. 1 JVollzGB). In Hessen und Baden-Württemberg wird darüber hinaus auf die Möglichkeit von Kontrollen zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs hingewiesen (§ 4 HStVollzG und § 64 JVollzGB).

Implementierung des Äquivalenzprinzips

Mit der Resolution 37/194 der Vollversammlung der Vereinten Nationen (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1982) wird festgehalten, dass das Gesundheitspersonal im Gefängnis die Pflicht hat, Gefangene in der Bewahrung ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen und sie im Krankheitsfall unter den gleichen Qualitätsstandards zu behandeln, die Nichtinhaftierten zugutekommen. Der Europarat empfiehlt für den Umgang mit Gefangenen und Verwahrten unter der Überschrift „Equivalence of care“ (Äquivalenzprinzip), dass die Gesundheitspolitik in Gefängnissen der nationalen Gesundheitspolitik entsprechen und in diese integriert werden soll. Darüber hinaus können Bedingungen im Gefängnis, die die Menschenrechte der Gefangenen verletzen, nicht durch einen Mangel an Ressourcen gerechtfertigt werden (CPT 2010).

⁸⁸ Das SGB V regelt Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern, wie beispielsweise Ärzten, Zahnärzten und Apothekern.

In Deutschland regeln die Strafvollzugsgesetze selbst, welche medizinischen Leistungen Gefangene beanspruchen können und verweisen bezüglich Art und Umfang auf das Sozialgesetzbuch (SGB V) (Meier 2009). Demnach können Gefangene nicht das gesamte, für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbindliche Leistungsspektrum in Anspruch nehmen.

Behandlung

In einem systematischen Review von Hedrich et al. (2012) wurde ein Überblick gegeben über die Effektivität von aufrechterhaltender Substitutionsbehandlung (opioid maintenance treatment, OMT) im Gefängnissetting. Ergebnisse zeigen, dass die Vorteile von OMT im Gefängnissetting vergleichbar sind mit denen in der Allgemeinbevölkerung. OMT stellt eine Möglichkeit dar, um problematische Opioidkonsumenten dazu zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben, um illegalen Opioidkonsum und Risikoverhalten im Gefängnis zu reduzieren und möglicherweise auch um Überdosierungen nach Haftentlassungen zu minimieren. Wenn es eine Anbindung an gemeindenahe Behandlungsprogramme gibt, erleichtert OMT im Gefängnis auch die Kontinuität von Behandlung und hilft dabei, langfristige positive Effekte zu erzielen.

In einer Untersuchung wurden drogenkonsumierende Menschen befragt, die während der vergangenen zwei Jahre aus einer bayerischen JVA entlassen worden waren (Schäffler & Zimmermann 2012). Die Untersuchungsteilnehmer antworteten auf Fragen zur Substitution vor und nach Haftantritt, zu ihrem Drogenkonsum vor und während der Haft, zu Mehrfachbenutzung von Spritzbesteck, Zufriedenheit mit intramuralen Hilfeangeboten, Form und Empfinden der Entgiftung in Haft, Zeitpunkt des ersten Konsums nach Haftentlassung sowie zum Infektionsstatus. Die Ergebnisse zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Drogenabhängige in bayerischen Haftanstalten zahlreichen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind. Eine Vielzahl der befragten Inhaftierten konsumiert während des Haftaufenthalts intravenös und hochriskant sowie knapp 50 % am ersten Tag nach Entlassung. Der Substitutionsrate in Freiheit gegenübergestellt befindet sich in Haft ein verhältnismäßig geringer Teil der Konsumenten in Substitution. Etwa 2/3 der drogenabhängigen Gefangenen verspüren zudem sehr oft oder oft Suchtdruck und sind äußerst unzufrieden mit der medizinischen Versorgung sowie dem Umgang seitens des medizinischen Personals. In einer Übersichtsarbeit zur suchtbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland kommen die Autoren zu einem ähnlichen Schluss (Jakob et al. 2013b). Obwohl die Raten Suchtmittel konsumierender Inhaftierter um ein Vielfaches über denen der Allgemeinbevölkerung liegen und ein umfassendes intramurales Behandlungsangebot erfordern, existieren trotz Äquivalenzprinzip deutliche Unterschiede zwischen intra- und extramuraler Behandlung Suchtmittel konsumierender oder abhängiger Personen. Zudem führt das Fehlen verbindlicher bundesweiter Richtlinien zur suchtbezogenen Gesundheitsversorgung in Haft zu Unterschieden in der Art und Verfügbarkeit von Therapieangeboten zwischen den Bundesländern.

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (StMJV) (2013, persönliche Mitteilung) strebt eine flächendeckende Qualifizierung der in den bayerischen JVA's tätigen Ärzte an. 2013 werden somit voraussichtlich 28 Ärzte im bayerischen Justizvollzug über die notwendige suchttherapeutische Qualifikation nach den Anforderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und den Richtlinien der Bundesärztekammer verfügen und sind damit qualifiziert und befugt, eine Substitution durchzuführen.

Die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren berichtete für das Jahr 2012, dass insgesamt 2.511 Klienten aus sächsischen Justizvollzugsanstalten beraten wurden (SLS 2013a). Bedingt durch die besondere Altersstruktur der Klienten in der externen Suchtberatung als auch durch die Zusammenhänge von Drogenkonsum und Delinquenz, war eine Diagnose im Bereich der illegalen Drogen im Kontext der JVA sehr verbreitet und aktuell bei annähernd 68 % der Klienten zu registrieren. Von 2010 nach 2012 hat sich dieser Anteil um 12 Prozentpunkte erhöht. Stimulantien sind mit 55 % die vorherrschenden Problemsubstanzen im Bereich der illegalen Drogen. Davon beziehen sich 90 % auf eine Crystal-Problematik. Probleme im Zusammenhang mit Opioiden werden bei 23 % der Klienten registriert. Andere Substanzen spielen eine untergeordnete Rolle.

Seit 2008 liegt ein eigener Tabellenband der Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) für externe ambulante Beratung im Strafvollzug vor (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013b). Da dieser Tabellenband für das Berichtsjahr 2012 nur zwölf Einrichtungen umfasst (2011: zwölf Einrichtungen; 2010: acht Einrichtungen) 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 2012 im Gefängnis ambulante Hilfe in Anspruch nahmen, betrug 29,3 Jahre (N= 1.335) (2011: 29,7 Jahre), das der Frauen 29,8 Jahre (N=16) (2011: 30,8 Jahre). Bemerkenswert ist, dass 56,3 % (2011: 70,4 %) der inhaftierten Frauen, die wegen einer Drogenproblematik in Behandlung waren, wegen einer primären Opioidproblematik behandelt wurden, während der Anteil bei den Männern nur 24,9 % (2011: 31,6 %) beträgt. Im Gefängnis ist der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose (HD) Stimulantien (44,5 %) in Behandlung deutlich höher als bei den ambulant Behandelten in Freiheit (vgl. Tabelle 5.2). Im Gegensatz dazu spielt bei Männern eine Behandlung im Gefängnis aufgrund von Kokain (8,1 %) und Cannabis (21,2 %) eine ähnliche große Rolle wie in Freiheit. Bei den inhaftierten Frauen sind nur fünf Fälle aufgrund einer HD Stimulantien, zwei Fälle aufgrund HD Kokain und kein Fall aufgrund HD Cannabis dokumentiert (Tabelle 9.4).

Tabelle 9.4 Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen

Hauptdiagnose	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Opioide	332	24,9	9	56,3	341	25,3
Kokain	108	8,1	2	12,5	110	8,2
Stimulanzien	594	44,5	5	31,3	599	44,4
Hypnotika/Sedativa	8	0,6	0	0,0	8	0,6
Halluzinogene	4	0,3	0	0,0	4	0,3
Cannabinoide	283	21,2	0	0,0	283	21,0
Multiple/and. Substanzen	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Gesamt	1332	100,0	16	100,0	1348	100,0

Pfeiffer-Gerschel et al. 2013b.

9.5.1 Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten

Das Justizministerium NRW hat neue Verordnungen veröffentlicht, die den Umgang mit ansteckenden Erkrankungen in Justizvollzugseinrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen regeln. Dabei wurde eine Reihe bisheriger Erlasse zu HIV/Aids aufgehoben. Ob damit tatsächlich auch das bisherige Zwangsouting von Gefangenen mit HIV/AIDS aus der Vollzugspraxis verschwindet wird zu prüfen sein (Justizverwaltungsvorschriften-Online 2012).

In der Broschüre „Modelle guter Praxis der HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft“ der Deutschen Aidshilfe (DAH) wird die unzureichende HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft bemängelt. Der DAH zufolge fehlt es u. a. an einem flächendeckenden Substitutionsangebot, sterilen Spritzen und Nadeln, Hepatitis A/B-Impfungen und einem vergleichbaren Behandlungsangebot der Hepatitis C wie außerhalb des Vollzugs. Als gelungene Beispiele für HIV-Prävention im Justizvollzug in Deutschland werden u. a. der Spritzenautomat in der JVA für Frauen in Berlin, die Kondominfotheken in Nordrhein-Westfalen und die Substitutionspraxis in der JVA Bremen genannt (DAH 2013).

Mit Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz vom 29. Juli 2009 wurde eine Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" eingesetzt. Die Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, zunächst eine Erfassung der in den bayerischen Justizvollzugsanstalten bereits vorhandenen Strukturen des Übergangsmanagements vorzunehmen sowie die gewonnenen Erkenntnisse im Sinne von "best practice" für die Vollzugspraxis im Rahmen von Empfehlungen nutzbar zu machen. In Ergänzung des Arbeitsauftrages hat sich die Arbeitsgruppe nicht nur auf Empfehlungen beschränkt, sondern bereits konkrete Maßnahmen der Optimierung des Übergangsmanagements in die Wege geleitet (Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" 2012). In diesem Rahmen werden Gefangene außerdem über Infektionswege und -risiken von HIV und Hepatitis umfassend informiert, für eine Infektionsgefahr sensibilisiert und damit eine entsprechend positive

Verhaltensänderung herbeigeführt. Hierfür stehen Informationsmaterialien zur Verfügung, die auch die notwendige Aufklärung der Gefangenen und der Bediensteten sowohl über HIV als auch über Hepatitis verbessern. Diese Informationsmaterialien liegen auch in den wichtigsten Fremdsprachen vor.

Ausführliche Informationen zu Prävention, Behandlung und Umgang mit Infektionskrankheiten in Gefängnissen finden sich im Sonderkapitel 11 des REITOX-Berichtes 2011.

Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug nach §64 Strafgesetzbuch sind über 50 Prozent der Insassen drogenabhängig, trotzdem findet eine Substitutionsbehandlung nur selten statt (RM 2750, 2426). Für eine Substitution im Maßregelvollzug spricht eine geringere Rate an Rückfällen in den Substanzkonsum (Reduktion unter OST von 25 % auf 2 %), einer reduzierte Kriminalität (die Wahrscheinlichkeit eines „unerwünschten Vollzugsereignisses“ reduziert sich unter OST von 160 % auf 10 %) und ein unter OST reduzierter Anteil an Behandlungsabbrüchen (von 47 % auf 10 %) (Knecht 2013).

9.5.2 Verhinderung von Überdosen 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 fördern. Insbesondere der Übergang von der Inhaftierung zum Leben in Freiheit stellt ein besonderes Risiko für Überdosierungen dar.

Auch in den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Opioid-Substitutionstherapie (OST) (BÄK 2010) wird, vor dem Hintergrund des erhöhten Mortalitätsrisikos von intravenös Drogengebrauchenden (IVD) durch Überdosen nach der Haftentlassung, explizit der Beginn einer OST auch für gegenwärtig Abstinente erlaubt.

Im Bericht der Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" aus dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz wird empfohlen, allen Gefangenen, die im EDV-Verfahren mit dem BtM-Vermerk "Konsum" versehen sind, im Rahmen der Entlassungsverhandlung ein Informationsblatt auszuhändigen. Für Drogenkonsumenten ist die Zeit nach der Haftentlassung aufgrund der Abstinenz oder des reduzierten Konsums während der Haft besonders risikoreich (Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" 2012). Die Arbeitsgruppe "Behandlung und Betreuung suchtkrankheitsgefährdeter bzw. suchtabhängiger Gefangener" hat ein entsprechendes Informationsblatt entwickelt, welches mit der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe abgestimmt wurde. Es enthält neben Warnhinweisen hinsichtlich des Konsums von Drogen nach Haftentlassung wichtige (Notfall-) Adressen und sieht zudem Platz für eine anstaltsspezifische Auflistung relevanter Hilfsangebote vor.

9.6 Reintegration von Drogenkonsumenten nach Haftentlassung

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.

Die Arbeitsgruppe "Übergangsmangement" aus dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz empfiehlt außerdem, suchtkranke Gefangene zu einer an den Justizvollzug anschließenden Langzeittherapie zu motivieren und zu befähigen (Arbeitsgruppe "Übergangsmangement" 2012). Ergänzt werden diese Maßnahmen durch Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zum Thema „Drogenmissbrauch“. Die Aufklärung über die medizinischen und sozialen Folgen des Missbrauchs bezieht auch solche Gefangene mit ein, die bisher keine oder nur wenig Erfahrung mit Drogen haben oder gefährdet erscheinen. Die Arbeitsgruppe geht des Weiteren davon aus, dass die Entlassungsvorbereitung bei denjenigen Gefangenen als gut bezeichnet werden kann, die Kontakt mit der externen Suchtberatung oder den Fachdiensten der Anstalten haben. Letztlich geht es an dieser Stelle aus Sicht der Arbeitsgruppe vor allem darum, auch diejenigen Gefangenen mit Suchtproblematik zu erreichen, die während ihrer Inhaftierung keinen Kontakt zu externer Suchtberatung, Fachdiensten der Anstalt oder sonstigen externen Beratungsstellen aufnehmen.

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 (KT 34) des Bundeskriminalamtes (BKA) durchgeführt. Informationen zu Sicherstellungen liegen ebenfalls vom BKA oder von 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 in der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (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 beruhen auf Sicherstellungen der Polizeidienststellen der Länder, des BKA und der Zollbehörden.

Preis

Ende 2002 haben sich die LKÄ und das BKA über eine erweiterte Erfassung der Informationen zu inländischen Betäubungsmittelpreisen verständigt. Seitdem werden neben den Höchst- und Niedrigstpreisen auch die so genannten "überwiegenden Marktpreise" im Straßenhandel und Großhandel, bei letzterem für 2010 infolge der auf europäischer Ebene auf Initiative der EBDD getroffenen Vereinbarungen zur Datenerhebung erstmals differenziert nach Handelsmengen von 0,5 bis < 1,5 kg (bzw. 500 bis < 1.500 Konsum-

einheiten), 1,5 bis < 10 kg (1.500 bis < 10.000 KE) und 10 kg bis < 100 kg (10.000 bis < 100.000 KE), 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 Landeskriminalamt (LKA) übermittelt. Die LKÄ fassen die Zulieferungen der Messstellen und darüber hinaus vorliegende Erkenntnisse zusammen und übermitteln dem BKA einmal jährlich die aktuellen marktüblichen Betäubungsmittelpreise ihres Bundeslandes in einer Standardtabelle. Auf dieser Grundlage werden vom BKA die durchschnittlichen deutschen Betäubungsmittelpreise 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 beeinflussen können.

Die EBDD hat 2010 ein Manual mit Richtlinien zur Datenerfassung von Betäubungsmittelpreisen im Straßenhandel herausgegeben. Neben Hinweisen zu methodischen Schwierigkeiten wie der geographischen Abdeckung, Repräsentativität und Gewichtungen enthält das Manual auch Beispiele zur Berechnung von Betäubungsmittelpreisen aus einigen europäischen Ländern. In Frankreich bzw. Norwegen und den Niederlanden geben z. B. Expertengruppen aus dem Gesundheitsbereich und der Strafverfolgung bzw. aus verschiedenen „Szenen“ Einschätzungen zum aktuellen Betäubungsmittelpreis ab (EMCDDA 2010).

Auch die Trendscout- und Szenebefragungen im Rahmen des Frankfurter MoSyD liefern Schätzwerte zu Preisen diverser Drogen.

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

Im REITOX-Bericht 2012 wurden bereits die Daten der DAS 2011 zur subjektiven Verfügbarkeit und den Orten der Verfügbarkeit von Cannabis sowie zu Trends der leichten Cannabis-Verfügbarkeit bei 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen dargestellt.

Trendscout-Panel des Monitoringsystems Drogentrends (MoSyD) in Frankfurt/M.

Dem Trendscout-Panel des Monitoringsystems Drogentrends (MoSyD) in Frankfurt/M. sind Informationen zur (subjektiven) Verfügbarkeit von illegalen Drogen in verschiedenen Partyszenen zu entnehmen (Bernard et al. 2013). Demnach ist das Image von Marihuana und Haschisch insbesondere gegenüber dem anderer illegaler Drogen vergleichsweise positiv, obgleich in den vergangenen Jahren von einer Zunahme der Verunreinigungen berichtet wurde. Cannabis wird als sehr leicht erhältlich eingeschätzt. Nach wie vor bevorzugt die große Mehrheit der Konsumenten aus Geschmacksgründen und aufgrund der Rauschwirkung Marihuana gegenüber Haschisch. Zudem wird Haschisch mit einer Ausnahme in allen untersuchten Umfeldern im Vergleich zu „Gras“ als schwerer verfügbar eingeschätzt. Der Trend zum Heimanbau von Cannabis hat sich weiter fortgesetzt. Mittlerweile ist dies sowohl bezüglich Eigenanbaus als auch für den kommerziellen Handel aus vier verschiedenen Szenen dokumentiert. Bekannt ist auch der großflächige Anbau in eigens dafür angemieteten Wohnungen. Zudem wird auch seitens des Headshop-Trendscouts der Verkauf von „Home-Grow-Komplettsystemen“ als steigend eingeschätzt; Natriumdampflampen waren demnach im Jahr 2012 der „Verkaufsschlager“ im betreffenden Laden. Begründet wird die Zunahme mit einem erhöhten Aufkommen gestreckten Marihuanas sowie – gleichzeitig – einer geringeren Verfügbarkeit von Sorten mit einer leichteren Rauschwirkung auf dem Schwarzmarkt. Eine große Mehrheit der Konsumenten aus den einzelnen Szenen tätigten ihre Käufe in privaten Räumen bei ihnen bekannten Dealern, zumeist Stammdealern, bei denen bereits seit Längerem eingekauft wurde. Eine Ausnahme bilden hier Jugendliche aus den Jugendhäusern: In beiden Stadtteilen fanden die Cannabiskäufe überwiegend im öffentlichen Raum statt. Ausschlaggebend für den Verkauf in der Öffentlichkeit sei der Wegfall der elterlichen, häuslichen Kontrolle. Vereinzelt wurden „aggressive“ Verkaufsstrategien geschildert, indem Jugendliche in Grünflächen, Parks oder Sportanlagen direkt von den Verkäufern, teilweise mit bedrohlichem Gestus, angesprochen wurden.

In den elektronischen Tanzszenen ist Amphetamin nach wie vor die am weitesten verbreitete illegale Droge. In diesen Umfeldern besitzt Amphetamin auch ein fast durchgängig positives Image. Die Substanz gilt gemeinhin als kontrollierbar, leistungssteigernd und die eigene soziale Kompetenz erhöhend; weder unmittelbare Notfälle noch indirekte negative Erfahrungen seien im Zusammenhang mit dem Konsum von Amphetamin bekannt. Analog zu dem szenübergreifenden positiven Image wird die Droge auch teilweise unter der Woche von einer Minderheit konsumiert, in einzelnen Szenen mit steigender Tendenz. Bei der Mehrheit der Konsumenten beschränkt sich der Gebrauch aber auf Tanzveranstaltungen am Wochenende. Wegen des niedrigen Preises laden Konsumenten häufig andere Personen zum Konsum ein. Die Droge wird in allen Szenen fast ausschließlich nasal appliziert. Dadurch wird im Club zumeist entweder an versteckten Orten konsumiert oder unmittelbar aus dem Verpackungstütchen auf der Tanzfläche. Generell gilt für Speed szenübergreifend eine hohe Verfügbarkeit bei schwankender Qualität. Der Handel mit der Substanz findet sowohl in privaten Nischen als auch in den Clubs selbst statt. Bezüglich Methamphetamin zeichnet sich eine leichte Bedeutungszunahme ab. Dies betrifft in der Hauptsache die Party-Untergrund-Szene und Teile der Technoszene, in denen im zurückliegenden Jahr geschätzt rund jeder Vierte einmal oder häufiger „Crystal Meth“ konsumiert hat. Begründet wird dieser Anstieg mit dem Verkauf eines angeblich stärkeren Amphetamin-Methamphetamin-Gemischs. Es existiert aber weiterhin kein bekanntes kontinuierliches Angebot in den einzelnen Szenen.

Aus sieben von acht Szenen aus dem Bereich der elektronischen Musik wird von einer Verbreitung von MDMA-Kristallen berichtet. Allgemein ist mit den Kristallen weiter eine Vorstellung einer hohen Qualität assoziiert. Die tatsächliche Qualität wird als konstant gut beschrieben. Aus vier Szenen wird über eine hohe Verfügbarkeit berichtet, bei den übrigen vier über eine leicht abnehmende Tendenz. In diesen letztgenannten Umfeldern hat auch die Verbreitung der Kristalle abgenommen. Das Image von Ecstasytabletten hat sich im Zuge der bereits im letzten Jahr eingetretenen merklichen Qualitätsverbesserung deutlich verbessert. Der Trendscout der Electroclash-Szene geht sogar von einem vergleichbaren Image von MDMA-Pulver bzw. -Kristallen und Ecstasytabletten aus. In vier weiteren Szenen wurde ein Angebot hochwertiger Ecstasy-„Pillen“ beobachtet. Die Skepsis der letzten Jahre, entstanden durch Tabletten mit anderen, unerwünschten Wirkstoffen („böse Pillen“), scheint sukzessive aufgrund positiver Konsumerfahrungen zu verschwinden. Übereinstimmend berichten alle Trendscouts von einer durchweg hohen Verfügbarkeit: Im Unterschied zu den zumeist privat gehandelten MDMA-Kristallen wurde Ecstasy häufig auf Tanzveranstaltungen verkauft; in einer Szene wurde sogar von einem „inflationären“ Angebot mit hoher Konkurrenz gesprochen. Die Anzahl der Konsumenten wird als steigend eingeschätzt, da einige Personen aufgrund des in ihrer Wahrnehmung niedrigeren Preises MDMA in Tablettenform gegenüber Kristallen bevorzugten.

Zur Frage der Verfügbarkeit von Kokain weichen die Aussagen der Trendscouts deutlich voneinander ab. Außerhalb des Bereichs der Technoszenen wird Kokain hinter Cannabis als am zweitbesten verfügbare illegale Droge eingeschätzt. In den Jugendhäusern und der Hip Hop-Szene gilt die Substanz als leicht erhältlich. Einige der Jugendlichen aus den

Jugendhäusern haben begonnen, mit der Droge zu handeln. Der Konsum in diesem Umfeld beschränkt sich auf eine kleine Anzahl von Personen, die Kokain in unregelmäßigen Abständen am Wochenende konsumieren. Die Mehrheit der Jugendlichen lehnt den Konsum weiterhin ab, da er als „zu risikoreich“ empfunden wird. Kokain gilt in mehreren Szenen als elitäre Droge; Verkäufer und Konsumenten gelten als Bestandteil eines exklusiven Kreises. Diese Exklusivität wird zumeist mit dem hohen Kaufpreis sowie einem durch die Medien geschaffenen Image begründet. Andererseits führt dieses mediale Image zur Ablehnung der Substanz in einzelnen Umfeldern wie beispielsweise der Punkrockszene. Nur vereinzelt wird dort Kokain von einer Minderheit zu besonderen Anlässen wie Konzerten oder Geburtstagen konsumiert. Auch aus der Technoszene wird berichtet, dass Kokain eine Droge zu speziellen Gelegenheiten sei. Hauptsächlich werde „Koks“ im häuslichen Bereich bei geselligen Zusammenkünften konsumiert, gelegentlich aber auch auf Tanzveranstaltungen. Aus der Bodybuilding-Szene ist der kommerzielle Verkauf in größeren Mengen an Personen außerhalb der Szene bekannt. Die Qualität wird dabei aufgrund der starken Verwendung von Streckmitteln, die von einem bekannten Apotheker bezogen werden, als schlecht bezeichnet. Aus dem Headshop-Bereich wurde ein Verkaufsanstieg von Hydraulikpressen, die zur Verpackung von Kokain benutzt werden, berichtet.

Bezüglich Halluzinogenen zeigt sich in den elektronischen Musikszenen im Vergleich zu 2011 ein nur leicht verändertes Bild. Nur in drei der acht Szenefelder wurde über ein echtes Angebot von LSD und/oder Psilocybin berichtet. Bei psychoaktiven Pilzen wurde kein kommerzieller Handel beobachtet. In einzelnen Fällen hatten Personen in Zuchtboxen diese in ihren Wohnungen selbst angebaut und vor allem auf Outdoor-Veranstaltungen und Festivals in ihrem Bekanntenkreis unentgeltlich weitergegeben. Aus dem Umfeld eines Trendscouts der Technoszene wurde LSD als gut verfügbar eingestuft.

Im Hinblick auf Verfügbarkeit und Verbreitung von Ketamin ergibt sich hinsichtlich der einzelnen Szenen ein heterogenes Bild. Einerseits nahm in zwei von acht Szenen die Verbreitung laut Angabe der Trendscouts zu, wogegen andererseits in zwei Szenen eine Abnahme beobachtet wurde. In weiteren zwei Szenen, in denen die Verbreitung in den letzten Jahren am höchsten war, wurde von einem Versorgungsdefizit und einer abnehmenden Verfügbarkeit, vor allem gegen Ende des Jahres 2012, berichtet. Mehrheitlich wurde Ketamin in kristalliner Form angeboten; daneben tauchte die Substanz nur selten in flüssiger Form (in Ampullen) auf. Die Trendscouts berichteten, dass die Droge ausnahmslos nasal konsumiert würde. Ketamin wird sowohl auf den Veranstaltungen selbst in den betreffenden Clubs gebraucht, als auch im Anschluss an die Veranstaltungen auf „Afterhours“ bzw. privaten „Chillouts“. Der Kreis derer, die Ketamin auf „Afterhours“ applizieren, scheint gegenüber der Anzahl der auf Partys Konsumierenden tendenziell etwas größer zu sein.

Der Konsum von GHB bzw. GBL („Liquid Ecstasy“, „K.o.-Tropfen“) ist nur noch aus kleinen Teilen der Techno-Szene und der Party-Untergrund-Szene bekannt. Beide Trendscouts berichteten über einen weiteren Bedeutungsverlust der Droge; GHB nimmt im Hinblick auf alle in den Szenen konsumierten legalen und illegalen Drogen nur eine ausgesprochen

periphere Rolle ein. Der Imageverlust und die damit einhergehende geringfügigere Verbreitung sind durch die in der Szene sichtbaren negativen Auswirkungen des Konsums hervorgerufen. In den vergangenen Jahren waren durch GHB- und GBL-Überdosierung regelmäßig Personen auf den Veranstaltungen aufgefallen, die das Bewusstsein verloren hatten. Zudem könnte für den Imageverlust die in den vergangenen Jahren wiederholt zu beobachtende Medienberichterstattung eine Rolle gespielt haben, in der die Substanz als „Vergewaltigungsdroge“ stilisiert wurde. In den entsprechenden Szenekreisen ist nichts über einen irgend gearteten kommerziellen (Klein-)Handel mit GHB/GBL bekannt. Die Droge wurde von den Konsumenten zumeist im Internet geordert. Auf Nachfrage wurde GHB bzw. GBL an Interessierte verschenkt. Aus den Szenen selbst sind im Übrigen keine Fälle von ungewolltem Konsum im Sinne von „K.o.-Tropfen“ bekannt.

Aus der Reggaeszene ist der Konsum von Khat berichtet worden. Dieser betrifft ausschließlich eine kleine afrikanischstämmige Konsumentengruppe. Der Konsum von Khat besteht innerhalb dieser ethnisch geschlossenen Gruppe seit Jahren und hat bisher noch keine weiteren Kreise der Szene erreicht. Der Trendscout geht daher von keinem Bedeutungsanstieg oder Trend aus.

Ein relativ neues Phänomen sind sogenannte Research Chemicals (RC), die, soweit sie dem BtMG noch nicht unterstellt sind, unter Außerachtlassung der Strafbarkeit nach dem Arzneimittelrecht rechtlich irreführend auch als „Legal Highs“ bezeichnet werden. Mit „RC“ werden in Kreisen experimentierfreudiger Drogenkonsumenten synthetische psychoaktive Stoffe unterschiedlicher Stoffklassen (z. B. Piperazine, Cathinone oder auch cannabonomimetische Substanzen) bezeichnet, die (noch) nicht dem Betäubungsmittelrecht unterstellt sind und zum Teil ähnliche Wirkungen wie bekanntere, dem BtMG bereits unterstellte Drogen (z. B. Amphetamine, Ecstasy, Cannabis) erzeugen. Solche Substanzen werden einerseits (zumindest vorgeblich) als Reinsubstanz unter ihren tatsächlichen chemischen Namen über Online-Shops vertrieben. Andererseits sind solche Substanzen (ohne Angabe der konkreten Inhaltsstoffe), verschleiernnd als „Badesalze“, „Düngerpillen“, „Raumluftverbesserer“ o. ä. aufgemacht, über Onlinehändler und zum Teil auch noch über immobile Headshops erhältlich. In jüngster Zeit hat dieser „verschleierte“ Handel allerdings offenbar zugunsten des Verkaufs von RCs als Reinsubstanzen an Bedeutung eingebüßt (Werse et al. 2010, Werse & Morgenstern 2012).

Laut Trendscout-Panel des MoSyD (Bernard et al. 2013) spielen „Legal Highs“ in allen untersuchten Szenen allenfalls eine marginale Rolle. Keinem der Trendscouts sind Personen persönlich bekannt, die regelmäßig Räuchermischungen mit synthetischen Cannabinoiden gebrauchen; nur in Ausnahmefällen (z. B. fehlende Verfügbarkeit oder bevorstehende Drogentests) werden die Produkte von Einzelnen konsumiert. Research Chemicals mit Partydrogen ähnlichen Wirkungen sind, in etwa gleichbleibendem Maße, lediglich in spezialisierten, experimentierfreudigen Kreisen in gewissem Maße verbreitet. Die Mehrheit der Partygänger wurde hingegen als eher konservativ im Konsumverhalten eingeschätzt.

„Szenestudie“ des Centre for Drug Research (CDR) Frankfurt/M.

Laut der „Szenestudie“ des CDR über die „offene Drogenszene“ in Frankfurt/M. (Bernard & Werse 2013) hat sich 2012 die Situation dort im Hinblick auf illegal gehandelte Benzodiazepine deutlich verändert: Nur noch rund ein Fünftel der Befragten hat diese Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert. 2010 lag dieser Wert noch mehr als doppelt so hoch. Diese Verschiebung dürfte in erster Linie auf die Komplettunterstellung von Flunitrazepam (Rohypnol) unter das BtMG zurückzuführen sein, wodurch sich die Verfügbarkeit dieses Medikaments in der Straßen-Drogenszene offenbar stark verschlechtert hat. Anscheinend ist nur eine Minderheit der Konsumenten auf das weitaus leichter erhältliche und mit 1 Euro pro Tablette (im Vergleich zu 4 Euro bei Flunitrazepam) deutlich preisgünstigere Diazepam umgestiegen.

Die Verfügbarkeit von Heroin wurde 2012 wieder etwas geringer eingeschätzt als in der letzten Befragung 2010. Die Verfügbarkeitseinschätzung des Opiats bewegt sich damit aber im Bereich der übrigen Erhebungen. Die entsprechenden Zahlen für Crack haben sich im selben Zeitraum sehr ähnlich entwickelt wie die für Heroin. Im aktuellen Berichtsjahr wird die Verfügbarkeit des Kokainderivats, trotz eines relativ deutlichen Anstiegs der 24-Stunden-Prävalenz, ebenfalls wieder etwas schlechter eingeschätzt. Nach wie vor lässt sich damit schlussfolgern, dass Konsum und Verfügbarkeit von Heroin und Crack nur äußerst bedingt in einem Zusammenhang stehen, zumal die Verfügbarkeit beider Substanzen ohnehin durchweg als sehr hoch eingeschätzt wird. Die niedrigeren Werte aus dem Jahr 2008 sind daher möglicherweise eher durch eine temporär etwas schlechtere allgemeine ‚Versorgungslage‘ zu erklären. Die Verfügbarkeit von Kokainpulver wird zwar weiterhin von der Mehrheit der Befragten als eher schlecht eingeschätzt, gegenüber den Erhebungen zuvor ist der Anteil derer, die Kokain als eher leicht verfügbar beurteilen, allerdings recht deutlich angewachsen. Augenscheinlich hat sich also die Schwarzmarktlage für Kokain wieder verbessert. Signifikant ist auch die Veränderung bei der erstmals im Jahr 2004 erhobenen Verfügbarkeit von Benzodiazepinen: Während nach Angaben der Interviewten diese Stoffe bis 2010 ähnlich leicht erhältlich waren wie Heroin und Crack, ist die Verfügbarkeit der Medikamente in der aktuellen Erhebung relativ deutlich zurückgegangen.

10.2.2 Herkunft der Drogen: Inlandsproduktion versus Importe

Wie in den Vorjahren wurden nach Angaben des BKA (BKA 2013) mit Ausnahme von Cannabis (s. a. Kipke & Flöter 2009) und auch synthetischen Drogen illegale Betäubungsmittel fast ausschließlich aus dem Ausland importiert.

Der umfangreiche Cannabisanbau auf Außenflächen und in Indoor-Plantagen setzte sich auch im Jahr 2012 fort. Einem Anstieg der Zahl sichergestellter Cannabisplantagen⁸⁹ auf 809 (+13 %), steht ein Rückgang der darin aufgefundenen Pflanzen auf 69.617 Stück (-43 %) gegenüber.

⁸⁹ Als Cannabisplantagen zählen Anlagen mit Anbaukapazitäten ab 20 Pflanzen.

Die Zahl der sichergestellten Cannabis-Indoorplantagen stieg im Jahr 2012 auf 665 (+7 %), was auf die deutliche Zunahme der Kleinplantagen auf 491 Anlagen (+23 %) zurückzuführen ist. Hingegen wurden bei den sichergestellten Großplantagen mit 151 Anlagen (-20 %) und bei den Profiplantagen mit 23 Anlagen (-28 %) Rückgänge verzeichnet⁹⁰.

Während die in den Indoor-Kleinplantagen sichergestellte Pflanzenmenge mit 14.330 Stück in etwa jener des Vorjahres entspricht, sank sie bei den Großplantagen auf 33.494 Stück (-28 %) und bei den Profiplantagen auf 16.958 (-68 %).

Neben Cannabis-Indoorplantagen wurden 144 Cannabis-Outdoorplantagen (+47 %) beschlagnahmt. Auch hier beruht die Zunahme auf dem deutlichen Anstieg der Kleinplantagen auf 123 Anlagen (+58 %), während die sichergestellten 18 Großplantagen und drei Profiplantagen in etwa dem Stand des Vorjahres entsprechen⁹¹.

Die in den Outdoor-Kleinplantagen sichergestellte Pflanzenmenge stieg auf 3.487 Stück (+33 %), jene in den Großplantagen sank auf 1.318 Stück (-67 %). In den drei Profiplantagen wurden nahezu keine Pflanzen sichergestellt⁹².

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

Laut Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des BKA-Präsidenten am 25.04.2013 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & BKA 2013) gelangte die größte beschlagnahmte Einzelmeng an Kokain, 268 Kilogramm, auf dem Seeweg nach Hamburg, wo es für den europaweiten Vertrieb zwischengelagert wurde. In weit häufigerer Frequenz als auf dem Seeweg wurde Kokain jedoch per Luftpost oder von Flugkurieren aus Südamerika nach Deutschland geschmuggelt. Die Mehrzahl der Kokain-Sicherstellungen erfolgte dabei im Transit am Flughafen Frankfurt/M. Trotz eines deutlichen Rückgangs der Fallzahl und der Sicherstellungsmenge bei Heroin wurden auch im Jahr 2012 große Einzelmengen dieses Rauschgifts durch Deutschland transportiert. Dies belegt unter anderem eine Lieferung von 250 Kilogramm, die per Frachtschiff von der Türkei über Frankreich nach Bremerhaven geschmuggelt und nach Umladung und Weitertransport auf dem Landweg in den Niederlanden sichergestellt wurde. Afghanistan blieb auch im Jahr 2012 der weltweit größte Opiumproduzent und der wichtigste Heroinlieferant für den europäischen Markt. Bezüglich des Einfuhrschmuggels von Haschisch wurde hingegen die weiterhin hohe Bedeutung Marokkos belegt, da die mit 550 kg größte, in Deutschland sichergestellte Einzelmeng dieser Droge von Marokko über Spanien und Frankreich importiert wurde.

⁹⁰ Als Profiplantage werden Anlagen mit Anbaukapazitäten ab 1.000 Cannabispflanzen, als Großplantagen solche mit Anbaukapazitäten von 100 bis 999 Pflanzen und als Kleinplantagen jene mit Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen erfasst. Anbaukapazitäten sind nicht mit sichergestellten Pflanzenmengen gleichzusetzen (z. B. bei bereits erfolgter Ernte).

⁹¹ Im Jahr 2011 waren 19 Großplantagen und zwei Profiplantagen sichergestellt worden.

⁹² Die Plantagen waren entweder vollständig geräumt, äußere Umstände deuteten auf einen professionellen Anbau oder es wurde Nutzhanf kultiviert.

Köhnemann und Kollegen (2012) haben ein molekulargenetisches Untersuchungsverfahren für Cannabis-Pflanzen entwickelt. Es soll den Ermittlungsbehörden helfen, Cannabis-Handelsrouten aufzudecken und Marihuana-Funde der jeweiligen Anbauplantage zuzuordnen. Mit der neuen Analysemethode sei es zum Beispiel möglich, die Wurzelreste einer Plantage, die auch von legalen Kulturpflanzen stammen könnten, einem Marihuanafund zuzuordnen. Die molekulargenetischen Befunde von Pflanzenteilen würden der Polizei einen wichtigen Herkunftshinweis geben, zum Beispiel, ob Drogenmaterial von einer bestimmten Cannabisplantage stammen kann oder nicht. Außerdem könnte durch den Nachweis von Klonen an mehreren Tatorten in Deutschland auch auf Verbindungen zwischen Plantagen und etwaige Verkaufswege geschlossen werden.

10.3 Beschlagnahmungen

10.3.1 Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen

Im Vergleich der Jahre 2011 und 2012 stiegen die Beschlagnahmungsmengen von kristallinem Methamphetamin (Crystal; +88,3 %), LSD (42,4 %), Haschisch (+36,5 %), psychoaktiven Pilzen (+30,4 %) und Marihuana (+24,9 %), wohingegen die Beschlagnahmungsmengen von Crack (-81,9 %), Heroin (-51,4 %), Ecstasy (-35,4 %), Kokain (-35,2 %) und Amphetamin (-18,1 %) zurückgegangen sind. Während die Sicherstellungsmenge bei Crystal seit einigen Jahren kontinuierlich ansteigt und auf einen „echten“ Trend hindeutet, unterliegen die jährlichen Sicherstellungsmengen von Haschisch und Marihuana aufgrund großer Einzelbeschlagnahmungen, die die Werte deutlich erhöhen oder bei Ausbleiben im Vergleich zum Vorjahr verringern, mitunter starken Schwankungen (BKA 2013). Tabelle 10.1 gibt einen Überblick über die Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland in den Jahren 2010-2012.

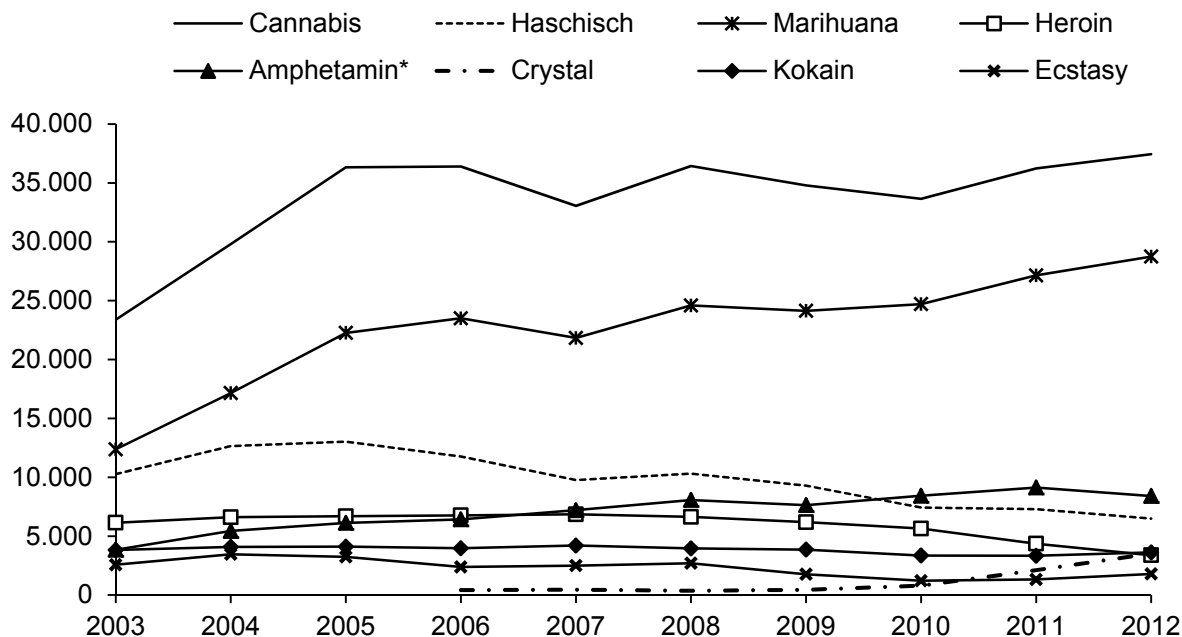
Tabelle 10.1 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2010 bis 2012

Substanz	2010	2011	2012	Veränderung 2011-12
Heroin	474,3 kg	497,8 kg	241,7 kg	-51,4 %
Kokain	3.030,8 kg	1.940,6 kg	1.258,4 kg	-35,2 %
Crack	3,2 kg	2,8 kg	0,5 kg	-81,9 %
Amphetamin	1.176,9 kg	1.368,4 kg	1.120,6 kg	-18,1 %
Crystal	26,8 kg	40,0 kg	75,2 kg	88,3 %
Ecstasy	230.367 KE	484.992 KE	313.179 KE	-35,4 %
Haschisch	2.143,7 kg	1.747,5 kg	2.385,7 kg	36,5 %
Marihuana	4.874,7 kg	3.957,4 kg	4.942,0 kg	24,9 %
LSD	4.279 Tr.	25.978 Tr.	36.988 Tr.	42,4 %
Khat	30.389,3 kg	45.913,8 kg	45.270,1 kg	-1,4 %
Pilze	16,0 kg	13,2 kg	17,3 kg	30,4 %

BKA 2013.

Ein genauerer Indikator für (kurzfristige) Trends ist die Zahl der Sicherstellungsfälle (Abbildung 10.1). Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle von Heroin, Opium, Kokain, Crack, Amphetamin, Crystal, Ecstasy, Cannabisprodukten und LSD lag 2012 (57.519 Fälle⁹³) 3,2 % über der von 2011 (55.756 Fälle). Maßgeblich für die erhöhte Gesamtfallzahl von Sicherstellungen sind die gestiegenen Fallzahlen zu Sicherstellungen von Crack (+67,8 %), Crystal (+66,3 %), Ecstasy (35,1 %), Cannabispflanzen (+22,2 %) und Marihuana (+5,9 %). Deutliche Rückgänge der Sicherstellungsfälle im Vergleich zwischen 2011 und 2012 zeigten sich bei Heroin (-22,5 %) und bei Haschisch (-10,9 %) (BKA 2013).

⁹³ Die Fallzahl beinhaltet Mehrfachzählungen; die Gesamtzahl an Sicherstellungsfällen liegt aufgrund zahlreicher Fälle, in denen mehrere Drogenarten sichergestellt wurden, niedriger.



* In der Kategorie Amphetamin sind auch Methamphetaminsicherstellungen enthalten. Seit 2006 werden allerdings Sicherstellungsfälle von so genanntem "Crystal" gesondert erfasst.

BJA 2013.

Abbildung 10.1 Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 2003 bis 2012

Bei der Betrachtung der sichergestellten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich seit 2000 vor allem deutliche Zunahmen für Amphetamine (Menge: +341 % bzw. Fälle: +220 %) und Rückgänge bei Ecstasy (-81 % bzw. -62 %) (Tabelle 10.2). Die Fallzahlen 2012 für Heroin und Kokain sind im Vergleich zu 2000 mit -58 % bzw. -25 % jeweils deutlich zurückgegangen, wohingegen die Veränderungen bei den Sicherstellungsmengen (Heroin: -70 %; Kokain: +38 %) unterschiedlich ausfallen (BJA 2013).

Tabelle 10.2 Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen

	2012 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine*	Ecstasy	Cannabis**	Pilze	Khat
Fälle	2011	-22 %	+8 %	+6 %	+35 %	+3 %	+4 %	-16 %
Menge	2011	-51 %	-35 %	-15 %	-35 %	-25 %	+30 %	-1 %
Fälle	2000	-58 %	-25 %	+220 %	-62 %	+19 %		
Menge	2000	-70 %	+38 %	+341 %	-81 %	+165 %		

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

* Unter der Kategorie Amphetamine ist auch „Crystal“ subsumiert.

**In der Kategorie Cannabis sind Cannabisharz, Cannabiskraut und Cannabispflanzen enthalten.

BJA 2013.

Im Jahr 2012 wurden in 2.204 Fällen (2011: 1.804) 97.829 Cannabispflanzen (2011: 133.650) beschlagnahmt (Tabelle 10.6), was einen deutlichen Rückgang der sichergestellten Pflanzen (-26,8 %), gleichzeitig aber auch einen deutlichen Anstieg der Fallzahl (+22,2 %) bedeutet. Die Sicherstellungsmenge ist damit wieder auf das Niveau von 2010 gefallen, die Fallzahl ist die höchste seit 2004. Die steigenden Sicherstellungszahlen bei Marihuana (s. 10.3.1) deutet auf eine zunehmende Präferenz für diese Drogenart gegenüber einer verminderten für Haschisch (BKA 2013).

Tabelle 10.3 Sicherstellung von Cannabispflanzen

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menge ¹⁾	68.133	93.936	190.241	135.252	121.663	127.718	101.549	133.650	97.829
Fälle	1.008	1.035	1.121	1.463	1.526	1.359	1.517	1.804	2.204

1) in Stück.

BKA 2013.

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

Zusätzlich zu den in illegalen Drogenlaboren beschlagnahmten Grundstoffen und Chemikalien (s. 10.3.3) wurden 2012 500 kg α -Phenylacetonitril (APAAN) und 1.250 l Salzsäure sichergestellt, welche offensichtlich zur illegalen Betäubungsmittelherstellung bestimmt waren (BKA 2013).

10.3.3 Anzahl von illegalen Laboren und Produktionsstätten

Im Jahr 2012 wurden 24 illegale Drogenlabore sichergestellt, was eine leichte Steigerung gegenüber dem Vorjahr (19 Labore) bedeutet. Es handelte sich um 13 Labore zur Herstellung von Methamphetamin, neun zur Synthese von Amphetamin und jeweils eines zur Produktion von 3,4-Methyldioxyamphetamin (MDA) und von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB). In einem nicht als „klassischen“ Laborfund einzustufenden Fall wurde unter Verwendung von Aceton die applikationsfähige Konsumform einer Kräutermischung („Methylon“) hergestellt. Erstmals wurde in Deutschland ein Synthesefall bekannt, in dem eine aus China eingeschmuggelte spezielle Vorläufersubstanz zu einem Grundstoff umgewandelt (im speziellen Fall wurde aus APAAN der Grundstoff Benzylmethylketon (BMK) synthetisiert) und daraus in einer als Großlabor zu bezeichnenden Produktionsstätte Amphetamin hergestellt. Mit Ausnahme eines anderen Labors, in dem ca. 15 kg Amphetamin hergestellt worden waren, verfügten die übrigen lediglich über Kapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises (BKA 2013).

Insgesamt wurden in den sichergestellten Laboren die Betäubungsmittel Amphetamin (80,1 kg), Methamphetamin (0,04 kg) und GHB (13,0 l) sowie die Grundstoffe Salz- und Schwefelsäure (716,6 l bzw. 71,3 l), Aceton (93,8 l), Ethylether (97,0 l), Benzylmethylketon (BMK; 38,1 l), Toluol (1.163,5 l), Ephedrin (0,01 kg) und Kaliumpermanganat (0,28 kg) sichergestellt. Ferner wurden in den Produktionsstätten die für die Betäubungsmittel-

herstellung signifikanter Chemikalien APAAN (139,0 kg), Nitroethan (131,6 l), Benzaldehyd (93,5 l) und (roter) Phosphor (0,2 kg) aufgefunden (BKA 2013).

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

10.4 Preis / Reinheit

10.4.1 Preise illegaler Drogen auf Wiederverkaufsebene

In Bezug auf die durchschnittlichen Drogenpreise (Tabelle 10.4) wurden von 2011 nach 2012 kaum signifikante Veränderungen festgestellt.

Im Kleinhandel blieben die Preise für Kokain (-1 %), Heroin (+1 %), Marihuana (+2 %), Crystal (-4 %), Haschisch (+4 %), Ecstasy (+6 %), Amphetamin (+8 %) und LSD (+11 %) nahezu unverändert.

Nachdem eine internationale Expertengruppe unter Leitung der EBDD die Harmonisierung der Datenerhebungsverfahren zu Drogengroßhandelspreisen in Europa initiiert hatte, wird seit 2011 eine Differenzierung der Großmengen in Kategorien von 0,5 bis < 1,5 kg (bzw. 500 bis < 1.500 Konsumeinheiten), 1,5 bis < 10 kg (1.500 bis < 10.000 KE) und 10 kg bis < 100 kg (10.000 bis < 100.000 KE) sowie darüber hinausgehende Mengen⁹⁴ vorgenommen und vom BKA umgesetzt. Damit sind zumindest die Daten der Jahre 2011 und 2012 miteinander vergleichbar.

Im Vergleich zu 2011 sind 2012 die Preise für Großmengen von Kokain sowohl für Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg als auch für Mengen von 1,5 bis < 10 kg gesunken. Gesunken sind auch die Preise für Amphetamin bei Mengen von 0,5 bis < 1,5 kg, Ecstasy bei Mengen von 1,5 bis < 10 kg sowie von Amphetamin und Marihuana bei Mengen von 10 bis < 100 kg (die beiden letzten Angaben basieren auf sehr geringer Datengrundlage). Alle anderen Großhandelspreise sind im Vergleich zum Vorjahr entweder unverändert geblieben oder angestiegen. Belastbare Erkenntnisse zu Crackpreisen liegen für das Jahr 2012 nicht vor.

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

⁹⁴ Grundsätzlich sollen auch Daten im Mengensegment über 100 kg erhoben werden. Aufgrund der nur sehr geringen Datenbasis liegen dem BKA diesbezüglich jedoch bislang keine belastbaren Repräsentativwerte vor (Bundeskriminalamt, SO 51).

Tabelle 10.4 Preise verschiedener Drogen 2011 - 2012 (alle Preise in €)

		Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphe- tamin	Crystal	Mari- huana	Hasch- isch	LSD
Kleinmengen ¹⁾										
	2012	42,9	64,9	--	7,0	14,2	75,3	9,1	7,5	10,9
	2011	42,4	65,7	58,5	6,6	13,1	78,7	8,9	7,2	9,8
Änderung		+1 %	-1 %	--	+6 %	+8 %	-4 %	+2 %	+4 %	+11 %
Großmengen ²⁾										
0,5 bis <1,5 kg	2012	27.444	38.786	--	2.642	4.052	33.750*	4.488	2.942	--
(500 bis <1.500 KE)	2011	25.429	45.875	--	2.193	4.453	--	4.151	2.912	--
1,5 bis <10 kg	2012	21.000*	30.900	--	2.150	3.146	--	4.120	2.625	--
(1.500 <10.000 KE)	2011	21.000*	35.400	--	2.808	3.050	--	3.889	1.929	--
10 bis <100 kg	2012	12.000*	--	--	--	1.500*	--	3.500*	2.700*	--
(10.000-100.000 KE)	2011	--	33.000*	--	--	2.350*	--	4.333*	1.900*	--

1) Preis pro Gramm.

* Mittelwert basiert auf sehr geringer Datengrundlage (weniger als fünf Bundesländer)

2) Preis pro Kilogramm.

Bundeskriminalamt SO 51, 2013.

Laut Trendscout-Panel des MoSyD-Jahresberichts Frankfurt/M. (Bernard et al. 2013) ist im Vergleich der Jahre 2011 und 2012 der Preis für Marihuana auf 8,60 €/g (2011: 9,50 €/g) gesunken, während Haschisch unverändert ca. 7,00 €/g kostete. MDMA-Kristalle lagen 2012 mit einem durchschnittlichen Preis von 50 €/g auf dem Preisniveau des Vorjahres. Ecstasytabletten kosteten, ebenfalls unverändert, 8,00 €/KE. Im Jahr 2011 waren diese eher hochpreisigen Tabletten verstärkt auf dem Schwarzmarkt aufgetaucht, was mit einem zumindest vorgeblich erhöhten Wirkstoffgehalt begründet wurde. Preiswertere (4-5 €/KE) und zumeist auch als qualitativ schlechter wahrgenommene „Pillen“ wurden 2012 nur noch selten gehandelt. Der geschätzte Preis für ein Gramm Kokain lag 2012 bei ca. 65 €/g und ist damit gegenüber dem Vorjahr (70 €/g) leicht gesunken. Der Preis für Amphetamin ist seit Jahren relativ konstant; 2012 lag der Schätzwert bei 10 €/g (2011: 11 €/g). Da Amphetamin von einzelnen Mitgliedern der Bodybuilding-Szene in größeren Mengen verkauft wird, gibt es hier Angaben zu Zwischen- bzw. Großhandelspreisen: Beim Kauf von 100 g beträgt er 4 €/g, im Kilogramm Bereich werden 2 €/g gezahlt. Einzelne Dealer hatten sowohl eine Mixtur aus Amphetamin und Methamphetamin für jeweils 15 €/g als auch die Reinsubstanz (Methamphetamin) selbst für 70 €/g im Angebot. Es existiert aber weiterhin kein bekanntes kontinuierliches Methamphetamin-Angebot in den einzelnen Szenen. Aus dem Umfeld eines Trendscouts der Technoszene wurde LSD als gut verfügbar eingestuft; LSD-Trips waren ganzjährig zu einem Stückpreis zwischen 10 €/KE und 15 €/KE erhältlich. Der durchschnittliche Preis von Ketamin hat sich 2012 auf 40 €/g (2011: 30 €/g) erhöht; der Preis einer Ampulle beträgt wie im letzten Jahr ebenfalls 40 €. Die Preiserhöhung hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Substanz in einzelnen kleineren Umfeldern

erstmalig Verbreitung fand, aber auch mit der geschilderten generell schlechteren Verfügbarkeit.

Nachdem der Preis für Heroin nach Angaben der Interviewpartner in der „Szenestudie“ des CDR Frankfurt/M. (Bernard & Werse 2013) zwischen 2003 und 2004 sehr deutlich zurückgegangen war (2003: 75 €/g; 2004: 30 €/g), konnte zwischen 2006 und 2010 ein kontinuierlicher Preisanstieg auf 50 €/g beobachtet werden. Dieser Preis hat sich in der aktuellen Erhebung nicht weiter verändert. Hingegen hatte sich der Preis für ein Gramm Crack zwischen 2002 und 2004 kontinuierlich reduziert (2002: 80 €/g; 2004: 50 €/g), sich dann im Jahr 2008 auf 100 €/g verdoppelt und ist seither unverändert. Insgesamt nur sehr geringe Schwankungen zeigen sich für den Preis von Kokain, dessen Median in allen Erhebungsjahren bei 60 €/g bzw. 70 €/g liegt (2012: 70 €/g). Der Kokainpreis in der „offenen Szene“ entspricht damit weiterhin dem in der Trendscoutbefragung ermittelten Preis für die Substanz in Partyszenen bzw. Jugendkulturen (Bernard et al. 2013). Der Median für die Preisangaben bei Flunitrazepam liegt bei 4 €/g, der für Diazepam bei 1 €/g (andere Benzodiazepine: 1,50 €/g).

Gewinn durch den Verkauf von Marihuana

Nach Erkenntnissen des Kriminaltechnischen Institutes beim Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf können bei sachgerechter Zucht aus einer ausgewachsenen Cannabispflanze mindestens 25 g konsumfähiges Marihuana gewonnen werden. Der Durchschnittswert aus etwa 50 Cannabisplantagen mit erntereifen bzw. geernteten Pflanzen liegt seit etwa fünf Jahren in Nordrhein-Westfalen bei etwas über 40 g an konsumfähigem getrocknetem Marihuana. Bei professionellen Anlagen werden auch über 50 g erreicht. Der für die Ertragserrechnung angenommene Durchschnittswert ist auf 40 g abgerundet. Bei den Berechnungen zum Ertrag einer Cannabisindoorplantage wird der Mindest- und der Durchschnittswert ermittelt, indem die Anzahl der Pflanzen mit der Mindest- (25 g) bzw. der Durchschnittsmenge (40 g) an möglichem konsumfähigem Marihuana multipliziert werden. Das errechnete Gewicht wird dann mit dem aktuellen Straßenverkaufspreis (2012: 9,10 €/g) bzw. mit dem Großhandelspreis (2012: 3.500 €/kg) multipliziert. Von diesen Werten werden dann die Kosten für die Pflanze (ein Steckling kostet z. B. in den Niederlanden 2,50 €) und anteilig für das eingesetzte, wieder verwendbare technische Equipment in Höhe von insgesamt 10 € pro Pflanze abgerechnet. Kosten für die Energieversorgung werden hier nicht angeführt, da in der überwiegenden Zahl der Fälle von sichergestellten Cannabisindoorplantagen der für den Betrieb erforderliche Strom illegal abgezweigt wurde. Im Ergebnis können mit 1.000 Cannabispflanzen Gewinne beim Straßenverkauf zwischen 217.500 € und 354.000 €, beim Großhandel zwischen 77.500 € und 130.000 € erzielt werden.

Für das Jahr 2012 bedeutet das bei 97.829 sichergestellten Pflanzen einen nicht erzielten Profit von 7,6 Mio. € bis 12,7 Mio. € im Großhandel und zwischen 21,3 Mio. € und 34,6 Mio. € im Straßenhandel (Bundeskriminalamt, SO 22, und eigene Berechnungen).

10.4.2 Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen⁹⁵

Zusammensetzung von illegalen Drogen

Heroin, Kokain und Amphetamin

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Cannabis, Ecstasy, Heroin und Kokain sind Auskünfte der Kriminaltechnik des BKA (KT 34) auf Anfrage der DBDD (siehe auch Kapitel 10.1/Reinheit). Abbildung 10.2 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 2003.

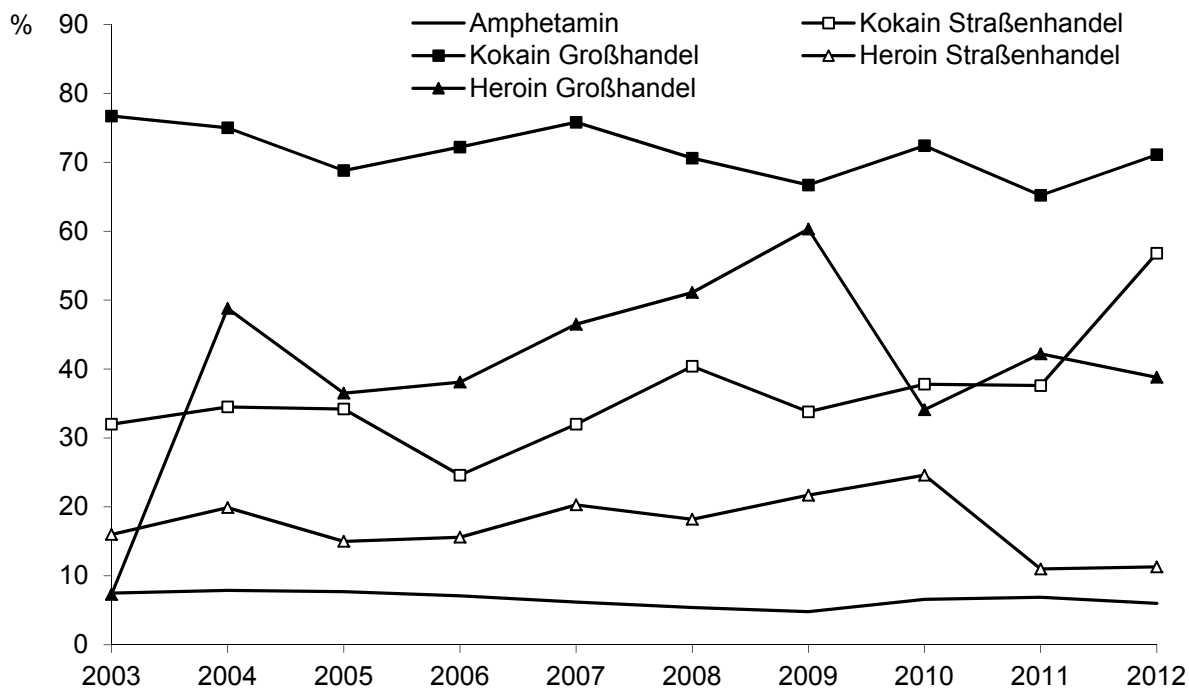
Im Jahr 2012 wurden insgesamt 2.368 (2011: 3.102) Amphetaminproben auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet. Da der Wirkstoffgehalt bei Amphetamin nicht von der Größe der sichergestellten Menge abhängt, wird nicht zwischen Straßenhandel und Großhandelsebene differenziert. Der häufigste Zusatzstoff der ausgewerteten Proben war Koffein, häufigster Verschnittstoff Laktose. Der Wirkstoffgehalt von Amphetamin ist, nachdem er in den beiden Vorjahren etwas gestiegen war (2010: 6,6 %; 2011: 6,9 %) 2012 auf durchschnittlich 6,0 % gesunken.

Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt. Insgesamt wurden im Jahr 2012 2.683 (2011: 2.970) Kokainproben ausgewertet. Auch 2012 liegt der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel mit 71,1 % in der Spannbreite der vergangenen zehn Jahre (um 70 %, +5 %). Im Straßenhandel dagegen erreichte der Wirkstoffgehalt mit einem Anstieg von fast 20 Prozentpunkten im Vergleich zum Vorjahr (2011: 37,6 %) auf 56,8 % den mit Abstand größten Wert der vergangenen zehn Jahre. Als Zusätze wurden vor allem Tetramisol/Levamisol, Phenacetin und Lidocain und als Verschnittstoff Laktose nachgewiesen.

Für 2012 wurden 2.102 (2011: 2.915) Heroinproben hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet (Abbildung 10.2). Zusatzstoffe waren, wie in den Vorjahren, vor allem Koffein und Paracetamol; der häufigste Verschnittstoff war Laktose. Der Wirkstoffgehalt des Heroins im Straßenhandel hat sich, nachdem er sich von 2010 nach 2011 halbierte, auf dem Niveau des Vorjahres stabilisiert (2012: 11,3 %; 2011: 11,0 %). Im Großhandel unterlag der Wirkstoffgehalt des Heroins großen Schwankungen: Zwischen 2005 (36,5 %) und 2009 (60,3 %) hat sich die Reinheit des Heroins nahezu verdoppelt, ist dann 2010 sehr stark auf 34,1 % gesunken und betrug 2011 42,2 % sowie 2012 38,8 %.

Die aktuellen Werte sind den Standardtabellen 15 und 16 zu entnehmen.

⁹⁵ Die Zahlen für die Wirkstoffgehalte stammen aus der Kriminaltechnik des Bundeskriminalamtes (KT 34). Die Interpretation der Daten wurde von der DBDD vorgenommen.



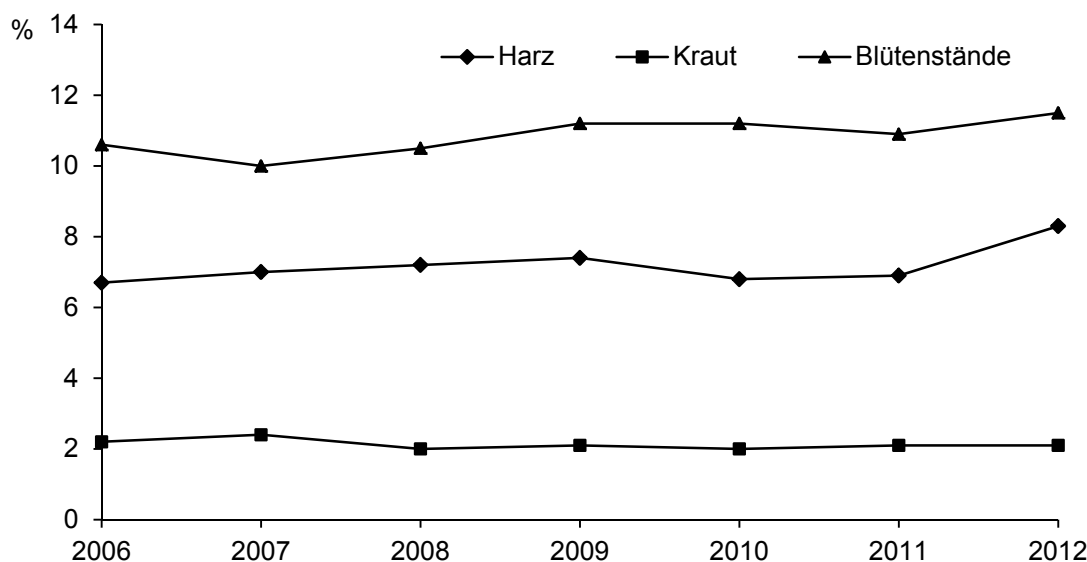
Bundeskriminalamt KT 34, 2013.

Abbildung 10.2 Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetamin

Cannabis

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 Bestimmung des THC-Gehalts⁹⁶ erfolgte 2012 auf der Basis von gemeldeten Datensätzen zu 2.898 Proben Cannabiskraut, 5.542 Proben mit Blütenständen und 2.015 Proben Haschischharz durch die Labore von BKA, LKÄ und Zollbehörden. Die Blütenstände hatten 2012 einen Wirkstoffgehalt von 11,5 % (2011: 10,9 %), das Cannabiskraut von 2,1 % (2011: 2,1 %). Seit der getrennten Erfassung im Jahre 2006 hat es weder bei den Blütenständen (um 11 %) noch beim Cannabiskraut (um 2 %) wesentliche Veränderungen gegeben. 2012 betrug der Wirkstoffgehalt in Cannabisharz 8,3 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (2011: 6,9 %) um 1,4 Prozentpunkte gestiegen (Abbildung 10.3).

⁹⁶ Bei den gemeldeten Wirkstoffgehalten wird das bei thermischer Belastung zusätzlich entstehende Tetrahydrocannabinol (THC) mit berücksichtigt.



Bundeskriminalamt KT 34, 2013.

Abbildung 10.3 Wirkstoffgehalt von Cannabis

Ecstasy

Im Jahr 2012 wurden für insgesamt 413.010 Tabletten und Kapseln (2011: 754.876) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet – die Wirkstoffgehalte mitgeteilt. 94,9 % (entsprechend 392.013) aller Konsumeinheiten (2011: 99,6 %) enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate). Bei den Monopräparaten dominierte 3,4-Methylenedioxy-N-methyl-amphetamin (MDMA) mit einer Häufigkeit von 98,6 %, gefolgt von 1-(3-Chlorphenyl)piperazin (m-CPP), Methamphetamin, Amphetamin und MDE (jeweils < 0,1 %).

Für die einzelnen psychoaktiven Stoffe der Monopräparate sind die als Base berechneten Wirkstoffgehalte in Tabelle 10.5 dargestellt. Demnach ist der mittlere Wirkstoffgehalt von MDMA seit 2008/09 (51 bzw. 50 mg/KE) in den Folgejahren jeweils gestiegen (2010: 58 mg/KE; 2011: 73 mg/KE) und lag 2012 bei 83 mg/KE. Bei den Mono- und Kombinationspräparaten wurden als Beimengungen am häufigsten Laktose, Cellulose und Koffein gemeldet.

Tabelle 10.5 Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE

Wirkstoff	Menge				Median			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
MDMA	0,6-170	0,1-140	6-242	1-216	50	58	73	83
Amphetamine	0,2-37	0,3-21	0,4-54	2-11	2	3	5	5
Methamphetamin	0,1-15	1,7-33	7-14	11-21	0,5	5	12	12
m-CPP 1(-3-Chlorphenyl)piperazin	2,7-53	0,1-100	0,2-39	5-46	27	30	29	21

Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base.

Bundeskriminalamt KT 34, 2013.

TEIL B: BIBLIOGRAPHIE UND ANHANG

11 Bibliographie

11.1 Literatur zum Bericht

- Aden, A., Stolle, M. & Thomasius, R. (2011). Cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Diagnostik, Komorbidität und Behandlung. Sucht **57** (3) 215-230.
- aerzteblatt.de (2013). Computerprogramm erleichtert die Erkennung von Medikamentenmissbrauch [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55159/Computerprogramm-erleichtert-die-Erkennung-von-Medikamentenmissbrauch> [letzter Zugriff: 20-08-2013].
- Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V. & Deutsche Leberstiftung (2013). Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland. Aktionsbündnis "Hepatitis und Drogengebrauch", Deutsche Leberhilfe e.V., Deutsche Leberstiftung, Berlin, Hannover.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" (2012). Optimierung des Übergangsmanagements in den bayerischen Justizvollzugsanstalten. Bericht der Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement". Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, München.
- Backes, H. & Schönbach, K. (2002). Peer Education – ein Handbuch für die Praxis; Basisinformationen, Trainingskonzepte. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Backmund, M. (2013). Hepatitis-C-Tripletherapie. Können opioidabhängige Patientinnen und Patienten erfolgreich behandelt werden? Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (1) 6-9.
- Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **8** (3) 129-133.
- Backmund, M., Forestier, N., Isernhagen, K., Klinker, H., Naumann, U., Reimer, J., Teuber, G., & Tietje, W. (2012). Aktuelle Aspekte zur HCV-Triple-Therapie bei Suchtpatienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **14** (6) 265-271.
- Baier, D. & Rabold, S. (2012). Kinder- und Jugenddelinquenz im Bundesland Saarland. Forschungsbericht Nr. 120. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Hannover.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der

- Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- Barrett, S. P., Darredeau, C., Bordy, L. E., & Pihl, R. O. (2005). Characteristics of Methylphenidate Misuse in a University Student Sample. Canadian Journal of Psychiatry **50** (8) 457-461.
- Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. Journal of Applied Behavior Analysis **2** (2) 119-124.
- Baumgärtner, T. & Kestler, J. (2013). Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. Kurzbericht. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg.
- Bechdorf, A., Pohlmann, B., Güttgemanns, J., Geyer, C., Lindner, K., Ferber, C., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012). Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Ergebnisse einer randomisierten Studie. Der Nervenarzt **83** (7) 888-896.
- Becker, B., Wagner, D., Köster, P., Bender, K., Kabbasch, C., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Daumann, J. (2013). Memory-related hippocampal functioning in ecstasy and amphetamine users. A prospective fMRI study. Psychopharmacology **225** (4) 923-934.
- 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.
- Bernard, C. & Werse, B. (2013). MoSyD Szenestudie 2012. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research - Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
- Bernard, C., Werse, B. & Schell-Mack, C. (2013). MoSyD Jahresbericht 2012. Drogentrends in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research (CDR), Frankfurt.
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pérès, K., Kurth, T., & Pariente, A. (2012). Benzodiazepine Use and Risk of Dementia: Prospective Population Based Study. British Medical Journal 1-12.
- Bischof, G., Iwen, J., & Rumpf, H.-J. (2013). Behandlungsmotivation Angehöriger nicht behandlungsbereiter Suchtkranker und deren Auswirkung auf Behandlungsergebnisse des Community Reinforcement and Family Trainings CRAFT. Suchttherapie **14** (2) 78-83.
- BKA (Bundeskriminalamt) (1999). Rauschgiftjahresbericht 1998. Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- BKA (Bundeskriminalamt) (2013). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2012 – Tabellenanhang. BKA, Wiesbaden.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (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/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/> [letzter Zugriff: 23.10.2013].

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013). Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Thema: Benzodiazepine und Z-Substanzen - Konzepte zur Risikoreduktion bei älteren Patientinnen und Patienten. 1-8.
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2013). Polizeiliche Kriminalstatistik 2012. BMI, Berlin.
- BMJ (Bundesministerium der Justiz) (Hrsg.) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatoren Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. Berlin.
- Böger, R. & Schmidt, G. (2012a). Antirheumatika und Antiphlogistika. In: Arzneiverordnungs-Report 2012, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 447-467. Springer, Heidelberg.
- Böger, R. & Schmidt, G. (2012b). Analgetika. In: Arzneiverordnungs-Report 2012, U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), S. 263-279. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2013). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2013, Bonn.
- Boywitt, C. D., Zwingmann, C., Behrendt, R., & Schneitler, H. (2012). Evaluation der psychosozialen Betreuung Opiatabhängiger in Substitutionsbehandlung. Sucht **58** (4) 269-276.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohen, P., & Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. Archives of General Psychiatry **59** (11) 1039-1044.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (im Druck). BZgA, Köln.
- 465
- Bundesgesetzblatt (2013). Siebenundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften. Vom 9. Juli 2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 37, S. 2274, Bonn.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007. BZgA, Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2011a). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Frischmann GmbH & Co. KG, Amberg.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2011b). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012a). Jahresreporting 2011 zum Internetauftritt www.rauchfrei-info.de (nicht veröffentlicht).
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2013). Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln.
- Burhoff, D. (2006). Praktische Fragen der Drogenfahrt nach § 24a Abs. 2 StVG [online]. Verfügbar unter: http://www.burhoff.de/insert/?/veroeff/aufsatz/zap_f9_s781.htm [letzter Zugriff: 06.08.2013].
- Buth, S., Verthein, U., Schütze, C., Neumann-Runde, E. & Martens, M.-S. (2012). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. 2011. BADO e.V., Hamburg.
- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Transkulturelle Psychiatrie, Th. Hegemann & R. Salmann (Hrsg.). Psychiatrie Verlag, Bonn.
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2010). CPT standards, Strasbourg.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2013). Modelle guter Praxis. HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft. DAH, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2008). Lebenslagen in Deutschland - Dritter Armuts- und Reichtumsbericht [online]. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/099/1609915.pdf> [letzter Zugriff: 14-10-2013].
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2012). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 05.10.2012 [online]. Hamm. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf [letzter Zugriff: 25.04.2012].
- DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.) (2001). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm.
- Diakonie (2012). Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken. Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen [online]. Verfügbar unter: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/Elternrolle_staerken.pdf [letzter Zugriff: 14.06.2013].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012b). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012a). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundeskriminalamt (BKA) (2013). Gemeinsame Pressemitteilung. Zahl der Drogentoten 2012 auf dem niedrigsten Stand seit

- 1988 - Anstieg bei den Sicherstellungen von kristallinem Methamphetamin (Crystal). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BKA, Berlin, Wiesbaden.
- 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.
- Dirks, H., Esser, S., Specka, M., & Scherbaum, N. (2012). Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern. Sucht **58** (4) 237-246.
- Doerrbecker, J., Behrendt, P., Mateu-Gelabert, P., Ciesek, S., Riebesehl, N., Wilhelm, C., Steinmann, J., Pietschmann, T., & Steinmann, E. (2013). Transmission of hepatitis C virus among people who inject drugs: viral stability and association with drug preparation equipment. The Journal of Infectious Diseases **207** (2) 281-287.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2012). Rehabilitation 2011. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 189. DRV, Berlin.
- Dyckmans, M. (2013). Pressemitteilung: Unabhängigkeit im Alter ist das Thema der Zukunft. 1-2. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Berlin.
- DZSKJ & DISuP (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters / Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung / Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen) (2012). Abschlusskonferenz des Projekts Trampolin. Köln, am 23./24. Februar 2012 [online]. Verfügbar unter: http://www.projekt-trampolin.de/image/trampolin_konferenz_charts.pdf [letzter Zugriff: 07.08.2012].
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) & EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. ECDC, Stockholm.
- Elvik, R. (2012). Risk of road accident associated with the use of drugs: A systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. Accident Analysis & Prevention doi: 10.1016/j.aap.2012.06.017. [Epub ahead of print].
- EMCDDA (European Centre for Drugs and Drug Addiction) (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.
- EMCDDA (European Centre for Drugs and Drug Addiction) (2010). EMCDDA Manuals. Guidelines for collecting data on retail drug prices in Europe: issues and challenges. EMCDDA, Lissabon.
- EMCDDA (European Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012). Treatment demand indicator (TDI) [online]. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi> [letzter Zugriff: 02-10-2013].
- EMCDDA (European Centre for Drugs and Drug Addiction) (2013). Europäischer Drogenbericht 2013: Trends und Entwicklungen. Amt für Veröffentlichungen der europäischen Union, Luxemburg.

- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M. R., & EU-Dap Study Group (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population. Preventive Medicine **44** (2) 170-173.
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, L., Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., & EU-Dap Study Group (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. Preventive Medicine **47** (5) 537-543.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, M. R., & EU-Dap Study Group (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence **108** (1-2) 56-64.
- Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. The Cochrane Database of Systematic Reviews **6**, doi: 10.1002/14651858.CD009287.pub2 [Epub ahead of print].
- Fietz, Tielking & Aktionsbündnis "Riskanter Konsum" (Hrsg.) (2013). Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen. Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum Alkohol-, Tabak- und PC-Konsum. Hochschule Emden/Leer, Emden und Delmenhorst.
- Fixpunkt e.V. (2013). Sachbericht 2012. Drogenkonsummobil und mobiles Drogenkonsumraum-Team. Fixpunkt e.V., Berlin.
- Flöter, S. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Analyse der Länderkurzberichte 2010/2011. DBDD, München.
- Förg, A., Hein, J., Volkmar, K., Winter, M., Richter, C., Heinz, A., & Müller, C. A. (2012). TREATMENT - Efficacy and Safety of Pregabalin in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Randomized Placebo-Controlled Trial. Alcohol & Alcoholism **47** (2) 149-155.
- Förster, S., Simmedinger, R. & Stöver, H. (2012). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2011. Dokumentationszeitraum 01.01. - 31.12.2011. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt am Main.
- Franke, A. G., Schwarze, C. E., Christmann, M., Bonertz, C., Hildt, E., & Lieb, K. (2012). Charakteristika von Studierenden, die pharmakologisches Neuroenhancement mit Stimulanzien betreiben: Eine Pilotstudie. Psychiatrische Praxis **39** (4) 174-180.
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C., & John, U. (2012). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Jahrbuch Sucht 2012. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 38-63. Pabst, Lengerich.
- Gahr, M., Freudenmann, R. W., Hiemke, C., Kölle, M. A., & Schönfeldt-Lecuona, C. (2013). Pregabalin abuse and dependence in Germany: results from a database query. European Journal of Clinical Pharmacology **69** 1335-1342.
- GIZ (Giftinformationszentrum) der Länder Rheinland-Pfalz und Hessen (2012). Jahresbericht 2011. Universitätsmedizin Mainz, Mainz.

- GIZ-Nord (Gif tinfor mationszentrum Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) (2012). Jahresbericht 2011. Universitätsmedizin Göttingen - Georg-August-Universität, Göttingen.
- Glaeske, G. & Schick tanz, C. (2013). BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 20. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg.
- Grunow, R., Verbeek, L., Jacob, D., Holzmann, T., Birkenfeld, G., Wiens, D., & et al. (2012). Injektionsmilzbrand – neu aufgetretene Fälle bei Heroinabhängigen. Deutsches Ärzteblatt **109** (49) 843-848.
- Grunow, R., Klee, S. R., Beyer, W., George, M., Grunow, D., Barduhn, A., Klar, S., Jacob, D., Elschner, M., Sandven, P., Kjerulf, A., Jensen, J. S., Cai, W., Zimmermann, R., & Schaade, L. (2013). Anthrax among heroin users in Europe possibly caused by same Bacillus anthracis strain since 2000. Eurosurveillance **18** (13).
- Hanna, E. Z., Yi, H. Y., Dufour, M. C., & Whitmore, C. C. (2001). The relationship of early onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. Journal of Substance Abuse **13** (3) 265-282.
- Hebrant, O. (2011). Schwerpunkt ganztägig ambulante Rehabilitation. Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. Konturen **2011** (5) 14-17.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction **107** (3) 501-517.
- 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.
- Hermanns-Clausen, M., Kneisel, S., Szabo, B., & Auwärter, V. (2013). Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings. Addiction **108** (3) 534-544.
- heute im bundestag 27.7.2012. Bundesregierung plant momentan keine Einrichtung einer Cannabisagentur.
- heute im bundestag 17.4.2013. Experten: Cannabis, Crystal und Legal Highs erfordern unterschiedliche Maßnahmen.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C., & Bühringer, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht **55** (Sonderheft 1) S15-S34.
- Hillenbrand, C. & Pütz, K. (2008). Das KlasseKinderSpiel: Spielerisch Verhaltensregeln lernen. Edition Körber Stiftung, Hamburg.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **50** (5-6) 784-793.

- Holzbach, R. (2008). Qualifizierter Entzug bei Medikamentenabhängigkeit. Sucht **54** (6) 362.
- Ilse, J., Hartwig, Ch., & Haasen, C. (2007). Die Epidemiologie des Mehrfachkonsums illegaler Drogen in Hamburg - eine Literaturübersicht. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **9** (2) 122-128.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2013). Report of the International Narcotics Control Board 2012. United Nations, Vienna.
- Informationszentrale gegen Vergiftungen (2012). Jahresbericht 2011. 44. Bericht über die Arbeit der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Universitätsklinikum Bonn, Bonn.
- Jakob, L., Friedl, J., & Kipke, I. (2013a). "Crystalkonsum in Deutschland - Nur ein regionales Phänomen?", in *14. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin*.
- Jakob, L., Stöver, H., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013b). Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland - eine Bestandsaufnahme. Sucht **59** (1) 39-50.
- Jonas, B., Tossmann, P., Tensil, M., Leuschner, F., & Strüber, E. (2012). Effekte einer einmaligen Chat-Intervention auf problematischen Substanzkonsum. Sucht **58** (3) 173-182.
- Justizverwaltungsvorschriften-Online (2012). Verwaltungsvorschrift zum Umgang mit ansteckenden Erkrankungen in Justizvollzugseinrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen. [online]. Verfügbar unter: <http://www.jvv.nrw.de/anzeigeText.jsp?daten=1001&daten2=Vor> [letzter Zugriff: 07.08.2013].
- Kellam, S. G., Rebok, G. W., Ialongo, N., & Mayer, L. S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: results of a development epidemiologically-based preventive trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry **35** (2) 259-281.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., Petras, H., Ford, C., Windham, A., & Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug and Alcohol Dependence **95** (Suppl 1) S5-S28.
- Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., Ialongo, N. S., Poduska, J. M., & Windham, A. (2012). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. Prevention Science 2012, doi: 10.1007/s11121-012-0296-z [Epub ahead of print].
- Kipke, I. & Flöter, S. (2009). Cannabismärkte in Deutschland. Suchttherapie **10** (S1) S61.
- Kläber, M. (2011). "Medikamentenmissbrauch im Breitensport", in Medikamentenmissbrauch in Deutschland : Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, S. 1-9.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie **2001** (2) 118-124.

- Knecht, G. (2013). "Substitution im Maßregelvollzug - Pro und Contra", in *Fachtagung Maßregelvollzug und Sucht*.
- Koechl, B., Unger, A., & Fischer, G. (2012). Age-Related Aspects of Addiction. *Gerontology* **58** 540-544.
- Köhnemann, S., Nedele, J., Schwotzer, D., Morzfeld, J., & Pfeiffer, H. (2012). The validation of a 15 STR multiplex PCR for Cannabis species. *International Journal of Legal Medicine* **126** (4) 601-606.
- Kork, F., Kleinwächter, R., Weiß-Gerlach, E., Broecker, S., Pragst, F., Wernecke, K.-D., & Spies, C. (2012). Oral fluid testing for illicit substance use in preanaesthetic care. *The Journal of International Medical Research* **40** (1) 194-203.
- Körner, H., Patzak, J., & Volkmer, M. (2012). Betäubungsmittelgesetz: BtMG. Arzneimittelgesetz. Grundstoffüberwachungsgesetz. C.H.Beck, München.
- Köster, P., Tittgemeyer, M., Wagner, D., Becker, B., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Daumann, J. (2012). Cortical thinning in amphetamine-type stimulant users. *Neuroscience* **221** 182-192.
- Köster, P., Volz, K. G., Tittgemeyer, M., Wagner, D., Becker, B., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Daumann, J. (2013). Decision-making in polydrug amphetamine-type stimulant users: an fMRI study. *Neuropsychopharmacology* **38** 1377-1386.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* **47** (Sonderheft 1) S3-S86.
- Kraus, L., Bauernfeind, R., & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Bd. 107 *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 181. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., & Gomes de Matos, E. (2013a). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 (im Druck). *Sucht*.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., & Gomes de Matos, E. (2013c). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012 (im Druck). *Sucht*.
- 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.
- Kröniger-Jungaberle, H., Nagy, E., & Verres, E. (2013). Effekte des Lebenskompetenz- und Risikopädagogik-Programms REBOUND auf Substanzkonsum, Substanzwissen und Risikowahrnehmung.

- Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmisbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). Das Gesundheitswesen **70** (5) 305-314.
- Küfner, H., Rösner, S., Pfeiffer-Gerschel, T., & Casati, A. (2009). Missbrauch von Antidepressiva bei Suchtpatienten in psychosozialen Beratungsstellen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **11** (3) 106-114.
- Küstner, U., Thomasius, R., Sack, P. M., & Zeichner, D. (2008). Drogenambulanz. In: Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen. M. Klein (Hrsg.), S. 441-449. Schattauer, Stuttgart.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **50** (5/6) 600-608.
- Leicht, A., Dau, M., Frötschl, M., & Fixpunkt e.V. (2012). FiP-C - Innovation und prophylaktische Impulse zur Prävention der HCV-Infektion bei Drogengebrauchenden. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **14** (4) 183.
- Leune, J. (2013). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2013, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 181-196. Pabst, Lengerich.
- Lindinger, P., Strunk, M., Nübling, M., & Lang, P. (2012). Arbeitsweise und Wirksamkeit einer Telefonberatung für Tabakentwöhnung. Sucht **58** (1) 33-43.
- Livak, V., Ehemann, M., Pilz-Gerhardinger, M., Werner, P., Epoupa, L., & Tretter, F. (2013). "Badesalz"-Psychosen - Klinische Aspekte. Sucht **59** (1) 55-60.
- Maruska, K., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2011). Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. Sucht **57** (4) 301-312.
- McGue, M., Iacono, W. M., Legrand, L. N., Malone, S., & Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. Alcoholism: Clinical and Experimental Research **25** (8) 1156-1165.
- Meier, B.-D. (2009). Äquivalenzprinzip. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 73-84. Thieme, Stuttgart.
- Michels, I., Stöver, H., Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany [online]. Harm Reduction Journal **4** (5). Verfügbar unter: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> [letzter Zugriff: 23.10.2013].
- Middendorff, E., Poskowsky, J. & Isserstedt, W. (2012a). Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. HIS Hochschul-Informationssystem GmbH, Hannover.
- Middendorff, E., Poskowsky, J. & Isserstedt, W. (2012b). Die Ritalin-Legende: Wie verbreitet ist Hirndoping unter Studierenden?
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen **72** (12) 886-894.

- 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, M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), S. 63-92. Juventa, Weinheim.
- Nielsen, S. & Barrat, J. (2009). Prescription Drug Misuse: Is Technology Friend or Foe? Drug and Alcohol Review **28** 81-86.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [online]. Verfügbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx> [letzter Zugriff: 23.10.2013].
- Ottova, V., Hillebrandt, D., Kolip, P., Hoffarth, K., Bucksch, J., Melzer, W., Klocke, A., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., & das HBSC-Team Deutschland (2012). Die HBSC-Studie in Deutschland - Studiendesign und Methodik. Das Gesundheitswesen **74** (Suppl 1) S8-S14.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2009. Sucht **56** (5) 327-336.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012 (im Druck). Sucht.
- 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.
- Patzak, J. & Bohnen, W. (2011). Betäubungsmittelrecht. C.H. Beck, München.
- Pauly, A. & Klein, M. (2012). Cannabiskonsum im Studium. Sucht **58** (2) 127-135.
- 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. (2008a). 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, M., Antoni, J., Gorgas, B. et al. (2008b). Verbesserung in der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **10** (3) 151-163.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforchung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013a). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und

- Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013b). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013c). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für niedrigschwellige Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013d). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender Erstbehandelte ohne EK. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013e). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender Erstbehandelte ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013f). Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (im Druck). Sucht.
- Plörer, D., Martin, G., Winter, C., Koller, G., Walcher, S., Muselmann, R., Schäfer, F., Allassin, J., & Pogarell, O. (2012). Fentanyl Missbrauch bei opiatabhängigen Patienten mit und ohne Opiatsubstitutionstherapie (Methadon, Polamidon, Buprenorphin). Suchtmedizin in Forschung und Praxis **14** (4) 187.
- Pothast, N. & Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. Sucht **58** (4) 227-235.
- 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.
- Richter, M., Pfortner, T.-K., Lampert, T., & das HBSC-Team Deutschland (2012). Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Das Gesundheitswesen **74** (Suppl 1) S42-S48.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2007a). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Robert Koch-Institut (RKI), Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2007b). Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS - Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt Mai/Juni 2007 [online]. Verfügbar unter: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/>

- [Studien/Kiggs/Basiserhebung/Pressemappe_2007/Zusammenfassung.pdf? blob=publicationFile](#) [letzter Zugriff: 02.10.2013].
- RKI (Robert Koch-Institut) (2011). KOLIBRI. Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. Ergebnisbericht. Robert Koch-Institut, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2013b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012. Datenstand: 1. März 2012. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2013a). DRUCK-Studie. 3. Newsletter, August 2013. Update zur DRUCK-Studie des RKI. RKI, Berlin.
- Ruhwinkel, B. (2009). Medikamente im Alter. Suchtmagazin **3** 18-19.
- Sack, P. M. & Thomasius, R. (2009). Besondere pathogenetische Aspekte. Familiäre Einflüsse. In: Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter, R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner, & P. Riedesser (Hrsg.), S. 147-151. Schattauer, Stuttgart.
- Sack, P. M., Stolle, M., & Thomasius, R. (2008). Drogenabhängigkeit. In: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, H. Remschmidt, F. Mattejat, & A. Warneke (Hrsg.), S. 376-386. Thieme, Stuttgart.
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Zeitschrift für Gastroenterologie **48** 289-351.
- 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, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.
- Schäfer, D., Rensmann, W., & Michel, S. (2013). Szenenahe HIV-Schnelltests für Drogenkonsumenten in niedrighschwelligten Einrichtungen - TEST IT. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **15** (1) 13-17.
- Schäffler, F. & Zimmermann, S. (2012). Drogenabhängigkeit in bayerischen Haftanstalten - Darstellung und Diskussion ausgewählter Ergebnisse einer bayernweiten Umfrage bei ehemals inhaftierten, drogenkonsumierenden Menschen (n = 195). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug Work **2012** (9) 25-38.
- Schifano, F., D'Offizi, S., Piccione, M., Corazza, O., Deluca, P., Davey, Z., Di Melchiorre, G., Di Furia, L., Farré, M., Flesland, L., Mannonen, M., Majava, A., Pagani, S., Peltoniemi, T., Siemann, H., Skutle, A., Torrens, M., Pezzolesi, C., van der Kreeft, P., & Scherbaum, N. (2011). Is there a recreational misuse potential for Pregabalin? Analysis of anecdotal online reports in comparison with related Gabapentin and Clonazepam data. Psychotherapy and Psychosomatics **80** (2) 118-122.
- Schmidt, Gastpar, Falkai & Gaebel (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

- Schneider, M. & Böhm, B. (2012). Sozial benachteiligte Eltern erreichen: Erste Ergebnisse aus der Evaluation des Elternprogramms ELTERN-AG. In: Forschung in der Frühpädagogik V. Schwerpunkt: Naturwissenschaftliche Bildung - Begegnung mit Dingen und Phänomenen. Band 10, K. Fröhlich-Gildhoff, I. Nentwig-Gesemann, & H. Wedekind (Hrsg.). FEL Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre, Freiburg.
- Schönthal, J., Wollinger, A., Rosenau, E., Vonderschmitt, J., Rapp, A., Batra, A., & Bader, T. (2013). SURE: Substitutionsgestützte Rehabilitation in abstinenzorientierter Therapie. Sucht **59** (2) 91-96.
- 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/medizin/krankheiten/neuro-psiichiatische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/447349/arzneimittelsucht-ausmass-masslos-ueberschaetzt.html [letzter Zugriff: 02.10.2013].
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2012). Arzneiverordnungs-Report 2012. Springer, Heidelberg.
- 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, K. Mann, U. Havemann-Reinecke, & R. Gassmann (Hrsg.). Lambertus Verlag, Freiburg.
- Simon, R., Pirona, A., & Groshkova, T. (2012). Heroin gestützte Behandlung - Stand der Forschung und Praxis. Sucht **58** (3) 215-216.
- SLS (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V) (2013a). Sucht 2012. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. SLS, Dresden.
- SLS (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V) (2013b). Aktuelle Herausforderungen für die sächsische Suchthilfe im Zusammenhang mit dem Crystal-Missbrauch. SLS, Dresden.
- Sonnenmoser, M. (2008). Für Jugendliche besonders riskant. Deutsches Ärzteblatt **2008** (1) 34-35.
- Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Der Nervenarzt **76** (1) 72-77.
- Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Haberthür, A., Bühringer, G., Rehm, J., & Wittchen, H.-U. (2012). Criminal behavior in opioid-dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. Journal of Forensic Sciences **57** (6) 1524-1530.
- Spencer, R. C., Klein, R. M., & Berridge, C. W. (2012). Psychostimulants Act Within the Prefrontal Cortex to Improve Cognitive Function. Biological Psychiatry **72** 221-227.
- Springer, J.F. and Phillips, J.L. (2007). The institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series [online]. EMT Associates, Inc, Folsom, CA. Verfügbar unter: http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf [letzter Zugriff: 23.10.2013].

- Statistisches Bundesamt (2009). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2009. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2010. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012a). Rechtspflege. Strafverfolgung 2011. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012b). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. - 2012. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2011. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a). Verkehr. Verkehrsunfälle 2012. Fachserie 8 Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Steffen, D. V., Werle, L., Steffen, R., & Steffen, S. (2012). Ambulante Suchtrehabilitation cannabisbezogener Abhängigkeitserkrankungen. Sucht Aktuell **19** (3) 50-52.
- Stolle, M., Sack, P. M., & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. Deutsches Ärzteblatt **104** (28-29) A2061-A2069.
- Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. Sucht **57** (6) 469-477.
- Tetrault, J. M., Desai, R. A., Becker, W. C., Fiellin, D. A., Concato, J., & Sullivan, L. E. (2008). Gender and non-medical use of prescription opioids: results from a national US survey. Addiction **103** (2) 258-268.
- Thomasius, R. (2009). Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, C. Möller (Hrsg.), S. 13-38. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabisforschung. Konturen **32** (3) 32-35.
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008a). Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen durch Cannabiskonsum. Psychiatrie und Psychotherapie up2date **2008** (2) 225-240.
- Thomasius, R. & Stolle, M. (2008b). Der Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen - Die spezifischen Behandlungsanforderungen. Konturen **34** (3) 18-22.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., & Riedesser, P. (2008). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, Stuttgart.
- Tierney, J. P. & Grossman, J. B. (2000). What works in mentoring. In: What works in child welfare, M. Kluger, G. Alexander, & P. Curtis (Hrsg.), S. 323-326. Child Welfare League of America, Washington, DC.

- Tödte, M. & Tödte (2013). Implementierung von Angeboten für suchtbelastete Mütter/Väter/Eltern und deren Kinder - Voraussetzungen und Anforderungen an die ambulante Sucht- und Drogenhilfe. Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V., Essen.
- Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H., & Gantner, A. (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. Sucht **58** (3) 157-166.
- Tossmann, P., Jonas, B., Tensil, M., Nowotny, G., & Lang, P. (2008). rauchfrei - Ein internetbasiertes Ausstiegsprogramm für junge Raucherinnen und Raucher. Sucht **54** (1) 38-42.
- Tutdibi, E. (2012). Jahresbericht 2011. Informations- und Behandlungszentrum für Vergiftungen Homburg / Saar. Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie - Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar.
- Van Eimeren, B. & Frees, B. (2010). Fast 50 Millionen Deutsche online - Multimedia für alle? Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2010. Media Perspektiven **2010** (7-8) 334-349.
- Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg (2012). Jahresbericht 2011. Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Freiburg.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010). Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Institut für Suchtforschung Frankfurt, Frankfurt am Main.
- Wagner, D., Becker, B., Köster, P., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Daumann, J. (2012). A prospective study of learning, memory, and executive function in new MDMA users. Addiction **108** (1) 136-145.
- 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.
- Werse, B. & Morgenstern, C. (2012). How to handle legal highs? Findings from a German online survey and considerations on drug policy issues. Drugs and Alcohol Today **12** (4) 222-231.
- Werse, B., Müller, O. & Bernard, C. (2010). Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2009. 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. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. Journal of Psychiatric Research **28** (1) 57-84.
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonig, A. et al. (1995). Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2, 2/95. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München.
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Höfler, M., Perkonig, A., Lieb, R., Bühringer, G., & Beesdo, K. (2008a). 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., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J. et al. (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., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. ECNP/EBC Report 2011. European Neuropsychopharmacology **21** (9) 655-679.
- ZIS Hamburg (2013). CANSAS. Substanzmissbrauch als Ursache und Folge früher Gewalt. Projekte [online]. Verfügbar unter: <http://www.cansas-studie.de/informationhintergrund/> [letzter Zugriff: 14.06.2013].

11.2 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)
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
www.dbdd.de	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
www.drogenbeauftragte.de	Drogenbeauftragte der Bundesregierung
www.drugcom.de	BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger
www.drugscouts.de	Landesprojekt in Sachsen für junge Leute
www.emcdda.europa.eu	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
www.prevnet.de	Das Fachportal „PrevNet“ dient der Vernetzung zwischen den Beteiligten im Feld Prävention und erleichtert den Zugang zu vielen Informationen und Materialien
www.rki.de	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Websites zu Forschungseinrichtungen

Nähere Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten, den Verbundstrukturen und den Kooperationspartnern sowie Forschungsberichte und Literaturhinweise gibt es auf den Websites der Forschungsverbände:

Website	Inhalt
www.fh-frankfurt.de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff.html	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt/Main
www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP; ehemals Kompetenzplattform Suchtforschung) an der katholischen Fachhochschule NRW
www.dg-sucht.de	Deutsche Gesellschaft für Sucht
www.heroinstudie.de	Deutsche Heroinstudie
www.ift.de	Institut für Therapieforschung München
www.medizin.uni-greifswald.de/prevention/forschung/intervention/earlint_start.html	Suchtforschungsverbund Nord-Ost ("Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen" (EARLINT))

Website	Inhalt
www.premos-studie.de	PREMOS-Studie
www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/index.html	Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
www.nsfev.de	Norddeutscher Suchtforschungsverbund e. V.
www.suchtforschungsverbund-nrw.de	Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen
www.uke.de/zentren/suchtfragen-kinder-jugend/index.php	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/index.html	Goethe Universität Frankfurt am Main Centre For Drug Research (CDR)
www.zi-mannheim.de/	Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
www.zis-hamburg.de	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Websites anderer relevanter Institutionen/Arbeitsgruppen

Website	Inhalt
www.transit.gangway.de	Transit - Projekt für transkulturelle Suchtarbeit
www.500Fragen.de	Forum für Substitution und Recht mit dem Ziel, die rechtlichen Aspekte der Behandlung unter rein praktischen Gesichtspunkten aufzuarbeiten und den täglich in der Substitution tätigen Therapeuten eine Hilfe an die Hand zu geben, damit sie sich in Kenntnis der Begebenheiten auf das reine therapeutische Verhältnis konzentrieren können
www.fachstelle-faire.de	Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker
www.indro-online.de	Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik Münster
www.iss-ffm.de	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt/M.
www.suchthh.de	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Büro für Suchtprävention
www.jura.uni-tuebingen.de/einrichtungen/ifk/www	Eberhard Karls Universität Tübingen, Institut für Kriminologie, Linksammlung Kriminologie

Spezifische Cannabisprojekte

Website	Inhalt
www.be-u-online.de	Cannabiskampagne der Stadt Frankfurt
www.candis-projekt.de/	Modulare Therapie von cannabisbedingten Störungen
www.canstop.med.uni-rostock.de	Gruppentraining „CAN Stop“ wurde im Auftrag des BMG vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) entwickelt. Hierbei handelt es sich

Website	Inhalt
	um ein manualisiertes Behandlungsprogramm für junge Menschen mit Cannabiskonsum
www.dhs.de/projekte/abgeschlossene-projekte/cannabis.html	Projekt „AVerCa“, das sich den Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismisbrauchs zum Ziel gesetzt hat
www.incant.eu	International Cannabis Need of Treatment Study
www.quit-the-shit.net	Das Cannabisausstiegsprogramm „Quit the Shit“ ist seit 2004 online unter www.drugcom.de . nutzbar und richtet sich an Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum
www.realize-it.org	Beratungsobjekt bei Cannabiskonsum, durchgeführt in Deutschland und der Schweiz

Partyprojekte

Website	Inhalt
www.alice-project.de	Alice Projekt - Frankfurt
www.chill-out.de	Chill-Out – Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V. Aachen
www.drobs-hannover.de	Jugend- und Suchtberatungszentrum/ Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Hannover
www.drugscouts.de	SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig
www.partypack.de	Drogenhilfe Köln e.V.

Safer Use/Schadensminimierung

Website	Inhalt
www.saferuse-nrw.de	Safer-Use-Seiten der AIDS-Hilfe NRW e.V.
www.spritzenautomaten.de	Deutsche AIDS-Hilfe e.V. – Projekt Spritzenautomaten JETZT

Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland

Website	Inhalt
www.bar-frankfurt.de	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
www.suchthilfe.de	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)
www.synanon-aktuell.de	Suchtselbsthilfe/Suchthilfegemeinschaft Synanon, Berlin

12 Tabellen

Tabelle 1.1	Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes	12
Tabelle 2.1	Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland.....	25
Tabelle 2.2	Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Substanzen.....	27
Tabelle 2.3	Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 18- bis 64-Jährige (ESA 2012)	28
Tabelle 2.4	Lebenszeit-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (MoSyD).....	37
Tabelle 2.5	12-Monats-Prävalenz diverser Substanzen (%) in der Altersgruppe 15- bis 18-Jährige nach Jahr der Befragung (MoSyD).....	38
Tabelle 2.6	Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen 14- bis 17-jähriger Schüler in Hamburg 2004-2012	41
Tabelle 2.7	Lebenszeit-Prävalenz verschiedener Suchtmittel der Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012	42
Tabelle 2.8	Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis (Ausnahme: BZgA) bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen deutschen Studien.....	45
Tabelle 2.9	Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in verschiedenen Studien.....	46
Tabelle 4.1	Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2012 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)	78
Tabelle 5.1	Übersicht über Angebote der Suchthilfe.....	94
Tabelle 5.2	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2012).....	104
Tabelle 5.3	Hauptdiagnosen und weitere substanzbezogene Diagnosen (DSHS ambulant, 2012)	105
Tabelle 5.4	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2012)	106
Tabelle 5.5	Drogenapplikationsform ¹⁾ (DSHS ambulant, 2012)	107
Tabelle 5.6	Anzahl der Kontakte und Betreuungsdauer (DSHS ambulant, 2012)	107
Tabelle 5.7	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen	110
Tabelle 5.8	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2012)	111

Tabelle 5.9	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2008-2011	115
Tabelle 5.10	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2004-2012).....	118
Tabelle 6.1	Seroprävalenzen (HIV und HCV) der Studienpopulationen der DRUCK-Studie in Frankfurt/M. und Köln.....	132
Tabelle 6.2	Anzahl akuter Intoxikations- und Vergiftungsfälle, Krankenhausdiagnose-statistik 2011.....	134
Tabelle 6.3	Drogentodesfälle 2012 nach Todesursachen.....	140
Tabelle 6.4	Mortalität bei ambulant betreuten Opioidklienten – Trend.....	145
Tabelle 8.1	Soziale Situation nach Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung und niedrigschwelligen Einrichtungen (2012)	156
Tabelle 9.1	Erstkonsumenten von Crystal in Bayern	163
Tabelle 9.2	Drogenkonsum und Fahrzeugverkehrsunfälle - Personenbezogene Ursachen	167
Tabelle 9.3	Inhaftierte Personen und Betäubungsmitteldelikte	172
Tabelle 9.4	Ambulante Behandlung von Drogenproblemen in Gefängnissen.....	176
Tabelle 10.1	Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2010 bis 2012	188
Tabelle 10.2	Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen	189
Tabelle 10.3	Sicherstellung von Cannabispflanzen	190
Tabelle 10.4	Preise verschiedener Drogen 2011 - 2012 (alle Preise in €).....	192
Tabelle 10.5	Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg/KE.....	196

13 Abbildungen

Abbildung 2.1	Männer: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums, * p < .05	30
Abbildung 2.2	Frauen: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums, * p < .05	31
Abbildung 2.3	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (außer Cannabis) unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2012 (MoSyD).....	36
Abbildung 2.4	Lebenszeit-, 12 Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums unter Frankfurter Schülern zwischen 15 bis 18 Jahren - 2002-2011 (MoSyD).....	39
Abbildung 3.1	Entwicklung der thematisierten Substanzen von 2010 bis 2012	57
Abbildung 3.2	Settings von Präventionsmaßnahmen, alle Präventionsarten, im Jahr 2012	59
Abbildung 4.1	30-Tages und 24-Stunden-Prävalenzraten (in %) illegaler Drogen.....	82
Abbildung 4.2	Anteil Personen (in %) mit intensivem Konsum von illegalen Drogen unter denjenigen harten Drogenkonsumenten mit Konsum in den letzten 30 Tagen.....	83
Abbildung 5.1	Dauer stationärer Suchtbehandlung bei Patienten mit verschiedenen Substanzstörungen (DSHS stationär, 2012)	112
Abbildung 5.2	Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant).....	113
Abbildung 5.3	Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen	114
Abbildung 6.1	Kodierungen der Todesursache bei den Drogentodesfällen im allgemeinen Sterberegister (1998-2011).....	142
Abbildung 6.2	Drogenbezogene Todesfälle nach Altersgruppen (1998-2011).....	143
Abbildung 6.3	Opiatbezogene Intoxikationen bei tödlichen Betäubungsmittel-Überdosierungen 1998-2011 mit ICD X/Y-Kodierung	144
Abbildung 9.1	Entwicklung von Handelsdelikten (1996-2012)	160
Abbildung 9.2	Entwicklung von Konsumdelikten (1982-2012)	161
Abbildung 9.3	Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	164
Abbildung 9.4	Trends bei den Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz	165
Abbildung 10.1	Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland 2003 bis 2012	189

Abbildung 10.2	Wirkstoffgehalte von Heroin, Kokain und Amphetamin	195
Abbildung 10.3	Wirkstoffgehalt von Cannabis	196