European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

DBDD
Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung

Marion David-Spickermann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Walter Farke, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Bericht 2005 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

DEUTSCHLAND

Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen

Drogensituation 2004

IFT Institut für Therapieforschung (Epidemiologie und Koordination)

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

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

Tel.: +49 (0) 89 - 36080440

Fax: +49 (0) 89 - 36080449

Email: simon@ift.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Prävention)

Marion David-Spickermann

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

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

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

Email: marion.spickermann@bzga.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Behandlung)

Walter Farke

Westring 2

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 2381-901521

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: farke@dhs.de

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

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Neue Entwicklungen und Trends

1 NATIONALE POLITIK UND IHR KONTEXT 1

1.1 ÜBERBLICK 1

1.1.1 Die Struktur Deutschlands 1

1.1.2 Gesetzliche Grundlagen 2

1.1.3 Ziele und Schwerpunkte der nationalen Drogen- und Suchtpolitik 3

1.1.4 Koordination 4

1.2 RECHTLICHE ASPEKTE 4

1.2.1 Gesetze 4

1.2.2 Rechtspraxis 6

1.3 INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN, STRATEGIEN UND POLITIK 8

1.3.1 Koordination 8

1.3.2 Nationale Pläne und Strategien 8

1.3.3 Umsetzung von Politik und Strategien 9

1.3.4 Effekte von Politik und Strategien 13

1.4 BUDGETS UND ÖFFENTLICHE AUSGABEN 13

1.5 SOZIALER UND KULTURELLER KONTEXT 14

1.5.1 Finanzierungswege 14

1.5.2 Öffentliche Meinung zu Drogenfragen 14

1.5.3 Einstellungen zu Drogen und Drogenkonsumenten 14

1.5.4 Parlamentarische Initiativen und die Bürgergesellschaft 15

1.5.5 Darstellung in den Medien 16

2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG 17

2.1 ÜBERBLICK 17

2.2 DROGENKONSUM IN DER BEVÖLKERUNG 19

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen 19

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich 20

2.3 DROGENKONSUM AN SCHULEN UND UNTER JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN 21

2.4 DROGENKONSUM IN SPEZIFISCHEN GRUPPEN 27

3 PRÄVENTION 29

3.1 ÜBERSICHT 29

3.2 UNIVERSELLE PRÄVENTION 30

3.2.1 Schule 30

3.2.2 Familie 32

3.2.3 Gemeinde 34

3.3 SELEKTIVE/ INDIKATIVE PRÄVENTION 35

3.3.1 Der organisierte Freizeitbereich 35

3.3.2 Der nicht-organisierte Freizeitbereich 36

3.3.3 Risikogruppen 38

3.4 QUALITÄTSSICHERUNG UND FORSCHUNG 42
3.4.1 Grundlagen 42
3.4.2 Dissemination 43
4 PROBLEMATISCHER DROGENKONSUM 44
4.1 ÜBERSICHT 44
4.2 SCHÄTZUNGEN DER PRÄVALENZ UND INZIDENZ 46
4.2.1 EBDD-Schätzverfahren 46
4.2.2 Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum 47
4.3 BESCHREIBUNG BEHANDELTER KLIENTEN 48
4.3.1 Ambulante Betreuung 48
4.3.2 Stationäre Betreuung 52
4.3.3 Diagnosedaten aus anderen Bereichen 54
5 DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG 55
5.1 ÜBERSICHT 55
5.2 BEHANDLUNGSSYSTEME 58
5.3 DROGENFREIE BEHANDLUNG 60
5.4 MEDIKAMENTENGESTÜTZTE BEHANDLUNG 63
5.5 QUALITÄTSSICHERUNG 65
5.6 FORSCHUNG 66
6 GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN 68
6.1 ÜBERSICHT 68
6.2 DROGENBEZOGENE TODESFÄLLE UND MORTALITÄT VON DROGENKONSUMENTEN 70
6.2.1 Drogentote 70
6.2.2 Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten 71
6.3 INFEKTIONSKRANKHEITEN BEI DROGENKONSUMENTEN 72
6.3.1 HIV 72
6.3.2 Virushepatitiden 73
6.3.3 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere 75
6.4 PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT 76
6.5 ANDERE GESUNDHEITLICHE FOLGEN 76
7 UMGANG MIT GESUNDHEITLICHEN ASPEKTEN DES DROGENKONSUMS 77
7.1 ÜBERSICHT 77
7.2 PRÄVENTION DROGENBEZOGENER TODESFÄLLE 77
7.3 PRÄVENTION UND BEHANDLUNG VON DROGENBEDINGTEN INFEKTIONSKRANKHEITEN 78
7.4 MAßNAHMEN GEGEN PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT 80
7.5 MAßNAHMEN GEGEN ANDERE GESUNDHEITLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN 81
7.6 DROGEN ALS MEDIKAMENTE 81

8 SOZIALE BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN 82

8.1 ÜBERBLICK 82

8.2 SOZIALER AUSSCHLUSS 82

8.3 DROGENKRIMINALITÄT 83

8.3.1 Beschaffungskriminalität 83

8.3.2 Konsumnahe Delikte 83

8.3.3 Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten 84

8.3.4 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug 84

8.4 DROGENKONSUM IM GEFÄNGNIS 86

8.4.1 Drogenkonsum und Unfallgeschehen 86

8.5 SOZIALE KOSTEN 87

9 UMGANG MIT SOZIALEN BEGLEITERSCHEINUNGEN UND FOLGEN 88

9.1 ÜBERSICHT 88

9.2 SOZIALE REINTEGRATION 88

9.2.1 Allgemeine Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen und ihre Folgen für Menschen mit Substanzproblemen 88

9.2.2 Erprobung von allgemeinen Maßnahmen zur Reintegration in Arbeit 89

9.2.3 Spezifische Aktivitäten auf Bundesebene 90

9.2.4 Aktivitäten auf Länderebene 91

9.3 AUSBILDUNG UND TRAINING 91

9.4 PRÄVENTION VON DROGENKRIMINALITÄT 91

10 DROGENMARKT 93

10.1 ÜBERBLICK 93

10.2 VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG 94

10.2.1 Verfügbarkeit 94

10.2.2 Versorgung 95

10.3 BESCHLAGNAHMUNGEN VON BETÄUBUNGSMITTELN 95

10.4 PREIS UND REINHEIT DER DROGEN 97

10.4.1 Preis 97

10.4.2 Reinheit 98

11 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN GESCHLECHTERN 102

11.1 ZUSAMMENFASSUNG 102

11.2 EPIDEMIOLOGIE 102

11.2.1 Trends im Drogenkonsumverhalten 103

11.2.2 Infektionserkrankungen 104

11.2.3 Drogenbedingte Todesfälle 105

11.2.4 Problematischer Konsum und Abhängigkeit 105

11.2.5 Drogenkriminalität und Strafvollzug 108

11.3 GENDERSPEZIFISCHE PROGRAMME IN DER PRÄVENTION 109
11.3.1 Universalprävention unter Berücksichtigung spezifischer Verhaltensweisen von Mädchen und Jungen 110
11.4 ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE PRÄVENTION UNTER BERÜCKSICHTIGUNG BESONDERER ASPEKTE 111
11.5 GENDERSPEZIFISCHE BEHANDLUNG UND NACHSORGE 112
11.5.1 Rehabilitation und soziale Reintegration 113
11.5.2 Genderspezifische Angebote in der Selbsthilfe 113
11.6 SCHLUSSFOLGERUNGEN 114
12 DROGENPOLITIK: ERWEITERUNG ÜBER ILLEGALE DROGEN HINAUS? 116
12.1 DER NATIONALE AKTIONSPLAN DROGEN UND SUCHT 116
12.2 ZIELE 116
12.3 MAßNAHMEN ZUR REDUZIERUNG DER SUCHTPROBLEME 117
12.3.1 Prävention 118
12.3.2 Überlebenshilfen und Schadensreduzierung 118
12.3.3 Beratung, Behandlung und Rehabilitation 118
12.3.4 Strafverfolgung 119
12.3.5 Evaluation und Weiterentwicklung 119
12.4 ENTWICKLUNG UND GRUNDGEDANKE 119
12.5 VERANTWORTLICHKEITEN UND KOORDINATION 120
13 ENTWICKLUNG DES DROGENKONSUMS IM FREIZEITBEREICH 121
13.1 NEUERE ERKENNTNISSE ÜBER VERFÜGBARKEIT UND KONSUM VON DROGEN IM FREIZEITBEREICH 121
13.2 TRENDS 122
13.3 SUCHTPRÄVENTIVE MAßNAHMEN IM FREIZEITBEREICH/NACHTLEBEN 122
14 BIBLIOGRAPHIE 124
14.1 LITERATUR ZUM BERICHT 124
14.2 WEBSITES 132
15 ANHANG 133
16 STANDARD TABELLEN (ST) UND STRUKTURIERTE FRAGEBÖGEN (SQ) 134

Tabellen

Tabelle 1: Aktuelle Änderungen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften 5
Tabelle 2: Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland 19
Tabelle 3: Prävalenz von Cannabis in Deutschland 20
Tabelle 4: Prävalenz im Lebenszeitraum für weitere illegale Drogen 21
Tabelle 5: Drogenangebot und -konsum in verschiedenen Altersgruppen von 12-25 Jahren 21
Tabelle 6: Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien 24
Tabelle 7: Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien 24
Tabelle 8: Drogenaffinität und Freundeskreis in der Altersgruppe von 12-25 Jahren 27
Tabelle 9: Schätzung der Prävalenz von problematischem Opiatkonsums von 1995 bis 2003 47
Tabelle 10: Prävalenz des problematischen Konsums illegaler Drogen in verschiedenen Studien 48
Tabelle 11: Soziodemographische Daten nach Hauptdroge 49
Tabelle 12: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 49
Tabelle 13: Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS) 50
Tabelle 14: Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (DSHS) 52
Tabelle 15: Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen in den Jahren 2002-2004 53
Tabelle 16: Neuzugänge zu ambulanter Betreuung von Drogenproblemen 61
Tabelle 17: In Anspruch genommene Leistungen nach Hauptdiagnose 61
Tabelle 18: Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 62
Tabelle 19: Rehabilitation von Drogenproblemen 63
Tabelle 20: Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel 63
Tabelle 21: Drogentodesfälle 2004 71
Tabelle 22: Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten 72
Tabelle 23: Soziale Situation ohne Hauptdroge von Personen in ambulanter Betreuung 83
Tabelle 24: Strafvollzug bei Betäubungsmitteldelikten in 2003 86
Tabelle 25: Veränderungen in Zahl und Menge der Sicherstellungen seit 2000 96
Tabelle 26: Sicherstellung von Cannabispflanzen 97
Tabelle 27: Preise verschiedener Drogen 2002 und 2003 97
Tabelle 28: Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen von 1996 bis 2003 (Median) 98
Tabelle 29: Wirkstoffgehalt von Ecstasy in mg pro Tablette/Kapsel 100
Tabelle 30: Frauenanteil an den Klienten ambulanter Beratungsstellen 106
Tabelle 31: Frauenanteil an den Klienten stationärer Einrichtungen 107
Tabelle 32: Frauenanteil an den Klienten ambulanter Beratungsstellen 115

Abbildungen

Abbildung 1: Affinität und Ablehnung von Drogen bei 12 bis25-Jährigen 15
Abbildung 2: Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 12 bis25 Jahre in Deutschland 22
Abbildung 3: Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum und im letzten Monat in derAltersgruppe 14 bis18 Jahre in Hamburg 22
Abbildung 4: Entwicklung des Drogenkonsums in der Altersgruppe 12 bis 25 25
Abbildung 5: Veränderung verschiedener Hauptdrogen bei den Zugängen zu ambulanter Behandlung seit 1992 (=100%) 51
Abbildung 6: HCV Infektionsstatus bei Klienten ambulanter Beratungsstellen in Hamburg in verschiedenen Altersgruppen (Selbstbericht) 74
Abbildung 7: Entwicklung von Konsumdelikten 84
Abbildung 8: Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz 85
Abbildung 9: Trends bei den Verurteilungen nach dem BtmG 85
Abbildung 10: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland von 1996 bis 2003 96
Abbildung 11: Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1996 – 2003 98
Abbildung 12: THC-Gehalt von Marihuana und Haschischharz 99
Abbildung 13: Wirkstoffgehalt von Heroin 1996-2003..... 100
Abbildung 14: Wirkstoffgehalt von Kokain 1996 – 2004 101
Abbildung 15: 12-Monats-Prävalenz illegale Drogen 1997 bis 2004 der 12 bis 25-Jährigen 103
Abbildung 16: Drogenkonsum-Trends bei Frauen und Männern, 1995-2003..... 103
Abbildung 17: Ermittelte Tatverdächtige bei Rauschgiftdelikten 108

Abkürzungen

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

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

Einführung

Der REITOX-Bericht für Deutschland für das Berichtsjahr 2004 folgt den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Jedes Kapitel des Berichts enthält zu Beginn einen Abschnitt, der die wichtigsten aktuellen Informationen zum Hintergrund enthält – etwa zur Struktur der Gesundheitsversorgung eines Landes oder zu den vorhandenen Datenquellen bei der Übersicht über den Drogenkonsum in der Bevölkerung.

Die übrigen Abschnitte der einzelnen Kapitel berichten ausschließlich über neue Daten und Ergebnisse zum Berichtsjahr. Ältere Daten werden zu Vergleichszwecken herangezogen, dort, wo dies sinnvoll ist. Ansonsten finden sich Verweise auf frühere Publikationen. Tabellen zu diesem Text finden sich im Anhang sowie auf der Website der DBDD.

Der nationale REITOX-Bericht für das Berichtsjahr 2004 wird etwa gleichzeitig zur Publikation des Europäischen Drogenberichts für 2003 fertiggestellt und vorgelegt. Der europäische Bericht liefert die Gesamtsicht und eine Vielzahl von Vergleichsdaten aus dem europäischen Ausland, die als Hintergrundinformationen zur Bewertung der nationalen Situation dienen können.

Immer stärker wird dabei auch die Möglichkeit genutzt, detaillierte Informationen über das Internet zur Verfügung zu stellen. Bitte machen Sie davon sowohl für den nationalen Bericht unter www.dbdd.de als auch für den europäischen Bericht unter www.emcdd.eu.int regen Gebrauch.

Roland Simon

Geschäftsführer DBDD

Zusammenfassung

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

Nationale Politik und ihre Kontext

An der Stelle isolierter „Drogen"-konzepte steht heute eine substanzübergreifende „Sucht"-Politik, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotroper Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Der aktuelle „Aktionsplan Drogen und Sucht" stellt das politische Gesamtkonzept dar, in das unterschiedliche Aktivitäten eingebettet sind. Der „Drogen- und Suchtrat", der die Ziele und Maßnahmen des Aktionsplans begleiten und überprüfen soll, hat sich im Herbst 2004 zu seiner konstituierenden Sitzung getroffen. Ein Arbeitsprogramm wird demnächst verabschiedet, das weitere Schritte vorsieht, um den Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln insgesamt deutlich zu senken.

Suchtpolitik basiert auf Prävention, Beratung und Behandlung von Konsumenten, Überlebenshilfen, Schadensreduzierung und Reduzierung des Angebots sowie bei den illegalen Drogen auf Repression. Im Umsetzung des Aktionsplans wurde ein neues Präventionsgesetz diskutiert, das Prävention und Gesundheitsförderung stärken und systematischer als bisher unterstützen soll. Unter anderem sollen diese Aktivitäten auf eine stabile Finanzierungsgrundlage gestellt werden, die auch Mittel aus nicht staatlichen Quellen nutzen kann.

Durch die Einführung einer Sondersteuer auf spirituosenhaltige Süßgetränke wurde im Jahr 2004 die Attraktivität dieser so genannten „Alkopops" speziell für Jugendliche und junge Erwachsene verringert. In Folge dieser präventiven Maßnahme zeigten sich ein deutlicher Absatzrückgang bei diesen Getränken. Ähnliche Effekte hatte auch die deutliche Erhöhung des Zigarettenpreises durch die Erhöhung der Tabaksteuer. Erste Studienergebnisse zeigen auch hier eine Reduktion des Zigarettenkonsums bei Jugendlichen.

Drogenkonsum: Verbreitung und Prävention

Studien aus den Jahren 2003/2004 zeigen, dass rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit Drogen hat (Lebenszeitprävalenz). 7% dieser Gruppe haben in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert, knapp 4% in den letzten 30 Tagen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Verbreitung noch höher.

Unter den 12 bis 25-Jährigen haben 49% (Männer: 54%, Frauen: 44%) schon einmal Drogen angeboten bekommen, 32% (Männer: 36%, Frauen: 27%) haben diese schon einmal

konsumiert, 13% taten dies im letzten Jahr (Männer: 17%, Frauen: 10%). Die Drogenaffinität steigt in dieser Gruppe mit dem Alter der Befragten.

Zumindest im frühen Jugendalter kann Drogenkonsum fast mit Cannabiskonsum gleichgesetzt werden. Für „alle Drogen“ und für Cannabis finden sich sehr ähnliche Prävalenzen beim Konsum im Lebenszeitraum (alle Drogen: 32%; Cannabis: 31%), im letzten Jahr (alle Drogen: 13%; Cannabis: 13%), und beim regelmäßigen Konsum (alle Drogen: 10%; Cannabis: 10%) weitgehend. 24% aller Befragen haben ausschließlich Cannabis konsumiert, 7% Cannabis und andere Drogen und nur 1% andere Drogen ohne Cannabis.

Primärprävention, die alle psychotropen Substanzen betrifft, hat im Berichtszeitraum stärker als bisher Maßnahmen zur strukturellen Prävention einbezogen. Hierbei sollen durch hohe Preise und Zugangserschwernisse Jugendliche vom Konsum legaler Suchtmittel abgehalten werden (z.B. Sondersteuer für Alkopops, Erhöhung der Tabaksteuer). Daneben bleiben die klassischen Ansätze bestehen, riskantes Verhalten über Familie, Schule oder außerschulische Jugendarbeit zu beeinflussen. Selektive bzw. indizierte Prävention wendet sich an Partygeher und Internetbesucher, um auf Risiken des Mischkonsums von Drogen hinzuweisen und beim Aufhören zu helfen. Als besondere Risikogruppen werden Jugendliche betrachtet, die Schulproblemen haben, wegen Alkoholvergiftungen auffallen, Kinder aus Familien mit Suchtproblemen und junge Straffällige. Das Internet als Medium zur Information, aber im Rahmen von Chats und Tests zur Selbsteinschätzung auch zur persönlichen Ansprache, wird zunehmend genutzt. Die zentrale Website „drugcom“ wurde 2004 mit 200.000 Zugriffen etwa 25% häufiger genutzt als im Vorjahr.

Problematischer Drogenkonsum: Umfang und Behandlung

Berechnungen des problematischen (d.h. riskanten, schädlichen oder abhängigen) Konsums von Drogen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 70.000 und 172.000 Personen. Dies entspricht einer Rate von 1,2 bis 3,0 Personen pro 1000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Der Trend in den letzten 3 Jahren ist dabei stabil bis rückläufig. Schätzungen, die auch Konsumenten mit kokain- und amphetaminbezogen Störungen einbeziehen, liegen mit 137.000 - 221.000 Fällen etwas höher als im Vorjahr.

Bei den Klienten ambulanter Beratungsstellen stehen Opiate bei etwa 52% an erster Stelle, Cannabis bei 30%. Dem entsprechen rund 23.000 bzw. 13.500 Neuzugänge zu ambulanter Betreuung. Deutliche Zunahmen finden sich in den letzten Jahren vor allem bei Cannabis und Stimulantien, während Opioide seit kurzem sogar eher rückläufig sind. In stationären Einrichtungen spielen weit überwiegend Opiate die Hauptrolle. Sie betreffen 55,6% der Klienten, Cannabis 14,1% und Sedativa/Hypnotika knapp 6%. Alkoholklienten, die den größten Teil der ambulanten und stationären Patienten ausmachen, sind hier nicht Gegenstand der Darstellung.

Zum Stichtag 1.7.2004 war in Deutschland mit etwa 57.700 laufenden Substitutionsbehandlungen ein recht großer Teil der geschätzten Zahl von Heroinabhängigen in Behandlung. Eine regionale Studie in Frankfurt stellte fest, dass dort 46% der lokalen Drogenszene durch

die Substitutionsangebote innerhalb der letzten 3 Monate erreicht wurden. Von den bundesweit 8.500 Ärzten, die eine Qualifikation zur Substitution erworben haben, haben im Jahr nur 2.620 solche Maßnahmen selbständig durchgeführt.

Gesundheitliche Folgen des Drogenkonsums und ihre Bekämpfung

2004 starben in Deutschland 1.385 Menschen an Drogen. Dies entspricht einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr und einem deutlichen Rückgang um etwa ein Drittel gegenüber dem letzten Höchstwert von 2.030 im Jahr 2000. Ursache des Todesfälle sind in der Regel Opiate, die häufig in Kombination mit anderen psychotropen Suchtmitteln einschließlich Alkohol gebraucht wurden. Statistiken aus Suchthilfeeinrichtungen zeigen eine jährliche Mortalität von 2,6-1,5% für Opiatklienten mit rückläufigem Trend seit 1996. Wichtige Einflussgrößen sind vermutlich neben der Konsumentenzahl die gestiegene Zahl von Substitutionsangeboten sowie das Angebot von Maßnahmen zur Schadensminimierung.

Knapp 6% der neu erfassten HIV-Positiven und 8% der neu erfassten an AIDS Erkrankten sind oder waren injizierende Drogengebraucher. Untersuchungen unter i.v.–Drogenkonsumenten stellen seit Jahren einen Trend zu sinkenden HIV-Prävalenzen fest. Er liegt in den letzten Jahren in der Regel unter 5%. In rund 7% der neu gemeldeten Fälle von Hepatitis B und 37% der Neuinfektionen von Hepatitis C liegt ein i.v. Drogenkonsum vor (nur Fälle mit Angaben zum möglichen Übertragungsweg). Die Durchseuchungsrate in dieser Gruppe wird auf 40-60 bzw. 60-80% geschätzt. Es werden Impfprogramme für Hepatitis B bzw. Maßnahmen der Sekundärprävention eingesetzt, um das Risikoverhalten der Konsumenten zu beeinflussen.

Psychische Störungen treten im Zusammenhang mit Drogenkonsum gehäuft auf. Ängste, Depressionen und psychotische Störungen sind besonders mit Cannabiskonsum assoziiert, kognitive Einschränkungen und Störungen des Gedächtnisses speziell mit dem Konsum von Cannabis und Ecstasy. Neben den allgemeinen Ansätzen im Umgang mit diesen Substanzen soll vor allem eine bessere Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Suchthilfe und der klinischen Psychologie und Psychiatrie helfen. Niedrigschwellige Hilfen sollen die sozialen Folgen des Drogenkonsums soweit wie möglich verringern.

Soziale Folgen des Drogenkonsums und ihre Bekämpfung

Mehr als 200.000 Delikte im Zusammenhang mit Rauschgiftkonsum – also keine Handelsdelikte - wurden im Jahr 2004 erfasst, etwa 13% mehr als im Vorjahr. Viele von diesen Delikten werden allerdings entsprechend der Vorschriften des BtmG nicht weiter verfolgt. Die Zahl der polizeilich erstmals auffälligen Rauschgiftkonsumenten (ohne Cannabis) ist um etwa 18% gegenüber 2003 auf 21.100 gestiegen. 9.615 von 63.677 Strafgefangenen waren 2003 wegen eines Betäubungsmitteldelikts im Strafvollzug. Die große Differenz zwischen erfassten Delikten und Haftstrafen macht deutlich, dass die strafrechtliche Folgen insbesondere bei den konsumnahen Delikten nicht im Vordergrund stehen. Im Jahr 2003 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 354.534 Unfälle, an denen 443.293 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren. Davon standen 1.341 (0,3%) Unfallbeteiligte unter dem Einfluss von

„anderen berauschenden Mitteln“ – in der Regel wohl Cannabis - und 22.674 (5,1%) unter dem Einfluss von Alkohol.

Arbeitslosigkeit, Lücken in der Ausbildung und niedriges Einkommen finden sich unter Drogenkonsumenten gehäuft. Spezielle Maßnahmen der Arbeitslosenversicherung und Angebote des zweiten Arbeitsmarkts behandeln dieses Problem, das für einen dauerhaften Therapieerfolg von sehr großer Bedeutung, unter aktuellen Arbeitsmarktbedingungen aber kaum lösbar ist. Die weitreichende Umgestaltung des Sozialrechts und die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe in Deutschland schafft für einen Teil der Drogenkonsumenten erweiterte Möglichkeiten der Förderung. Die konkreten Effekte dieser Neukonzeption werden allerdings erst in den nächsten Jahren sichtbar werden und können derzeit noch kaum abgeschätzt werden, da neben der Rechtslage auch die verfügbaren Finanzmittel und die Prioritäten bei der Ausgestaltung eine wichtige Rolle spielen werden.

Drogenmarkt

Drogen sind in ganz Deutschland relativ leicht verfügbar. In der Wahrnehmung von Personen ohne Drogenerfahrung hat sich die Verfügbarkeit in alten und neuen Bundesländern inzwischen weitgehend angeglichen und ist zudem in den letzten 10 Jahren deutlich gestiegen. Während 1993 35% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichteten, mindestens einmal Drogen angeboten bekommen zu haben, waren dies 2004 49%. In 89% der Fälle handelte es sich dabei um Cannabis. Die Beschlagnahmungen zeigen zudem eine deutliche Zunahme bei Amphetaminen und Pilzen.

Die Drogenpreise im Straßenhandel haben sich im Jahr 2004 insgesamt leicht verringert. Ein etwas stärkerer Rückgang von rund 8% fand sich für Crack. Der Wirkstoffgehalt hat sich bei den meisten Drogen leicht erhöht. Am deutlichsten ist die Veränderung gegenüber dem Vorjahr bei Heroin, bei dem im Großhandel der Wirkstoffgehalt von 7,3% auf 48,8% anstieg (Median). Bei Cannabis steht einem eher rückläufigen THC-Gehalt bei Harz ein seit 1997 ansteigender Gehalt bei Marihuana gegenüber, der sich 2004 gegenüber dem Vorjahr noch einmal auf im Mittel 10,8% erhöht hat.

Sonderthemen

Der Bericht geht in diesem Jahr besonders auf geschlechtsspezifische Aspekte ein. Er stellt fest, dass Frauen deutlich weniger von Drogenproblemen betroffen sind als Männer. Der Frauenanteil von rund 25% in den Betreuungsangeboten entspricht ihrem Anteil an den Problemkonsumenten in etwa. Allerdings ist ihre Quote in stationärer Behandlung deutlich niedriger als im ambulanten Setting, was eventuell auf einen erschwerten Zugang zu diesen Angeboten hinweist. Genderspezifische Konzepte in Prävention und Behandlung werden zunehmend eingesetzt. Bei der Untersuchung von Veränderungen des Drogenkonsums und der Hilfeangebote im Freizeitbereich findet man heute eine breite Palette an Informations- und Hilfeangeboten. Gleichzeitig hat sich der Konsum von Drogen im Zusammenhang mit Freizeit und Parties differenziert. Je nach Szene und Musikrichtung haben Drogen unterschiedliche Bedeutungen.

Summary

The present report on the drug situation in Germany has been prepared on behalf of the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) which is an agency of the European Union. The report has been drawn up by the German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (DBDD) in which the Institute for Therapy Research (IFT), the Federal Center for Health Education and the German Head Office for Dependence Matters (DHS) cooperate. The German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction is funded equally by the Federal Ministry for Health and Social Affaires and the EMCDDA. The overall report has been structured according to the guidelines provided by the EMCDDA and is available for download under www.dbdd.de .

National Policy in context

Isolated “drug“ concepts have meanwhile been replaced by a cross-substance “addiction“ policy which increasingly sets the focus on common aspects of all psychotropic substances. The current “Action Plan Drugs and Addiction” is the mainstay of the overall political concept in which various activities are embedded. The “Council for Drugs and Addiction“ which is to flank and assess the goals set and measures undertaken, met for its constitutive session in autumn 2004. In the near future, a working program will be decided on providing for further steps to noticeably reduce overall consumption of licit and illicit addictive substances.

Addiction policy is based on prevention, counselling and therapy of drug users, survival aid, harm reduction, reduction of the offer of addictive substances and – regarding illicit drugs - repression. Within the frame of the implementation of the Action Plan, a new law on prevention is currently being discussed which is to lend stronger and more systematic support to prevention and health promotion. These activities are, among others, to be placed on a stable financial basis which can also make use of resources from non-government sources.

The introduction of a surtax on sweet mixed drinks containing alcohol in the year 2004, decreased the attractiveness of these so-called alcopops especially for teenagers and young adults. As a result of these preventive measures, sales figures of these beverages have considerably declined. Similar effects have been achieved by the increase of the tax on tobacco making cigarettes considerably more expensive. First results of a study show also here a reduction of tobacco consumption among young people.

Drug consumption: prevalence and prevention

Studies carried out in the years 2003/2004 show that about a quarter of the adult population in Germany has had experience with drugs (life-time prevalence). 7% of this group used drugs in the last 12 months, little less than 4% in the last 30 days. Prevalences are higher among teenagers and young adults.

In the age group 12 to 25 years, 49% (men: 54%, women: 44%) have been offered drugs once, 32% (men: 36%, women: 27%) have used them once, 13% did so in the last year (men: 17%, women: 10%). In this age group, drug affinity increases with the age of the interviewees.

At least in early adolescence, drug use can be equated with cannabis use. For “all drugs” and for cannabis, similar prevalences were found with respect to lifetime consumption (all drugs: 32%; cannabis: 31%), consumption in the previous year (all drugs: 13%; cannabis: 13%), and regular consumption (all drugs: 10%; cannabis: 10%). 24% of all persons questioned exclusively used cannabis, 7% cannabis and other drugs and only 1% other drugs without cannabis.

In the period under review, primary prevention which is related to all psychotropic substances, integrated measures of structural prevention to a greater extent than in the past. Higher prices and access obstacles are to prevent young people from using licit addictive substances (e.g. surtax on alcohol, increase of the tobacco tax). Parallel to that, classical approaches trying to influence risky behaviour via family, schools and youth work outside schools, continue to be pursued. Selective or respectively indicated prevention is addressed to party goers and Internet users alike in order to make them aware of the risks of poly-drug use and help them quit. Teenagers who have problems at school or have come to the attention of authorities because of alcohol poisoning as well as children of addicted parents and young offenders are considered a specific risk group. With the Internet being used as an information medium as a means of communication within chat rooms and for tests for self evaluation, the central website ”drugcom” registered 200,000 accesses in 2004 – an increase of 25% compared to the previous year.

Problem drug use: extent and treatment

Estimates of problematic (i.e. risky, harmful or addictive) use of drugs based on the figures from treatment, police contacts and records of drug-related death cases, make the number of problematic users of heroin range between 70,000 and 172,000 persons. This corresponds to a quota of 1.2 to 3.0 persons per 1000 inhabitants in the age between 15 and 64 years. The trend has been stable to slightly declining over the last three years. Estimates including cocaine- and amphetamine-related disorders range between 137,000-221,000 cases and are somewhat higher than in the previous year.

As for the clients of outpatient counselling facilities, opiates rank first with 52% of the cases followed by cannabis with 30%. This corresponds to approximately 23,000 or respectively 13,500 new admissions to outpatient therapy. Significant increases were found in the last years in particular for cannabis and stimulants whereas opiods have recently appeared to decline. In inpatient facilities, opiates continue to play a predominant role. They were the main reason of therapy for 55.6% of the clients, cannabis for 14.1% and sedatives/hypnotics for a little less than 6%. Alcohol clients who form the major part of the outpatient clients, have not been taken account of in this report.

With about 57,700 ongoing substitution treatments, quite a large part of the estimated number of heroin addicts were in therapy in Germany as of 1 June, 2004. A regional study carried out in Frankfurt found that 46% of the members of the local drug scene were reached by substitution offers during the previous three months. Out of the 8,500 doctors qualified to carry out substitution therapy in Germany, only 2,620 have carried out such treatments independently in the period under review.

Health aspects of drug use and measures to curb them

1,385 people died of drugs in Germany in 2004. This is a slight decrease relative to the previous year and a significant decrease by about a third compared to the peak of 2,030 death cases in the year 2000. The death cases are mostly related to opiates which were frequently used in combination with other psychotropic substances including alcohol. Statistics provided from therapy facilities for substance abuse disorders show a yearly mortality rate of 2.6-1.5% for opiate clients with a declining trend since 1996. Apart from the number of users, the expanded offer of substitution therapies and measures of harm reduction are presumably important factors which have influenced the development of the mortality figures.

Little less than 6% of the newly registered persons tested HIV-positive and 8% of the newly registered persons having AIDS are or were injecting drug users. Surveys carried out among IDUs have found a declining trend of HIV-prevalences ranging generally below 5% in the last years.

For about 7% of the newly reported cases of hepatitis B and 37% of the new infections of hepatitis C, intravenous drug use was found (only cases with reports on possible ways of transmission). The infection quota in this group is estimated to range between 40-60% and 60-80% respectively. Vaccination programs are run for hepatitis B and measures of secondary prevention are undertaken to change the risk behavior of users.

Psychological disorders are quite common with drug use. Anxiety, depression and psychotic disorders are especially associated with cannabis, cognitive and memory impairments with the use of cannabis and ecstasy. Apart from general approaches as how to deal with these substances, an improved cooperation between addiction aid facilities and clinical psychology and psychiatry is to make valuable contributions. Low-threshold services are to reduce the social consequences of drug use as far as possible.

Social effects of drug use and measures to curb them

In the year 2004, more than 200,000 offences in connection with drug use (not drug dealing) were recorded – about 13% more than in the previous year. However, many of them were not prosecuted under the Narcotic Drugs Act. The number of persons using drugs other than cannabis who came to the attention of police for the first time rose to 21,100 corresponding to an increase of about 18% relative to 2003. 9,615 out of 63,677 prison inmates served a prison sentence because of a drug-related offence. The large difference gaping between recorded offences and prison sentences shows quite clearly that penal sanctions are not

seen as a main approach to deal with offences related to drug use. In the year 2003, accidents on German roads totalled 354,534 with 443,293 operators of motor vehicles being involved. Out of these, 1,341 (0.3%) were under the influence of “other intoxicating substances“ – generally most likely cannabis - and 22,674 (5.1%) under the influence of alcohol.

Unemployment, low education and low income are commonly found problems among the group of drug users. Special measures undertaken by unemployment insurance institutions and offers made by the second labor market tackle these problems, which play a decisive role for the outcome of the therapy, but which are hard to solve under current labor market conditions. The far reaching reorganization of the social laws and the fusion of unemployment and social aid in Germany have expanded the possibilities of support for some of the drug users. The concrete effects of this new concept will however only become visible in the years to come and can currently not been fully assessed since, apart from the legal situation, availability of financial resources and priorities set in the implementation will play an important role too.

The drug market

Drugs are relatively easily available in the whole of Germany. Meanwhile, the availability as perceived by people without drug experience has largely assimilated in the old and new Laender being on a clear upward trend since the last 10 years. While in 1993, 35% of the teenagers and young adults stated to have been offered drugs at least once, the figure amounted to 49% in 2004. In 89% of the cases, the drug offered was cannabis. Seizure figures show also a significant increase in amphetamines and mushrooms.

Generally, drug prizes at retail level have slightly decreased in the year 2004. The decline was somewhat more pronounced for crack with 8%. The level of active substances has increased in most of the drugs. Relative to the previous year, the increase was most marked for heroin whose level of active substance rose from 7.3% to 48.8% (median) at wholesale level. As for cannabis, the decline in THC-content of cannabis resin since 1997 is contrasted by an increase in levels of active substance in marijuana which reached an average of 10.8% in the year 2004.

Selected topics

This year’s report goes closely into gender-specific aspects. It was found that women are markedly less affected by drug-related problems than men. The portion of women making use of offers of treatment amounts to 25% which corresponds roughly to their portion in problem users. However, their quota is significantly lower in inpatient facilities than in outpatient ones, which might be an indication of access difficulties. Gender-specific concepts find increasing usage in prevention and therapy.

Investigating changes of drug use and offers of help with respect to the leisure time sector, a vast spectrum of information and offers of help is to be found these days. At the same time, leisure and party drug use have undergone different developments. Depending on scene and music trend, drugs have assumed different roles.

TEIL A NEUE ENTWICKLUNGEN UND TRENDS

1 Nationale Politik und ihr Kontext

1.1 Überblick

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

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

1.1.1 Die Struktur Deutschlands

Kompetenzen von Bund und Ländern

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

Die Rolle der Leistungsträger

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

Die Rolle von Nichtregierungsorganisationen

Die Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung und insbesondere der sozialen Arbeit wird in Deutschland vom Prinzip der Subsidiarität geprägt Die Kassenärztlichen Vereinigungen (d.h. die Zusammenschlüsse der niedergelassenen Ärzte) haben in Deutschland den Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung. . Insbesondere die freie Wohlfahrtspflege organisiert einen großen Teil der sozialtherapeutischen Maßnahmen zur Betreuung von Drogenkonsumenten. Öffentliche Mittel – aus nationalen, regionalen 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. In der Jugendhilfe wirken staatliche und nicht-staatliche Einrichtungen zusammen.

1.1.2 Gesetzliche Grundlagen

Betäubungsmittelgesetz

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

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

Im Rahmen einer medizinischen Behandlung unterliegt die Verschreibung von Betäubungsmitteln (der Anlage III) den besonderen Regelungen der Betäubungsmittel-

Verschreibungsverordnung (BtMVV) und erfordert zum Beispiel die Benutzung der speziellen Rezept-Formulare für Betäubungsmittel.

Sozialgesetze

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

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen im Rahmen des Arbeitslosengesetzes und im Rahmen der Sozialhilfe im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II) für Menschen mit Suchtproblemen noch wichtiger geworden. Die Gesetzesänderung mit dem zentralen Ziel, Menschen verstärkt in Arbeit zu vermitteln, soll auch die intensivere Bearbeitung von Vermittlungshindernissen beinhalten. Drogenabhängigkeit ist in dieser Betrachtung ein besonders problematisches Hindernis und als solches Gegenstand der Hilfe. Die praktische Umsetzung des Gesetzes, das am 1.1.2005 in Kraft getreten ist, dauert derzeit noch an.

1.1.3 Ziele und Schwerpunkte der nationalen Drogen- und Suchtpolitik

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

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

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

Sucht wird dabei als ein komplexes und umfassendes Krankheitsbild im breiten Verständnis der WHO betrachtet, das mit Störungen auf der psychischen, somatischen und sozialen Ebene einhergeht und der Behandlung bedarf. Die vorhandenen Maßnahmen zur Suchtbekämpfung sollen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung gestellt werden. Suchtprävention hat einen herausragenden Stellenwert. Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen verhütet oder zumindest deutlich reduziert werden. Vorhandene Maßnahmen und Angebote sollen weiter ergänzt und qualitativ abgesichert werden.

Der im Jahr 2003 verabschiedete nationale „Aktionsplan Drogen und Sucht“ soll als Rahmenplan für die Suchtpolitik der nächsten Jahre dienen. Details hierzu finden sich im REITOX-Bericht 2004; weitere Hintergrundinformationen in Sonderkapitel 12.

1.1.4 Koordination

Bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland sowie das Prinzip der Subsidiarität, aber auch in Folge unterschiedlicher Problembelastungen und Ausgangsbedingungen, finden sich regionale Unterschiede im Umgang mit substanzbezogenen Störungen. Infolgedessen existieren Unterschiede in den Leitlinien und Richtlinien sowie in den Drogen- und Suchtprogrammen der Länder. Alle Länder haben gemeinsam ein Anforderungsprofil für ambulante regionale Suchthilfeeinrichtungen vorgelegt. Es bestehen keine einheitlichen formalen Anforderungen bzw. Kriterien bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Ansätze dazu – die Entwicklung von Leitlinien und Programmen zur Qualitätssicherung – werden jedoch auf fachlicher Ebene durch Fach- und Wissenschaftsverbände und durch die Leistungsträger verfolgt ohne dass deren Anwendung und Berücksichtigung verpflichtend wäre (siehe 5.5)

Aus den dargestellten Gründen kommt in den einzelnen Bundesländern und Kommunen eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten zur Anwendung. Zudem sind sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

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

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist auf Bundesebene verantwortlich für die Planung und Durchführung von Präventionskampagnen und das Monitoring suchtpräventiver Aktivitäten in Deutschland. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist zuständig für die Zulassung von Medikamenten. Teil dieser Behörde ist die Bundesopiumstelle, welche die Abgabe von Betäubungsmitteln mengenmäßig erfasst, sowie das nationale Substitutionsregister führt, das seit 2003 arbeitet.

1.2 Rechtliche Aspekte

1.2.1 Gesetze

Das Betäubungsmittelgesetz

Die rechtlichten Rahmenbedingungen des Umgangs mit Drogen haben sich im Jahr 2004 nicht wesentlich geändert. Eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), das den Verkehr mit Betäubungsmitteln regelt, fand im Berichtszeitraum nicht statt. Der Rahmenbeschluss des Europäischen Rates vom 12.11.2004, in dem unter anderem Mindestgrenzen für die Höchststrafe bei Drogenhandel festgelegt wurden, wird durch das geltende deutsche Recht bereits erfüllt. Für „einfachen“ Drogenhandel liegt die Höchststrafe bei 5 Jahren (EU-Mindestforderung: 1-3 Jahre), bei Gefährdung mehrerer Menschen oder bandenmäßigem Drogenhandel drohen 10 Jahre (EU- Mindestforderung: 5-10 bzw. 10

Jahre). Durch die 19. Betäubungsmittel-Änderungsverordnung (März 2005) wurden die Begriffe "Pflanzen und Tiere" durch den Begriff "Organismen" ersetzt. Damit wurde klargestellt, dass psilocybinhaltige Pilze, die früher als "Pflanzen" angesehen wurden, neuerdings aber als eigene Gattung (neben Tieren und Pflanzen) klassifiziert werden, weiterhin dem BtMG unterstellt sind. (Tabelle 1).

Tabelle 1: Aktuelle Änderungen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften

Datum des Inkrafttretens	BtMÄndV	Änderungen
10. März 2005	19. BtMÄndV	Psilocybinhaltige Pilze (früher "Pflanzen" , jetzt "Organismen") sind weiterhin dem BtMG unterstellt (Klarstellung) Dextropropoxyphen (Anlage II): Ausnahmeregelung für verschiedene Zubereitungen wurde gestrichen. Dexmethylphenidat wurde in Liste III (verschreibungsfähige BtM) aufgenommen Höchstverschreibungsmengen für 30 Tage wurden für verschiedene Indikationen neu festgelegt: Buprenorphin: 800mg (vorher: 720) Fentanyl 340mg (vorher: 1000)

[1]BtMÄndV: Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung

Diskussion über ein Präventionsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 20.4.2005 ein Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention beschlossen, dass „Sucht“ als eines von neun zentralen Handlungsfeldern bezeichnet. In einem gemeinsamen Eckpunktepapier einer Bund-Länderarbeitsgruppe wurden Details zu einem Präventionsgesetz vorgeschlagen. Es geht dabei um die Systematisierung und Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die durch klare Vorgaben zu Finanzierung, Kooperation und Steuerung durch Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung erreicht werden sollen. Auf Bundesebene soll für diese Aktivitäten eine Stiftung eingerichtet werden, die aus Mitteln der Kranken-, Renten- Unfall- und Pflegeversicherung gespeist wird, aber auch für Drittmittel offen ist. In diese Stiftung wären dann die derzeitigen Aktivitäten auf Bundesebene, insbesondre die der BZgA einzubringen. Zwischen den Aktivitäten der Länder, Kommunen und Leistungsträger sowie des Bundes soll eine enge Kooperation stattfinden (www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/praevention/index_6266.php).

Gesetzliche Maßnahmen zur Verringerung des Konsums legaler Suchtmittel

Dem Gebrauch illegaler Drogen geht in der Regel der Konsum von Tabak und Alkohol voraus. Präventive Maßnahmen im Umfeld legaler Suchtmittel zielen deshalb auch immer auf eine Verringerung drogenbezogener Probleme ab. Um den Konsum von Zigaretten zu reduzieren, wurde das Jugendschutzgesetz verschärft und zum 1.1.2002 und zum 1.1.2003 der Preis einer Packung Zigaretten (Standardmarke Marlboro) um 18 bzw. 20 Cent erhöht, zum 1. März und zum 1. Dezember 2004 um 40 Cent pro Packung. Wegen des geringeren Einkommens von Jugendlichen und jungen Erwachsenen – viele von ihnen befinden sich

noch in der schulischen oder beruflichen Ausbildung und haben deshalb noch kein normales Erwerbseinkommen – geht man davon aus, dass sie von diesen Preiserhöhungen besonders stark in ihrem Konsumverhalten beeinflusst werden können.

Der starke Anstieg beim Konsum von spirituosenhaltigen Süßgetränken (Alkopops) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (siehe REITOX-Bericht 2004) hat im Vorjahr zu politischen Aktivitäten geführt. Mit dem Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums vom 23. Juni 2004 ist auf spirituosenhaltige Süßgetränke – zusätzlich zur Branntweinsteuer – eine Sondersteuer und Kennzeichnungspflicht eingeführt worden. Die Getränke wurden damit deutlich teurer, was ihre Attraktivität besonders für Jugendliche und junge Erwachsene reduziert und zu einem starken Absatzrückgang geführt hat.

1.2.2 Rechtspraxis

Studie zur Rechtspraxis der Strafverfolgung

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) räumt in § 31a die Möglichkeit ein, bei sogenannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen, nämlich dann, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Allerdings weisen diese Landesregelungen in entscheidenden Punkten - wie etwa bei der Bestimmung der „geringen Menge“ - Unterschiede auf (siehe unten). Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Handhabung des § 31a BtMG untersucht derzeit eine Studie des Max-Planck-Instituts für Internationales Strafrecht in Freiburg im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung die Rechtsanwendungspraxis der einzelnen Bundesländer. Ergebnisse werden noch im Jahr 2005 erwartet.

Strafverfolgung bei Drogenfahrten

Die Strafverfolgung von Drogenfahrten wird verstärkt. Wiederholt wird von Experten angegeben, dass derzeit nur etwa eine von 2000 Drogenfahrten entdeckt würde, während die Vergleich für Alkohol bei 1:600 liegen. Eine empirische Grundlage für die erstgenannte Zahl ist jedoch nicht bekannt. Nachdem in den letzten Jahren die technischen Voraussetzungen für Schnelltests geschaffen wurden, werden derzeit in erster Linie Polizeibeamte darin geschult, Fahrer unter dem Einfluss von Rauschmitteln besser zu erkennen (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2005a). Weitere Details finden sich hierzu in Kapitel 8.4.1.

Berlin modifiziert „Cannabisrichtlinie“

Der Berliner Senat hat am 2.3.2005 die bis dahin geltende „Cannabisrichtlinie“ modifiziert, in welcher der Begriff der „geringfügigen Menge“ für Berlin bestimmt wird. Bis zu einer Menge von 10 Gramm Haschisch oder Marihuana wird der Besitz danach nicht strafrechtlich verfolgt soweit gewisse Voraussetzungen (siehe oben) erfüllt sind. Im Einzelfall kann diese Menge bis auf 15 Gramm erhöht werden. Darüber hinaus ist als Konsequenz aus dem ehemaligen Bundesmodellprogramm „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (FreD) die Polizei verpflichtet, junge Drogenkonsumenten auf Hilfeangebote hinzuweisen und sie auf Wunsch dorthin zu vermitteln. Als Ziel des Beschlusses nannte die Pressesprecherin des Berliner Senats die „Freigabe für den Eigenbedarf“ (Die Welt, 6. April 2005). Ein vorheriger Versuch, im Bundesrat die entsprechenden Vorgaben zu vereinheitlichen, war gescheitert.

Integration von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe

Die Änderung des Sozialrechts zum 1.1.2005 wird voraussichtlich deutliche Auswirkungen auf die Praxis der Suchthilfe haben. Die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen haben in den letzten Monaten neue Bewegung ins Spiel gebracht. Die Zielsetzungen waren, das ineffiziente Nebeneinander zweiter Leistungen – Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe – für langzeitarbeitslose Menschen zu beenden und die Bundesagentur zum kundenorientierten, modernen Dienstleister am Arbeitsmarkt umzubauen. Die Leistungen sollen aus einer Hand und unter einem Dach erfolgen. Es ergeben sich dadurch Möglichkeiten, Beratung und Therapie, insbesondere aber Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt aus Mitteln der früheren Arbeitslosenhilfe zu finanzieren. Allerdings ist die gegenwärtige Situation noch stark vom Umbau der Systeme gekennzeichnet und das Ergebnis, das auch durch die Finanzausstattung verschiedener Hilfeangebote definiert wird, muss abgewartet werden. Da Behörden neu strukturiert und Arbeitsabläufe und Arbeitsteilung zwischen Bundesbehörden und Kommunen neu entwickelt werden müssen, wird dies eine gewisse Übergangszeit notwendig machen. Mitte des Jahres ist dieser Umstrukturierungsprozess weitgehend abgeschlossen gewesen. Von den kommunalen Trägern haben sich 356 in Arbeitsgemeinschaften von Kommune und Arbeitsagentur zusammengeschlossen, so genannten "Jobcentern". Darüber hinaus haben 69 Kommunen das so genannte "Optionsmodell" bevorzugt, in dem die Kommunen allein zuständig für die Grundsicherung für Arbeitssuchende sind. In 19 Gebietskörperschaften wird bislang an einer getrennten Aufgabenwahrnehmung von Arbeitsagentur und Kommune festgehalten. Deshalb ist mit einer erheblichen Variation in der Anwendung zumindest in der ersten Zeit zu rechnen. Insbesondere für ambulante Beratungsstellen bedeutet dies, dass zumindest für einen Teil von ihnen eine deutliche Neuausrichtung der Arbeit entsprechend der Finanzierungsbedingungen dieses neu strukturierten Trägers von arbeits- und beschäftigungsorientierten Hilfen notwendig oder zumindest sinnvoll sein wird. Diese Neuausrichtung könnte zum Beispiel eine Rolle als „Fallmanager“ vorsehen, die deutlich über den engeren substanzspezifischen Ansatz der Hilfen hinausgeht (DHS 2005).

1.3 Institutionelle Rahmenbedingungen, Strategien und Politik

1.3.1 Koordination

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Bereich Gesundheitsversorgung, Sucht und Drogen wird durch eine Reihe von Informationsangeboten unterstützt. Die BZgA hat in Kooperation mit den Landesbeauftragten für Suchtvorbeugung unter dem Namen „Prevnet“ eine nationale Plattform geschaffen, auf der sich Experten und Institutionen der Prävention austauschen können. Ein Dokumentationssystem soll im Rahmen des Projekts „Dot.sys“ der BZgA die Übersicht über die Präventionsmaßnahmen vervollständigen.

1.3.2 Nationale Pläne und Strategien

Der jährliche Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marion Caspers-Merk wurde im Mai 2005 vorgelegt. Schwerpunkte sind die Reduzierung des Tabakkonsums insbesondere bei Jugendlichen, die Reduzierung des frühen und intensiven Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen, eine weitere Reduktion der Drogentodesfälle und angemessene Reaktionen auf die steigenden Drogenprobleme mit Cannabis und Amphetaminen.

Die Maßnahmen hierzu sind langfristiger Natur. Details hierzu finden sich unter 1.1.2 und in Kapitel 12. Die aktuelle Umsetzung dieser Pläne ist in 1.3.3 beschrieben, spezifische gesetzliche Aktivitäten im Umgang mit Suchtproblemen finden sich in Kapitel 1.2.1.

Prävention

Der Rahmen präventiver Aktivitäten wird sich möglicherweise stark ändern, wenn das derzeit diskutierte Präventionsgesetz verabschiedet wird. Neben einer Systematisierung, Koordination und Evaluation der verschiedenen laufenden Präventionsbemühungen könnte damit auch finanziell eine breitere Grundlage geschaffen werden, da so auch Mittel etwa der Industrie oder anderer nicht-staatlicher Geldgeber für Zwecke der Gesundheitsförderung verwendet werden könnten. Durch die vorgezogenen Neuwahlen zum Deutschen Bundestag ist die Verabschiedung des Gesetzes in dieser Legislaturperiode nicht erfolgt.

Drogentodesfälle

Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle, die 2004 gegenüber dem Vorjahr um 6% auf 1.385 Fälle weiter zurückging, wird von der Drogenbeauftragten des Bundes als Bestätigung der bisherigen Strategie im Umgang mit i.v. Konsum, insbesondere bei Heroinabhängigen, gewertet. Die Mischung aus Substitutionsangeboten und Überlebenshilfen einerseits und Ausstiegsangeboten andererseits soll deshalb beibehalten werden.

Rehabilitation

In Anbetracht einer Arbeitslosenquote von 9,8% im Durchschnitt des Jahres 2004 (saisonbereinigt, berechnet nach EU–Standard) ist die Wiedereingliederung von Abhängigen auch nach einer erfolgreichen Behandlung ausgesprochen schwierig, da entsprechende Arbeitsplätze nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

Die Neufassung der Regelungen zur Unterstützung von Arbeits- bzw. Erwerbslosen (früher: Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe) unter dem Schlagwort „Hartz IV“ hat die Rahmenbedingungen stark verändert (vgl. 9.2.1). Während damit wohl Abhängigkeit in Zukunft als Vermittlungshindernis häufiger als bisher erkannt werden wird und damit Vermittlungen in Suchthilfeeinrichtungen häufiger auftreten werden, sind die finanziellen Konsequenzen der Gesetzesnovelle bisher noch nicht klar. Mittel, die bisher allgemein der Unterstützung gedient haben, könnten eventuell gezielter zur Förderung von Abhängigen eingesetzt werden. Die vorgesehene besondere Förderung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 25 Jahren bei der Arbeitssuche könnte ebenfalls eine Reihe von Personen mit Suchtproblemen mit einbeziehen. Berücksichtigt man die verstärkten Forderungen nach Effizienz der Maßnahmen von Arbeitsvermittlung und die oft begrenzten Erfolge bei Drogenabhängigen, könnte allerdings die Unterstützung dieser Hilfemaßnahmen in Zukunft eher geringer ausfallen.

1.3.3 Umsetzung von Politik und Strategien

Umsetzung des Aktionsplans Drogen und Sucht

Am 25. Juni 2003 – am Vortag des Weltdrogentages – hat das Bundeskabinett den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ beschlossen. Die Gesundheitsministerkonferenz hat den Plan auf ihrer Sitzung am 2./3. Juli 2003 zur Kenntnis genommen. Zur Umsetzung des Aktionsplans ist mit der konstituierenden Sitzung am 27. Oktober 2004 ein „Drogen- und Suchtrat“ eingesetzt worden, der die Ziele und Maßnahmen begleitet und die Ergebnisse der Maßnahmen hinsichtlich der Zielerreichung überprüft sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung unterbreitet. Dieser setzt sich aus Vertretern der verantwortlichen Ministerien des Bundes und der Länder sowie der Kostenträger, Verbände, der Forschung und Selbsthilfe zusammen. Der Drogen- und Suchtrat ist oberstes beschlussfassendes Gremium.

Eine Teilgruppe, die sich aus Verantwortungsträgern aus Bund und Ländern zusammensetzt – die „Bund-Länder-Steuerungsgruppe“ – trat das erste Mal am 14.3.2005 zusammen. Sie soll zur Verbesserung der Koordination von Bundes- und Landesaufgaben beitragen.

Der Drogen- und Suchtrat hat darüber hinaus zur Umsetzung und Koordinierung der Suchtprävention eine Facharbeitsgruppe eingesetzt, die im März und im Juni 2005 unter der Leitung der BZgA getagt hat. Die Arbeitsgruppe soll unter anderem Zielkriterien für eine messbare Reduzierung des Konsums von Tabak, Alkohol und Cannabis unter Jugendlichen vorschlagen. Eine weitere Arbeitsgruppe wurde zum Bereich der Schnittstellenproblematik eingesetzt, um Probleme der Zuständigkeit und Finanzierung von Suchtbehandlung zwischen den Beteiligten zu lösen.

Der Drogen- und Suchtrat hat sich mit einem Vorschlag der Drogenbeauftragten für ein Arbeitsprogramm befasst und dieses ergänzt. Es soll auf der nächsten regulären Sitzung verabschiedet werden. In dem Arbeitsprogramm wird als übergeordnete Zielsetzung die Reduzierung des Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen bekräftigt, da damit auch eine Verringerung möglicher gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Risiken und Folgeprobleme einhergehe. Es sollen weitere Schritte unternommen werden, um den Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln insgesamt deutlich zu senken. Für Tabak, Alkohol und Cannabis sollen Zielgrößen für das Jahr 2008 insbesondere für Jugendliche festgelegt werden.

Die Entwicklung verbindlicher Standards für die psychosoziale Begleitung von Substitutionsbehandlungen ist in Planung. Die Bemühungen der Europäischen Union werden unterstützt und die Einbeziehung auch legaler Suchtmittel in die Betrachtung auch auf europäischer Ebene ausdrücklich begrüßt.

Nach Verhandlungen mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung haben das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) eine Vereinbarung über eine verbindliche Regelung zum Nichtraucherschutz in Hotellerie und Gastronomie getroffen. Bis zum März 2006 sollen 30% aller Speisebetriebe mindestens 30% ihres Platzangebots für Nichtraucher bereit halten. Dieser Anteil soll bis März 2008 auf mindestens 90% aller Speisebetriebe und die Hälfte der Plätze gesteigert werden (Pressemitteilung der BMGS vom 2.März 2005)

Modellprogramme und Forschungsprojekte mit Förderung des Bundes

Eine Untersuchung von Klienten mit einer primären Cannabisdiagnose in ambulanten Beratungsstellen stellte in einer Kontrolluntersuchung bei 274 Fällen aus den Jahren 2002-2003 fest, dass mehr als drei Viertel der Fälle tatsächlich klinische Kriterien erfüllten. Daneben zeigte sich eine starke Heterogenität der Cannabisklienten sowie ein Mangel an spezifischen therapeutischen und beratenden Angeboten für diese Gruppe. Der Abschlussbericht der CareD-Studie wurde im Herbst 2004 vorgelegt (Simon et al. 2004).

Zu dem Projekt „Designerdrogen-Sprechstunde“, das in Rostock zwischen 1999 und 2003 Bedingungen und Möglichkeiten der Entwicklung von Hilfeangeboten im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht hat, wurde der Abschlussbericht vorgelegt (Reis et al. 2004; vgl. 5.2).

Als Ergänzung des Internetangebotes „drugcom.de“ wurde ein interaktives Programm zum Ausstieg bzw. zur Reduktion des Cannabiskonsums unter dem Titel „Quit the shit“ entwickelt. Konsumtagebücher, die Formulierung persönlicher Ziele und individuelle Rückmeldungen eines Beraters durch „1-to-1 chats“ sind dabei zentrale Elemente (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Im Rahmen des Kooperationsprojekts „INCANT“ (*In*ternational *C*annabis *N*eed of *T*reatment Study) zwischen Deutschland und mehreren Nachbarländern wurde eine Pilotstudie durchgeführt, der möglicherweise eine Hauptstudie folgen wird. Ziel ist die Anpassung eines amerikanischen Therapieprogramms für junge Cannabiskonsumenten an europäische Verhältnisse. Die Pilotstudie, die im Berliner Therapieladen durchgeführt wurde, zeigte die grundsätzliche Machbarkeit des Projekts.

Ein Forschungsauftrag des BMGS zum Kokainkonsum wurde mit Vorlage der Ergebnisse abgeschlossen (Kraus et al. 2004b). Gegenstand war eine Literaturstudie zum Konsum von Kokain und Crack in Europa sowie eine Analyse vorhandener epidemiologischer Datenquellen zu dieser Konsumentengruppe (Kraus, Semmler & Augustin 2005b; Kraus et al. eingereicht; Sonntag, Welsch & Kraus in Druck).

Ein Förderschwerpunkt des Jahres 2004 war die Cannabisproblematik. Das Projekt „realize it“, das seit 2002 in Kooperation zwischen deutschen und schweizerischen Einrichtungen im Grenzbereich stattfindet, soll Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren dabei unterstützen, den Konsum einzustellen oder zumindest deutlich zu reduzieren. Das Programm läuft noch bis Februar 2006 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien wurde ebenfalls finanziell gefördert.

Aktivitäten der Bundesländer

Auch die Bundesländer setzten die Schwerpunkte verstärkt bei dem Konsum psychotroper Substanzen durch Kinder und Jugendliche sowie bei legale Suchtmittel. Daneben ist 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. Im folgenden werden nur einige Aktivitäten der Länder ausgewählt und exemplarisch dargestellt.

Das Land Baden-Württemberg unterstützte die Konzeption und Umsetzung einer intensiven Kooperation zwischen deutschen und italienischen Hilfeeinrichtungen im Umgang mit Drogenproblemen im Umfeld der italienischen Gemeinde in Deutschland.

Das Land Bayern förderte ein Projekt zur Motivierung von Drogenabhängigen, die durch therapeutische Angebote nur schwer erreicht werden konnten. Eine Pilotstudie zur Kosten-Nutzen-Analyse von Arbeitsprojekten für Drogenabhängige stellt eine Methodik zur Analyse solcher Maßnahmen vor (Ates et al. 2005). Eine weitere Studie beschäftigt sich mit Patientenströmen im Münchener Suchthilfesystem (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, persönliche Mitteilung).

Der Stadtstaat Berlin führte die systematische und regional differenzierte Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Situation in den verschiedenen Stadtbezirken fort. Dabei wird die Belastung der verschiedenen Stadtregionen durch Drogenprobleme anhand gewichteter Indikatoren (Drogennot und –todesfälle, Zahl der Methadonsubstituierten, HIV- und Hepatitisinfektionen, Inanspruchnahme der Hilfeangebote) eingeschätzt und als Planungsgrundlage zur Verbesserung der Versorgung herangezogen. Ein weiteres Ziel ist die bessere Ver-

zahnung und Integration unterschiedlicher Gesundheitsprojekte. Eine „Landesgesundheitskonferenz“ fungiert als Plattform für die Organisation und Weiterentwicklung der gesundheitspolitischen Prioritäten (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2004).

Der Hamburger Senat hat auf der Grundlage einer Evaluation des kommunalen Suchthilfesystems eine Konzeption für die Drogenhilfe der nächsten Jahre verabschiedet, in der Schwerpunkte neu gesetzt und Rationalisierungsmöglichkeiten genutzt werden (5.3).

In Hessen wurden in Frankfurt Konsumräume für Heroin, Crack und Kokain evaluiert. Eine Befragung an Schulen und in der offenen Drogenszene gab Einblicke in Trends in der Bevölkerung und in einer Gruppe von Personen mit problematischem Konsum.

Die Notwendigkeit, die Umsetzung von Gesetzen und Vereinbarungen engmaschig zu überprüfen, wird aus dem Ergebnis einer Erhebung im Saarland deutlich. Die gesetzliche Vorgabe, dass ein nichtalkoholisches Getränk billiger als alkoholische Getränke angeboten werden muss, wurde von mehr als der Hälfte der untersuchten Gaststätten nicht eingehalten (Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales Saarland, persönliche Mitteilung).

Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat auch im Berichtsjahr die nationale Sucht- und Drogenhotline technisch und fachlich betreut und Standards hierfür weiterentwickelt (vgl. 3.1). Daneben kam sie ihren institutionellen Aufgaben nach, nämlich auch im Bereich des suchtbezogenen Gesundheitsverhaltens zu informieren und aufzuklären (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a). Maßnahmen und Projekte finden sich in Kapitel 3.

Tagungen und Arbeitsgruppen

Als Ergebnis einer Expertentagung aus dem Jahr 2003 wurde ein Bericht mit Empfehlungen zur Verbesserung der Prävention von Virus-Hepatitiden und zur Behandlung dieser Erkrankungen bei Drogenabhängigen veröffentlicht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004c).

Aus einer Vielzahl von Treffen und Arbeitsgruppen wird hier nur eines exemplarisch dargestellt, das sich mit einem der Schwerpunktthemen des Jahres beschäftigt hat: Am 29. und 30. November 2004 fand auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung die Tagung „Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen“ statt, bei der aktuelle Ergebnisse aus Umfragen und aus spezifischen Studien vorgestellt und mit Vertretern aus Parlament, Hilfesystem und Forschung diskutiert wurden. Die dort ausgesprochenen Handlungsempfehlungen betreffen die Notwendigkeit, spezifische Hilfeangebote für Cannabiskonsumenten zu entwickeln, vorhandene Strukturen besser auf diese Zielgruppe abzustimmen und die Risiken von Cannabis realistisch nach außen darzustellen. Eine Publikation der Tagungsergebnisse ist erschienen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005c).

1.3.4 Effekte von Politik und Strategien

Effekte der Tabaksteuererhöhung

Es gibt Hinweise darauf, dass mit dem stark erhöhten Zigarettenpreis zeitgleich die Zahl der Raucher gestiegen ist, bei denen aus der Motivation aufzuhören, auch tatsächlich ein Ende des Tabakkonsums folgte. Gleichzeitig stieg die Akzeptanz der Steuererhöhung. Die Studie basiert auf Selbstangaben von Rauchern (Hanewinkel und Isensee 2005).

In der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren weist der erste Zwischenbericht einer aktuellen Studie auf eine Reduzierung der Raucherquote innerhalb der Jahre 2003/04 und 2005 von 23% auf 20% hin, die besonders die Frauen betrifft. Die Nichtraucherquote stieg von 59% auf 62%. Gleichzeitig wurde verstärkt auf billigere Zigaretten umgestellt (BZgA 2005b). Eine detaillierte Auswertung der Studie ist in Arbeit und wird noch 2005 publiziert.

Effekte der Zusatzbesteuerung von Alkopops

Die Ergebnisse einer telefonischen Erhebung im März/April 2005 unter 3001 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren zum Konsum von Alkopops wurden mit den Zahlen aus der Drogenaffinitätsstudie 2004 verglichen. Die Erhebungsmethodik der beiden Studien ist identisch, zwischen den Erhebungen trat die Erhöhung der Preise von Alkopops durch die Einführung einer speziellen Steuer in Kraft. Es lässt sich ein signifikanter Rückgang des Konsums von Alkopops „mindestens einmal im Monat“ von 28% auf 16% bei den 12- bis 17-Jährigen feststellen, der sich tendenziell auch bei den Konsummengen niederschlägt. Der Konsum von Wein/Sekt und Cocktails trat 2005 ebenfalls seltener auf als 2004. Von den Befragten konsumierten 38% weniger und 33% gar keine Alkopops mehr. In 63% der Fälle wird dies mit dem gestiegenen Preis begründet (BZgA 2005a).

1.4 Budgets und öffentliche Ausgaben

Hintergrund der Finanzierung ist die föderale Struktur Deutschlands (siehe Kapitel 1.1.1). Niedrigschwellige Maßnahmen und ambulante Betreuung durch Suchtberatungsstellen werden weitgehend durch Kommunen und Bundesländer finanziert. Das Budget ambulanter Beratungsstellen setzte sich 2004 wie folgt zusammen: 50,0% Kommune, 24,2% Land, 0,1% Bund (nur Modellprogramme), 8,2% Renten- und Krankenversicherung; 1,0% Kostenbeitrag der Klienten, 1,0% Arbeitsverwaltung; 15,5% diverse (Strobl et al. 2005a). Ambulante und stationäre Rehabilitation werden durch Leistungen der Renten- und Krankenversicherung finanziert. Daneben finanzieren Länder und Kommunen zum Beispiel in Baden-Württemberg die Beauftragten für Suchtprophylaxe sowie kommunale Suchtbeauftragte (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, persönliche Mitteilung).

Da aus den Ländern keine vergleichbaren Zahlen über öffentliche Ausgaben für den Drogenbereich vorliegen, werden lediglich die entsprechenden Budgets aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung dargestellt. Damit entfallen wesentliche Ausgabenbereiche in der Darstellung, die in keinem Falle auch nur annähernd vollständig über die eingesetzten Gesamtmittel Auskunft geben kann.

Der Gesamtbetrag liegt laut Bundeshaushalt, wie im Vorjahr, bei 13,5 Millionen €. Bei der Verteilung der Mittel hat sich der Aufwand für Aufklärungsmaßnahmen (2004: 6,7 Mio. €; 2003: 6,5 Mio. €) und für die Förderung des nationalen Informationsknotens erhöht (2004: 0,7 Mio. €; 2003: 0,5 Mio. €), während Modellmaßnahmen mit 4,1 Mio. € (2004: 4,5 Mio. €) geringer gefördert wurden.

Im Jahre 2003 – hierfür liegen die neuesten Statistiken vor – betrugen die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) für Rehabilitation und sonstige Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) insgesamt 527,0 Mio. € (2002: 493,5; 2001:478,9). Es zeigen sich Steigerungen in den Budgets für stationäre Leistungen (2003: 415,2; 2002: 389,0; 2001: 379,2), ambulante Leistungen (2003: 22,2; 2002: 16,7; 2001: 14,5), Übergangsgeld (2003: 78,8; 2002: 77,9; 2001: 75,9) und sonstige Leistungen (2003: 10,8; 2002: 9,9; 2001: 9,3). Der Anstieg des Budgets beträgt 7% gegenüber 2002 und 10% gegenüber 2001.. Während die übrigen Bereiche nur geringe Zuwächse aufweisen, hat das Budget für ambulante Maßnahmen um 54% gegenüber 2001 und um ein Drittel gegenüber 2002 deutlich zugenommen. Führt man auf der Grundlage des Anteils von Drogen- und Mehrfachabhängigkeiten an der Gesamtheit der Patienten in Reha-Maßnahmen (2003: 27,4%) eine Schätzung durch, so ergibt sich ein Gesamtbetrag von etwa 144 Mio. € entfällt.

1.5 Sozialer und kultureller Kontext

Im Berichtsjahr war die öffentliche Diskussion in Deutschland stark von den Themen Wirtschaft, Arbeitslosigkeit, Gesundheits- und Steuerpolitik sowie Renten geprägt. Sucht und insbesondere illegale Drogen wurden in Vergleich zu den Vorjahren weit weniger in der öffentlichen Diskussion und der Presse thematisiert.

1.5.1 Finanzierungswege

Informationen über Finanzierungsfragen finden sich unter 1.1.

1.5.2 Öffentliche Meinung zu Drogenfragen

Entgegen dem allgemeinen Trend hat Cannabis als Thema nicht nur bei Fachtagungen, sondern auch in der öffentlichen Diskussion mehr Raum eingenommen als in den letzten Jahren. Das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ wählte „Die Seuche Cannabis – Drogen an Deutschlands Schulen“ als Titelthema (Nr.27/28.6.2004).

1.5.3 Einstellungen zu Drogen und Drogenkonsumenten

Die Trennung zwischen legalen und illegalen psychotropen Substanzen wird in der öffentlichen Diskussion immer mehr aufgelöst. Während einerseits legale Suchtmittel wie Nikotin und Alkohol von Jugendlichen auch als „Droge“ eingestuft werden, hat sich die Risikoeinschätzung bei Cannabis den Werten für legale Substanzen weiter angenähert. Heroin und andere harte Drogen werden vom gleichen Personenkreis nach wie vor als sehr riskant eingeschätzt (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt o. J.).

Bei Jugendlichen ohne Drogenerfahrung ist die Ablehnung für diese Substanzen groß. 74% der Befragten wollen „auf keinen Fall“ Drogen nehmen, 17% „wahrscheinlich nicht“, 8% „vielleicht ja“ und nur 1% „sicher“. Dabei hat seit Ende der 80er Jahre die Ablehnung von Drogenkonsum jedoch sukzessive abgenommen, während die Drogenerfahrung zugenommen hat. Gleichzeitig ist der Anteil der Unentschiedenen von fast 40% auf unter 20% gefallen (Abbildung 1).

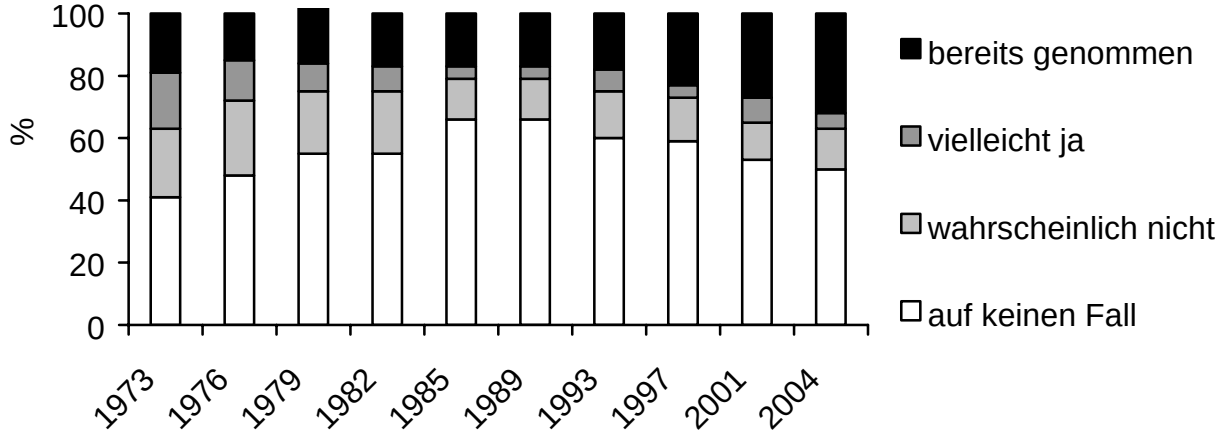


Abbildung 1: Affinität und Ablehnung von Drogen bei 12-25Jährigen

Die Konsumbereitschaft der Befragten hat sich für Cannabis von 21% im Jahr 1989 auf 47% im Jahr 2004 erhöht, während sie für alle anderen Substanzen zwischen 5% und 10% (Amphetamin, Ecstasy, Kokain) bzw. noch darunter (LSD, Heroin) liegt. Bei Personen *ohne Drogenerfahrung* ist die Bereitschaft, Cannabis zu konsumieren von 10% im Jahr 1989 auf 32% im Jahr 2004 (1993: 15%; 1997: 14%; 2001: 31%) angestiegen (BZgA 2004a).

Dabei spielt die Frage des Gesundheitsbewusstseins nur eine geringe Rolle. Während 43% der „Gesundheitsbewussten“ Cannabis „vielleicht einmal versuchen“ wollen, können sich das mit 50% nur geringfügig mehr „wenig Gesundheitsbewusste“ vorstellen. Erfahrung mit Cannabis findet sich jedoch deutlich häufiger bei Rauchern im Vergleich zu Nichtrauchern (44% vs. 5%) sowie bei Personen, die Erfahrungen mit Alkoholrausch haben (nie: 6%; 1-5 Mal: 36%; 6+: 67%). Auch hier muss berücksichtigt werden, dass alle betrachteten Merkmale mit dem Alter (hier 12 bis –25 Jahre) korrelieren, so dass eine inhaltliche oder gar kausale Verknüpfung mit dem Konsum von legalen Substanzen durch dieses Ergebnisse nicht bestätigt werden kann (BZgA 2004a).

1.5.4 Parlamentarische Initiativen und die Bürgergesellschaft

Parlamentarier des Bundestags waren an der Diskussion aktueller Themen aktiv beteiligt. Drogenpolitische Sprecher verschiedener Fraktionen nahmen unter anderem an der Cannabistagung in Berlin teil. Neben den Regierungsaktivitäten zur Drogenpolitik fanden keine spezifischen Initiativen statt. Auch größer angelegte nicht-staatliche Initiativen sind nicht bekannt.

1.5.5 Darstellung in den Medien

Sucht und insbesondere illegale Drogen wurden im Vergleich zu früheren Jahren weniger in der öffentlichen Diskussion und der Presse thematisiert. Dies schlug sich auch in einer vergleichsweise sehr geringen Resonanz des Drogenberichts der EBDD niederschlug. Eine systematische Auswertung der Presse im Hinblick auf drogenspezifische Themen war aus Kapazitätsgründen nicht möglich.

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.1 Überblick

Aspekte des Drogenkonsums

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

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

Datenquellen

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

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

Der bundesweite „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; ESA) ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie findet seit 1980 auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren alle 3-4 Jahre statt und wird mit finanzieller Unterstützung des BMGS seit 1990 durch das IFT München durchgeführt. Die Stichprobengröße beträgt seit 1995 jeweils rund 8.000 Personen. Ein Teil der Bundesländer finanziert eine regionale Aufstockung der Stichprobe, um auch für Landesauswertungen eine ausreichende statistische Grundlage sicherzustellen. Die letzte Erhebung fand 2003 statt (Kraus und Augustin 2004b).

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

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

Neben diesen regelmäßig durchgeführten Erhebungen werden im Auftrag einiger Bundesländer in unregelmäßigen Abständen auch Studien auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt, die sich unter anderem auf Ausmaß und Folgen des Konsums einer bestimmten Substanz, auf Gebrauchsmuster oder Merkmale einer bestimmten Konsumentengruppe konzentrieren. In Sachsen-Anhalt wurde bereits zum dritten Mal die Studie zur modernen Drogen- und Suchtprävention (MODRUS III) durchgeführt. Gefragt wurde unter anderem nach Gebrauchsformen und Einstellungen zu Drogen und Sucht (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt o. J.).

In Hamburg fand im Rahmen des „Local Monitoring System“ (LMS) erstmalig eine Erhebung unter 14 bis 18-jährigen Schülern der allgemeinbildenden und beruflichen Schulen unter dem Namen „Hamburger Schulbus“ mit einer Stichprobengröße von 3.780 statt. Neben dem Konsum von legalen und illegalen Rauschmitteln wurde nach familiärer und schulischer Situation, Zufriedenheit und Belastung sowie nach einer Einschätzung verschiedener Substanzen erfragt (Baumgärtner 2004b).

In Frankfurt wurde 2004, wie in den beiden Vorjahren, eine Befragung von 15 bis 18-jährigen Schülern zu Drogenkonsum, Freizeitverhalten und zur Lebenssituation durchgeführt (N=1.500). Der Vergleich der Prävalenzen ebenso wie der Lebensumstände gibt regional einen schnellen Einblick in Entwicklungen und Trends. Für die nationale Betrachtung können diese beiden Regionen wichtige Hinweise geben, da sie in Bezug auf Drogenkonsum häufig Trendsetter waren (Werse et al. 2005).

Es wird jeweils über die Ergebnisse der aktuellen Drogenaffinitätsstudie und der Bundesstudie sowie über relevante Teilergebnisse der anderen genannten Quellen berichtet. Soweit im Berichtsjahr keine neue Daten vorgelegt wurden, finden sich die Verlaufsdaten im Anhang dieses Berichts bzw. in früheren REITOX-Berichten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen ist allerdings zu berücksichtigen, dass mit einer nicht unerheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen ge-

rechnet 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). Neben den quantitativen Daten wurden auch qualitative Studien berücksichtigt. Vor allem sind hierbei Ergebnisse aus den Städten Hamburg und Frankfurt zu nennen, wo solche Untersuchungen durchgeführt worden sind (Baumgärtner & Gies 2005; Prinzleve et al. 2004).

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.2.1 Übersicht zum Konsum verschiedener Drogen

Der aktuelle Epidemiologische Suchtsurvey zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland wurde 2003 durchgeführt. Er zeigt, dass 25,2% der befragten 18- bis 59-jährigen Erwachsenen mindestens ein Mal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert haben (2000: 21,8%). Männer verfügen mit 31,3% (2000: 25,4%) über deutlich mehr Drogenerfahrung als Frauen mit 18,9% (2000: 18,1%). In der Altersgruppe von 21 bis 24 Jahren ist die Erfahrung mit 45,1% am weitesten verbreitet. Da seit dem letzten Bericht keine neuen epidemiologischen Daten zur Erwachsenenbevölkerung vorgelegt wurden, werden an dieser Stelle nur die wichtigsten ESA-Zahlen berichtet. Weitere Details aus dieser Erhebung wurden im letzten REITOX-Bericht veröffentlicht und sind in der Standardtabelle 1 zu finden.

Tabelle 3 beinhaltet eine Minimalschätzung der Fallzahlen für Deutschland auf Grundlage der Ergebnisse aus ESA und DAS. Da davon auszugehen ist, dass nicht alle Befragten ihren Konsum überhaupt und im tatsächlichen Umfang berichtet haben, handelt es sich dabei um eine Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

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

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

In einer Längsschnittstudie im Raum München wurde in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Substanzkonsum und die damit verbundenen Störungen sowie die Nutzung des Hilfesystems durch diese Personengruppe untersucht. Nur etwa 23% dieser Gruppe kontaktieren irgendwann im Laufe ihres Lebens eine psychosoziale Suchtberatungsstelle. Die Teilgruppe der Abhängigen nutzte mit 52,1% diese Angebote am häufigsten (Perkonigg et al. 2004).

2.2.2 Konsum einzelner Drogen im Vergleich

Etwa ein Viertel aller Erwachsenen unter 60 Jahren hat Erfahrungen mit Cannabis, 7,2% haben die Substanz in den letzten 12 Monaten konsumiert, 3,3% in den letzten 30 Tagen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Prävalenz von Cannabis in Deutschland

Quelle	Alter		Population	Absolut
Lebenszeit-Prävalenz				
DAS ’04	12-17	15,2%	5.684.349	864.000
ESA ’03	18-59	24,5%	47.140.383	11.549.000
DAS ’04 + ESA ’03	12-59	23,5%	52.824.732	12.413.000
12-Monats-Prävalenz				
DAS ’04	12-18	10,1%	5.684.349	574.000
ESA ’03	18-59	6,8%	47.140.383	3.206.000
DAS ’04 + ESA ’03	12-59	7,2%	52.824.732	3.780.000
30-Tage-Prävalenz				
DAS ’04	12-17	2,4%	5.684.349	136.000
ESA ’03	18-59	3,4%	47.140.383	1.605.000
DAS ’04 + ESA ’03	12-59	3,3%	52.824.732	1.741.000

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

Die Prävalenz des Konsums anderer Drogen liegt deutlich niedriger. Insgesamt haben mehr als 3,3 Millionen Menschen in Deutschland Kontakt mit anderen Drogen als Cannabis gehabt. Bei Erwachsenen stehen dabei Amphetamine und Kokain im Vordergrund, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Ecstasy und Schnüffelstoffe (Tabelle 4).

Tabelle 4: Prävalenz im Lebenszeitraum für weitere illegale Drogen

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

Quelle: DAS 2004 (BZgA 20054a; ESA 2003 (Kraus, Augustin & Orth 2005)

2.3 Drogenkonsum an Schulen und unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Drogenkonsum

Ergebnisse aus einer neuen Erhebung im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie wurden im Jahr 2004 veröffentlicht (methodische Details siehe 2.1). Vergleichbare Zahlen wurden im Rahmen der ESPAD-Studie an Schulen in sechs Bundesländern erhoben (Details finden sich im REITOX-Bericht des letzten Jahres). Im Folgenden werden, soweit nicht explizit auf andere Studien Bezug genommen wird, die Ergebnisse der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (DAS) dargestellt.

Von den befragten 12 bis –25-Jährigen haben 49% (Männer: 54%, Frauen: 44%) schon einmal Drogen angeboten bekommen, 32% (Männer: 36%, Frauen: 27%) haben diese schon einmal konsumiert, 13% taten dies im letzten Jahr (Männer: 17%, Frauen: 10%). Die verschiedenen Altersgruppen sind dabei – wie zu erwarten – in unterschiedlicher Weise betroffen. Je älter die befragte Gruppe, umso höher die Prävalenzen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Drogenangebot und -konsum in verschiedenen Altersgruppen von 12-25 Jahren

Merkmal	Altersgruppen			Gesamt
	12 - 15 Jahre	16 - 19 Jahre	20 - 25 Jahre	
Drogenangebot	14%	54%	63%	49%
Konsum im Lebenszeitraum	8%	36%	44%	32%
Konsum im letzten Jahr	5%	20%	15%	13%
Gegenwärtiger Konsum	1%	6%	6%	5%
10+ Konsum im letzten Jahr	1%	4%	4%	3%

Quelle: BZgA (2004a)

Die Ergebnisse der Hamburger „Schulbus-Untersuchung“ in der Altersgruppe 14 bis 18 Jahre (N=3.780) aus dem Jahr 2004 zeigen für den „aktuellen Konsum“ von Rauschmitteln mit 18,2% deutlich höhere Werte (Baumgärtner 2004a). Die unklare Operationalisierung der Begriffe „aktueller“ bzw. „gegenwärtiger“ Konsum, insbesondere die fehlende Festlegung eines Bezugszeitraums für die Frage, macht den Zahlenvergleich schwierig.

Konsum einzelner Substanzen

Erfahrungen mit Cannabis sind am häufigsten; Pilze, Amphetamine und Ecstasy folgen mit deutlich niedrigeren Prävalenzen, während alle weiteren Substanzen noch seltener zu finden sind. Abbildung 2 zeigt die Situation in der Altersgruppe 12 bis 25 für ganz Deutschland, während Abbildung 3 aktuelle Daten aus Hamburg darstellt.

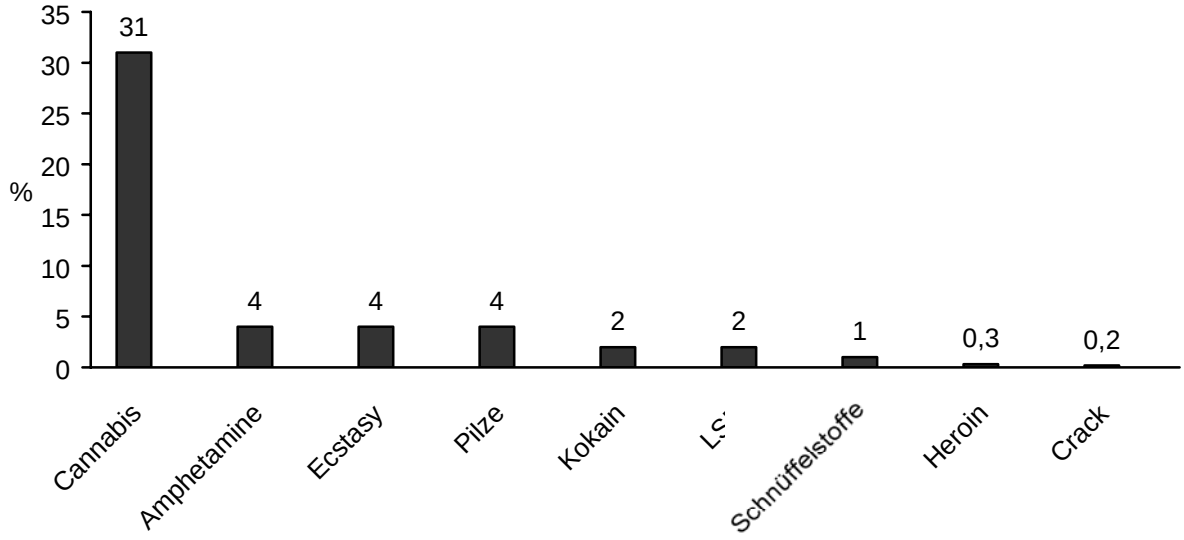


Abbildung 2: Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre in Deutschland
Quelle: BZgA (2004a)

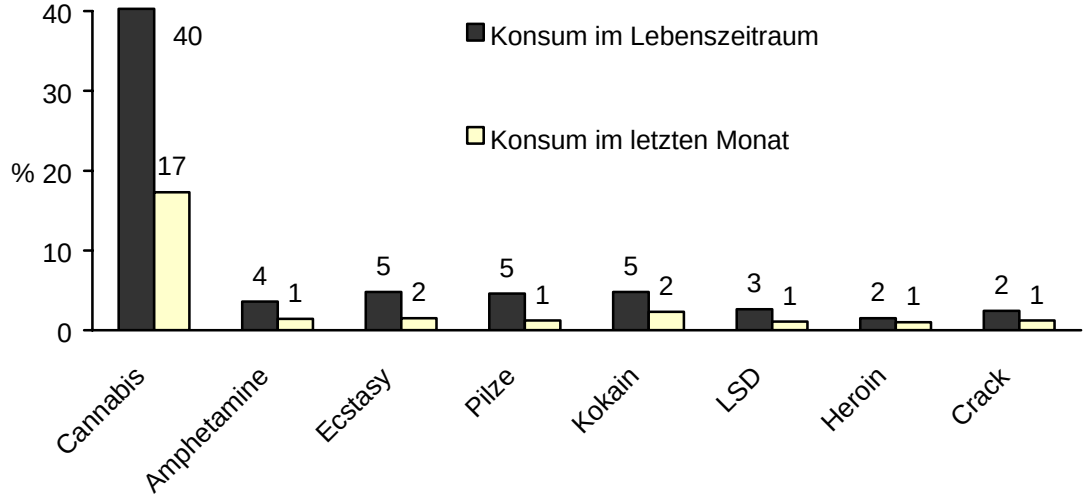


Abbildung 3: Konsum illegaler Drogen im Lebenszeitraum und im letzten Monat in der Altersgruppe 14-18 Jahre in Hamburg

Quelle: Baumgärtner (2004a)

Die Differenzierung nach Substanzen macht deutlich, dass Drogenkonsum und -erfahrung zumindest im frühen Jugendalter fast mit Cannabis gleichgesetzt werden kann. Die Prävalenzen für „alle Drogen“ und für Cannabis entsprechen sich beim Konsum im Lebenszeitraum (alle Drogen: 32%; Cannabis: 31%), im letzten Jahr (alle Drogen: 13%; Cannabis: 13%), und beim regelmäßigen Konsum (alle Drogen: 10%; Cannabis: 10%) weitgehend. 24% aller Befragen haben ausschließlich Cannabis konsumiert, 7% Cannabis und andere Drogen und nur 1% andere Drogen ohne Cannabis.

Die Prävalenz des Drogenkonsums im letzten Monat wurde in Hamburg bei der Schulbus-Erhebung 2004 mit folgenden Werten erfasst:: Cannabis: 18,5%, Kokain: 3,7%, Ecstasy: 3,0%, Amphetamine: 2,4%, Sonstige: 1,9% (Baumgärtner 2004a,b).

Auch die qualitative Studie von Baumgärtner und Gies (2005) im Rahmen des Hamburger Local Monitoring Systems (LMS) zeigt die besondere Rolle, die Cannabis unter den illegalen Drogen inzwischen spielt. Nach den Angaben von 22 Befragten („Key-Persons“) aus unterschiedlichen Konsumkontexten in Hamburg hat Cannabis in 11 von 14 dieser Kontexten eine herausragende Stellung. Damit hat diese Substanz neben dem überall gegenwärtigen Alkohol nach Einschätzung der Autoren „in der nachwachsenden Generation inzwischen ebenfalls den Status einer Alltagsdroge erreicht“. Das regionale Monitoringsystem MoSyd kommt bei der Betrachtung der Drogentrends für Frankfurt ebenfalls zu dem Schluss, dass Cannabis heute in „nahezu allen Szenen und Milieus (ausgenommen der offenen Drogenszene) die am weitesten verbreitete Droge ist (Werse et al. 2004).

Missbrauch von Medikamenten durch Drogenkonsumenten

Missbräuchlichen bzw. abhängigen Medikamentenkonsum betreiben Personen mit einer primären Problematik in dieser Substanzgruppe, häufig aber auch Personen mit primären Alkohol- oder Drogenproblemen. Das Monitoringsystem „ebis-med“ erfasst Missbrauch und abhängigen Konsum von Medikamenten unter Klienten einer Stichprobe von 36 ambulanten Einrichtungen. Für 2003 liegen insgesamt 784 Missbrauchsnennungen von 465 Klienten vor. Bei den Personen mit Opiatdiagnose fand sich vor allem ein Missbrauch von Flurazepam und Flunitrazepam. Diese werden in der Regel über den grauen Markt besorgt. Bei den Substitutionsmitteln wird Buprenorphin relativ häufig missbräuchlich konsumiert, wobei seine euphorisierende Wirkung von den Klienten als Grund angegeben wird (Rösner & Küfner 2005).

Gesamtbetrachtung und Trends

Berücksichtigt man, das die Daten des Hamburger „Schulbus“ für eine großstädtische Region tendenziell immer höhere Werte zeigen als nationale Erhebungen, die auch ländliche Bereiche mit einschließen, so sind die Prävalenzen der meisten Studien für vergleichbare Altersgruppen insgesamt recht ähnlich.

Allerdings liegen die Prävalenzen des Konsums in den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen in der Drogenaffinitätsstudie (DAS) durchgängig niedriger als die Vergleichswerte. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass bei den hier eingesetzten Telefoninterviews sozial

unerwünschtes Verhalten umso stärker geleugnet wird, je näher es zeitlich an den Befragungszeitpunkt heranrückt. ESPAD, HBSC und Schulbus setzen stattdessen schriftliche Erhebungsverfahren ein, bei denen die soziale Erwünschtheit das Antwortverhalten offensichtlich weniger stark bestimmt (Kraus, Bauernfeind & Bühringer 1998).

Tabellen 6 und 7 fassen für illegale Drogen insgesamt bzw. für Cannabis die Ergebnisse der aktuellen Studien zur Prävalenz des Konsums in den verschiedenen betrachteten Zeiträumen noch einmal zusammen. Es ist auch zu beachten, dass ESPAD und HBSC nur in 6 bzw. 4 der 16 Bundesländer stattgefunden haben, was ebenfalls eine Ursache für Verzerrungen sein kann.

Tabelle 6: Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Erhebung im Jahr	Alters-gruppe	Substanz	Region	Zeitraum		
					30 Tage	12 Monate	Lebens-zeitraum
BZgA	2004	12-15	Illegale	National	1,3%	5,5%	7,8%
BZgA	2004	16-17	Illegale	National	5,2%	20,8%	32,2%
BZgA	2004	18-19	Illegale	National	6%	20%	36%
ESPAD	2003	15-16	Illegale	6 Länder	15%	26%	33%
Schulbus	2004	14-18	Illegale	Hamburg	4%		42%

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

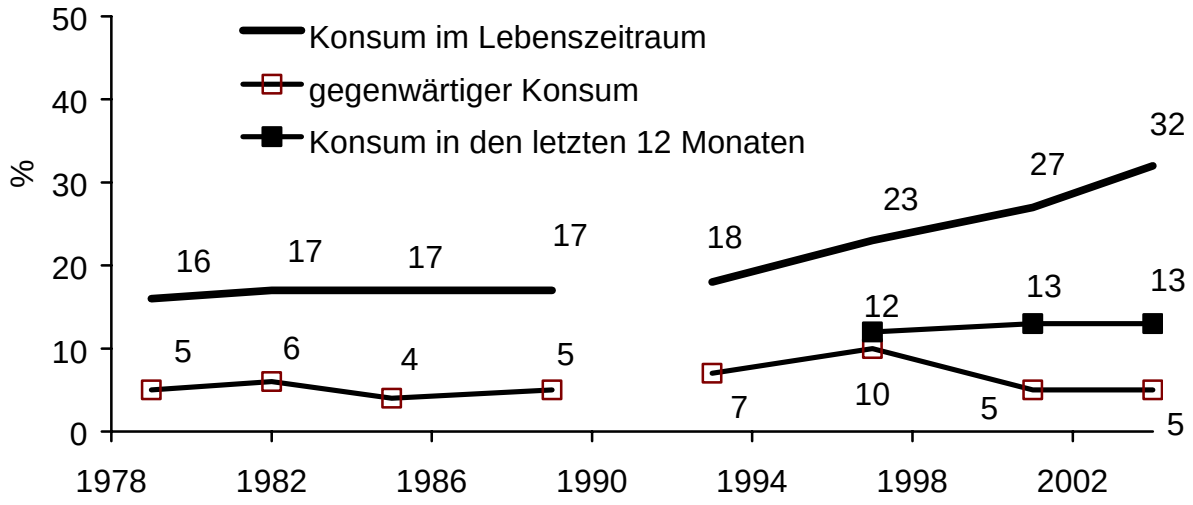
Tabelle 7: Prävalenzen des Konsums von Cannabis bei Schülern und Jugendlichen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Alters-gruppe	Substanz	Region	Zeitraum		
					30 Tage	12 Monate	Lebens-zeit
HBSC	2002	M=15,7	Cannabis	4 Länder		18%	24%
BZgA	2004	12-15	Cannabis	National	1%	5%	7%
BZgA	2004	16-17	Cannabis	National	5%	15%	32%
BZgA	2004	18-19	Cannabis	National	6%	19%	36%
ESPAD	2003	15-16	Cannabis	6 Länder		24%	31%
Schulbus	2004	14-18	Cannabis	Hamburg	17%		
Schulbus	2004	16	Cannabis	Hamburg	22%		44%

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

Die Entwicklung des Drogenkonsums im Lebenszeitraum und in den letzten 12 Monaten kann gut mit den Daten der Drogenaffinitätsstudie nachgezeichnet werden, die für die Altersgruppe 12 bis 25 Jahre seit 1979 vergleichbare Daten erhebt. Während sich die Drogenerfahrung im Lebenszeitraum in dieser Altersgruppe kontinuierlich von 16% im Jahr 1979 auf 32% im Jahr 2004 erhöht hat, liegt der "gegenwärtige Gebrauch" in den letzten beiden Erhebungen sogar unter dem Wert von 1997. Dies deutet darauf hin, dass zwar ähnlich viel oder sogar mehr Menschen im Verlauf eines Jahres Drogen mindestens einmal konsumiert haben. Die Häufigkeit oder zumindest Dauer des Konsums muss jedoch eher abgenommen haben, wenn man die Verringerung der Prävalenz des „gegenwärtigen" Konsums berücksichtigt. Auch hier ist nicht zu klären, ob diese Reduktion mit der Veränderung des Messverfahrens vom mündlichen (bis Erhebung 1997) zum telefonischen (ab Erhebung 2001) Interview zusammen hängt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Entwicklung des Drogenkonsums in der Altersgruppe 12 bis 25



Quelle: BZgA (2005a)

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) zeigt in der Altersgruppe 18 bis 24 einen Anstieg der Prävalenzen für den Konsum im letzten Jahr (2000: 22.6:%; 2003: 23,5%). Auch in dieser Quelle fällt jedoch der Anstieg im Vergleich zum Konsum im Lebenszeitraum niedriger aus (2000: 38.5:%; 2003: 44,2%) (Kraus, Augustin & Orth 2005). Ein aktuelles regionales Ergebnis aus Frankfurt deutet auf eine Stabilisierung der Konsumsituation hin. Bei den 15 bis 18-Jährigen war zwischen 2002 und 2004 ein Rückgang der Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat (2003: 20%; 2004: 12%) zu verzeichnen. Auch der Anteil der Intensivkonsumenten hat sich verringert (Werse et al. 2005).

Die spezifische Rolle von Cannabis auch für den Einstieg in den Konsum anderer Drogen wird in einer Längsschnittstudie zum Konsum psychoaktiver Substanzen und damit verbundener Störungen im Bereich München deutlich. Es konnte gezeigt werden, dass der Konsum von Cannabis in einem jüngeren Lebensalter neben der Verfügbarkeit der Droge Prädikator eines späteren Ecstasykonsums ist (Zimmermann et al. in press). Dies wird von dieser Studie noch einmal unterstrichen.

Zum Vergleich soll hier noch die aktuelle Raucherquote in Deutschland genannt werden: 2003 rauchten von den 18 bis 29-jährigen Männern 21,9% täglich und 6,1% gelegentlich. Bei den Frauen lauteten die Zahlen: 29,2% bzw. 8,1%. Eine Trendbetrachtung von 1986 bis 2003 (Altersgruppe 25 bis 69 Jahre) ergibt bei den Männern einen Rückgang um 3,6 Prozentpunkte, während die Prävalenz bei Frauen um 3,4 Prozentpunkte zunahm (Lampert & Burger 2004). Eine Trendbetrachtung jüngeren Datums kommt für die Entwicklungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen allerdings zu positiveren Ergebnissen: die Raucherquote ist in der Altersgruppe 12 bis 17 Jahre zwischen 2003 und 2005 von 23% auf 20% gefallen. Der Rückgang war für Frauen deutlicher ausgeprägt als für Männer (BZgA 2005b).

Alter bei Erstkonsum

Das Alter beim ersten Konsum von Drogen hat sich in der hier betrachteten Gruppe der 12 bis 25-Jährigen seit 1993 unterschiedlich entwickelt. Während für Amphetamine, LSD und Ecstasy die Lage stabil blieb, hat das Durchschnittsalter für den Erstkonsum von Kokain und Schnüffelstoffen zugenommen und für Cannabis abgenommen. Aufgrund der breiteren Zahlenbasis ist vor allem der Wert für Cannabis von Bedeutung (1993: 17,5; 1997: 16,7; 2001: 16,5; 2004: 16,4 Jahre). Die deutlichste Veränderung zeigte sich zwischen 1993 und 1997 (BZgA 2004a). Kraus, Augustin & Orth (2005) fanden beim Altersvergleich bei Erstkonsum von Cannabis zwischen den Geburtsjahrgängen vor 1978 mit jüngeren Befragten ebenfalls eine Verschiebung des Altersschwerpunktes nach unten.

In einer Studie unter Besuchern von Technodiscotheken (N=113) fanden sich Zusammenhänge zwischen Depressivität, Ängstlichkeit und Aggressivität und einem frühen Konsumbeginn von Ecstasy (Wartberg et al. 2004).

Soziale Situation und Drogenkonsum

Im Freundeskreis der meisten 12 bis 25-Jährigen werden keine Drogen konsumiert, bei 7% von ihnen nimmt mindestens die Hälfte der Freunde Drogen. Leichter Zugang zu Drogen, Konsumbereitschaft und der tatsächliche Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten korreliert mit der Verbreitung von Drogenkonsum in der Peergruppe. Von den Befragten, deren Freunde zu mindestens 50% Drogen nehmen, konsumieren 64% gegenwärtig selbst. Konsumiert keiner der Freunde, liegt dieser Anteil bei 3%. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass nicht nur die Gruppe das Verhalten ihrer Mitglieder beeinflusst, sondern dass der Einzelne sich auch aktiv bestimmte Gruppen entsprechend seiner Interessen sucht. Zudem steckt im Vergleich der drei Gruppen als Covariate das Alter des Befragten (Tabelle 8), mit dem alle vier Merkmale korrelieren dürften (BZgA 2005a).

Tabelle 8: Drogenaffinität und Freundeskreis in der Altersgruppe von 12-25 Jahren

Merkmal	Anteil von Drogenkonsumenten im Freundeskreis		
	keiner	einige wenige	Hälfte oder mehr
Drogenangebot erhalten	33%	79%	93%
Erstes Angebot abgelehnt	87%	80%	68%
Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten	3%	25%	64%

Quelle: BZgA 2005a

Die Differenzierung des Drogenkonsums nach Schultyp ergibt für die jüngere Altersgruppe nur wenig Unterschiede. Bei Schülern bis einschließlich 10. Klasse gaben 8% (Hauptschule, Realschule) bzw. 9% der Befragten (Gymnasium) einen Konsum von Drogen im letzten Jahr an. Berufsschüler sind mit 16% vergleichsweise etwas weniger betroffen als Gymnasiasten der Oberstufe ab Klasse 11 (21%). Die deutlichsten Unterschiede finden sich in der Altersgruppe 12 bis –25 Jahre zwischen Erwerbstätigen (7%) und Hochschülern (22%) (BZgA 2005a).

Gründe für Konsum und für Ablehnung von Konsum

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die beim ersten Angebot von Drogen den Konsum abgelehnt haben, taten dies vor allem aus mangelndem Interesse (43%). Daneben steht die Angst vor negativen gesundheitlichen Folgen im Vordergrund: 20% geben Angst vor Sucht, 19% Unsicherheit über die akute Wirkung und 19% Angst vor gesundheitlichen Schäden als Grund an. Die Strafbarkeit des Besitzes von Drogen, die knapp 90% der Befragten kennen, ist nur bei 6% Grund für die Ablehnung (BZgA 2005a).

Während Heroin und Crack außerhalb der Straßenszene klar abgelehnt werden, finden sich alle anderen Drogen mit unterschiedlichen Gebrauchsmustern in den verschiedenen Konsumkontexten. Auch die Verbindung von Musik und Drogen wird – je nach Musikrichtung – unterschiedlich gewichtet und beschrieben. Neben Ketamin und GHB, die im Partybereich auftreten, gibt es in Bezug auf neue Substanzen nur sporadisch den Hinweis auf hochpotentes „Thai-Ecstasy“, das jedoch bisher nicht auf dem Drogenmarkt aufgetaucht ist (Baumgärtner & Gieß 2005).

2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Personen mit illegalem Aufenthaltstatus

Eine schwer abzuschätzende, aber wohl zahlenmäßig zunehmende Bevölkerungsgruppe sind Personen, die sich ohne gültige Aufenthalts- oder Arbeitserlaubnis in Deutschland aufhalten (Die Welt, 12.6.2005). Berichte über ähnliche Gruppen gibt es auch aus anderen europäischen Ländern. Der Zugang zum allgemeinen Gesundheitssystem ist diesen Personen offiziell verwehrt. Soweit Hilfe geleistet wird, darf diese nicht dokumentiert werden. Routineinformationen über Drogenprobleme aus dieser Gruppe, die auch im Drogenhandel

eine Rolle spielen dürfte, gibt es deshalb ausschließlich aus den Drogenberatungsstellen, da dort Beratung kostenlos und gegebenenfalls auch anonym zugänglich ist.

Obwohl derzeit keine Hinweise auf eine besondere Problematik dieser Gruppe vorliegen, erscheint das weitgehende Fehlen von Informationen über mögliche Suchtprobleme in dieser Bevölkerungsgruppe als problematisch.

Aussiedler

Eine explorative Studie von Speck und Kollegen (2005) verglich im Jahr 2002 eine Gruppe von 100 Aussiedlern, die eine klinisch diagnostizierte Suchterkrankung aus dem Bereich illegaler Drogen aufwiesen, mit 100 zufällig ausgewählten einheimischen Patienten der Kliniken. Grundlage der Analyse war die Behandlungsdokumentation. Zusätzlich wurden 10 qualitative Interviews mit Aussiedlern durchgeführt, die als Patienten in der Klinik behandelt wurden. Bei vielen überprüften Merkmalen zeigten sich nur in wenigen Bereichen signifikante Unterschiede. Der Männeranteil lag bei den Aussiedlern mit 93% deutlich über dem Vergleichswert für einheimische Patienten (75%). Sedativa, Halluzinogene und Cannabis spielten bei Aussiedlern eine geringere Rolle, der Konsumbeginn lag später als bei Einheimischen und Hepatitisinfektionen lagen signifikant häufiger vor (63% vs. 48%).

Drogenkonsumierende Prostituierte

Im Umfeld einer Einrichtung für jugendliche drogenabhängige Prostituierte in Hamburg wurde eine Studie durchgeführt, die sich mit der persönlichen Entwicklung, den Lebensumständen sowie mit der Qualität der Betreuung dieser Zielgruppe beschäftigte. Im Jahr 2002 nahmen 94 abhängige Prostituierte an einer Fragebogenerhebung statt, 20 beteiligten sich an qualitativen Interviews. Daneben wurden aus den beteiligten Einrichtungen 4 Mitarbeiterinnen befragt. Die Situation der Frauen stellt sich als eine Mischung aus schwierigen persönlichen und familiären Voraussetzungen, einer Suchtgeschichte, Wohnungslosigkeit und ungenügenden schulischen und beruflichen Voraussetzungen für den Arbeitsmarkt dar. Die Prostitution verstärkt den Drogenkonsum weiter, was die Probleme der Konsumenten verschärft (Zurhold 2005).

3 Prävention

3.1 Übersicht

Auf der Grundlage eines breiten fachlichen Konsenses ist die Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren der tragende Pfeiler der Suchtprävention in Deutschland, soweit sich diese als Verhaltensprävention versteht. Maßnahmen richten sich je nach Zielsetzung zum einen universell ausgerichtet an die Allgemeinbevölkerung sowie verstärkt selektiv/indiziert an spezifische Zielgruppen und Personen mit bestimmten Risikomerkmalen. Die langfristigen Schwerpunkte der Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung sind in 1.1 beschrieben. Strukturverändernde Maßnahmen finden verstärkt im Bereich der legalen Suchtmittel Anwendung: durch gesetzliche Regelungen auf Bundesebene (z.B. durch das Tabakwerbeverbot, die Tabaksteuererhöhung, das Gesetz zur Besteuerung von Alkopops) und durch Vereinbarungen auf Länderebene, wie beispielsweise im Bezug auf die rauchfreie Schule.

Die praktische Umsetzung präventiver Maßnahmen erfolgt auf lokaler, regionaler und auf Bundesebene, wobei die in den Ländern eingerichteten Fachstellen für Suchtprävention eine wichtige Rolle spielen. Die BZgA stellt sicher, dass die wissenschaftlichen Grundlagen für die Suchtprävention in Deutschland aktuell nutzbar zur Verfügung gestellt werden (Details siehe 3.4.1).

Schwerpunkte der Prävention

Bund und Länder legen weiterhin den Schwerpunkt auf die Bekämpfung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, vor allem auf die Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums. Zusätzlich wird der Blick zunehmend auf den Medikamentenmissbrauch der Gruppe der über 50-jährigen Frauen gerichtet. Der Stellenwert der Prävention soll dabei weiter gestärkt werden. Cannabiskonsum und Cannabisstörungen haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Verstärkt werden deshalb Präventions- und Informationsmaßnahmen zur Frühintervention in diesem Bereich eingesetzt, die riskante Konsummuster und ein frühes Einstiegsalter berücksichtigen.

Angesichts des Missbrauchs von „Partydrogen“ wird die Praxis der Risikominimierung weitergeführt und ausgebaut. Zahlreiche Präventionsaktivitäten beschäftigen sich mit dem Mischkonsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen und sorgen für die Qualifikation der Mitarbeiter in der Prävention und Behandlung im Umgang mit Problemen durch Mischkonsum.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden Angebote für Zielgruppen in besonders belasteten Lebenssituationen wie Migranten, suchtbelastete Familien, Jugendliche, die bereits mit einer Alkoholvergiftung aufgefallen sind, junge Straffällige und andere Risikogruppen.

Akteure im Bereich Prävention

In Deutschland sind in der Suchtprävention unterschiedliche Akteure auf verschiedenen Ebenen aktiv. Auf der Bundesebene sind das Ministerium für Gesundheit und Soziale

Sicherung (BMGS), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als nachgeordnete Behörde des Ministeriums und die Bundesverbände verschiedener Organisationen, z.B. die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen sowie Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zu nennen. Auf der Landesebene spielen die Ministerien der Länder, Landesverbände (z.B. Landessportbund) und die Landeskoordinierungsstellen eine wichtige Rolle. Die größte Nähe zur Praxis zeigt sich auf kommunaler Ebene, bei den Einrichtungen der kommunalen Verwaltung (z.B. Jugendämter, Gesundheitsämter) sowie bei den kommunalen Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und bei Vereinen.

Kooperation, Transfer und Evaluation

Die praktische Umsetzung präventiver Maßnahmen erfolgt auf lokaler, regionaler und auf Bundesebene, wobei die in den Bundesländern eingerichteten Fachstellen für Suchtprävention eine wichtige Rolle spielen. Um Kräfte zu bündeln und Synergien zu schaffen, wird die Kooperation zwischen Bund und Ländern zunehmend ausgeweitet. Um begrenzte Ressourcen zu bündeln, werden gemeinsame Maßnahmen realisiert. Beispiele hierfür sind das internetgestützte Expertennetzwerk „PrevNet“ (www.prevnet.de), das Dokumentationssystem „dot.sys“ (Details siehe 3.4) und das Projekt „Healthy Nightlife“ sowie Kooperationen im Bereich „Rauchfreien Schule“.

3.2 Universelle Prävention

3.2.1 Schule

Die Schule stellt nach wie vor ein wichtiges Setting für suchtpräventive Maßnahmen dar. 60% der 170 Projekte, die in der Datenbank des ExpertInnennetzwerks PrevNet eingetragen sind, finden im Setting Schule statt und 57% aller Materialien (vorwiegend Broschüren und Flyer) beziehen sich ebenfalls auf das schulische Umfeld (www.prevnet.de).

Schulische Suchtprävention wird aufgrund der Länderhoheit in jedem Land gesondert geregelt. Strategien, die in der Regel in die Schulcurricula eingefügt worden sind, bestehen aus Bausteinen mit substanzunspezifischen Fragestellungen (z.B. Umgang mit Konflikten) und substanzspezifischen Inhalten (z.B. Tabakkonsum). Universelle, schulbasierte Lebenskompetenzprogramme, die evaluiert wurden und teilweise flächendeckenden Einsatz in der Schule gefunden haben, wurden im vorangegangenen Bericht ausführlich dargestellt und können dort nachgelesen werden.

Nachdem eine Reihe evaluierter Lebenskompetenzprogramme (LKP) vorliegen, steht für die Praxis nun die Integration in den Schulalltag im Vordergrund. Problematisch ist, dass zum einen wenig Bereitschaft zur Freistellung von Unterrichtszeit für die Durchführung der Programme besteht, und zum anderen die Finanzierungsgrundlage für Lehrerschulungen und für die Weiterentwicklung der Programme fehlt.

Neben den klassischen Lebenskompetenzprogrammen werden verstärkt Maßnahmen entwickelt und angewandt, die sich gezielt an gefährdete Jugendliche in der Schule richten und frühinterventive Strategien beinhalten.

Im Jahr 2004 wurde die BZgA-Wanderausstellung „Sehnsucht“ , die über Ursachen, Hintergründe und Wege aus der Abhängigkeit informiert, in vier Orten durchgeführt. Die hierzu dokumentierten Zahlen zeigen, wie viele Personen durch solche Angebote erreicht werden können: 41.108 Personen besuchten die Ausstellung, weitere 10.245 Schüler und 625 Lehrer nahmen an Führungen teil. Im Internet fanden sich Hinweise darauf auf 101 Websites. Für die Anbindung an die Region sorgen unter anderem 42 beteiligte örtliche Präventionseinrichtungen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

An dem Wettbewerb für Schulklassen „Be smart, don’t start“, der den Einstieg ins Rauchen verzögern soll, beteiligten sich im Schuljahr 2004/2005 insgesamt 10.994 Schulklassen mit rund 280.000 Schülern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Leitfaden „Cannabis und Schule“

Angesichts der Ausbreitung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Leitfaden „Cannabis und Schule“ zur Früherkennung für die Schule entwickelt. Er enthält Vorschläge für Lehrpersonen an weiterführenden Schulen zum Umgang mit Cannabis-bezogenen Problemen im schulischen Kontext.

Ein weiteres Beispiel ist das Projekt „Bekifft in der Schule – Hilfen zur Vorbeugung und Problemlösung“ in Hamburg:

Projekttitel	„Bekifft in der Schule – Hilfen zur Vorbeugung und Problemlösung“
Institution	Suchtpräventionszentrum (SPZ), Suchtberatungsstellen, Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hamburg)
Zielgruppe	Personal weiterführender Schulen, Schüler
Projektziele	Qualifizierung zur Früherkennung und Frühintervention, Vorbeugung von Cannabiskonsum, Brückenschlag zwischen Schule und Suchtberatung
Aktivitäten	10 Module umfassendes Training mit zwei Trägern der öffentlichen Erziehung zur Wahrnehmung von Cannabiskonsum und zur Ansprache betroffener Schüler

Alkopops

Mehrere Bundesländer haben Elternbriefe und Informationsveranstaltungen/Elternabende zum aktuellen Problemfeld der Suchtvorbeugung bei „Alkopops“ entwickelt. Diese präventiven Maßnahmen begleiten die gesetzgeberischen Aktivitäten, durch die der Konsum dieser Alkoholmischgetränke mithilfe einer Sondersteuer reduzieren werden sollte. Weitere Details hierzu finden sich in Kapitel 1.3.4.

Online-Berater

In Berlin können Lehrer und Schulpsychologen an einer Ausbildung zum Online-Berater zur Suchtprävention teilnehmen.

Peer Projekt an Fahrschulen

Das „Peer Projekt an Fahrschulen“, das im vergangenen Bericht vorgestellt wurde, wird weiterhin in acht Bundesländern durchgeführt. Dabei sprechen Studenten mit Gleichaltrigen über die Gefahren von Alkohol am Steuer. Es hat sich gezeigt, dass die Fahrschüler mit Peers viel offener über die Themen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr diskutieren, als mit Erwachsenen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Rauchfreie Schule

Neben den Lebenskompetenzansätzen und frühinterventiven Maßnahmen in der schulischen Prävention findet das Projekt „Rauchfreie Schule“ im Bereich der strukturellen Suchtprävention weitere Ausbreitung in Deutschland. In sieben Bundesländern ist per Verordnung bzw. Gesetz ein generelles Rauchverbot an öffentlichen Schulen eingeführt worden. In den anderen Bundesländern laufen diverse Projekte, wie z.B. „I lost my lung, Bob!“ aus Niedersachsen, die auf freiwillige Vereinbarungen zur rauchfreien Schule abzielen. Aber auch in Ländern wie Schleswig-Holstein oder Niedersachsen, die noch keine gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot an Schulen getroffen haben, wird der Ruf nach generellen Verboten lauter.

Insgesamt spricht die empirische Befundlage dafür, schulische Suchtprävention stärker als bisher systemorientiert zu gestalten, das heißt, die präventiven Bemühungen nicht nur direkt auf die Schüler und Schülerinnen, sondern auch auf deren Lebensumwelt auszurichten (Leppin 2004). Ein Schritt in diese Richtung wird mit dem Hamburger „Local Monitoring System“ (LMS) getan. Es erfasst quantitative und qualitative Informationen zur Situation des Drogenkonsums in Bezug zur Lebensumwelt der Jugendlichen und gibt damit aktuell und zeitnah Aufschluss über Veränderungen im Konsumverhalten von Jugendlichen. Dies dient u. a. der Unterstützung bei der Planung praxisnaher Präventionsmaßnahmen (Baumgärtner & Gies 2005, siehe auch Kapitel 2.1 und 2.3).

3.2.2 Familie

In diesem Präventionsbereich liegt der Schwerpunkt vor allem auf der Elternarbeit, sowohl bei der Einbindung in suchtpräventive Projekte in Schule und Kindergarten, wie z.B. „Spielzeugfreier Kindergarten“ oder bei o.g. Lebenskompetenzprogrammen in der Schule, vorwiegend in Form von Elternabenden. Neben Basisinformationen über Sucht und Substanzen, wie sie zahlreiche Handbücher und Broschüren vermitteln, beinhaltet die Elternarbeit einerseits die Sensibilisierung für familiäre Schutz- und Risikofaktoren, andererseits bietet sie Orientierungshilfe und Stütze in Erziehungsaufgaben, um so die Eltern stärker in suchtpräventive Aktivitäten einzubinden.

Elternkurse

Oft werden suchtpräventive Elemente in Elternkursen zur Unterstützung bei der Erziehung eingeflochten. Ein Beispiel für Suchtprävention durch Elternbindung und für eine Spielplatzaktion ist das Frankfurter Projekt „Suchtprävention ist sinnvoll!“ mit folgenden Angeboten:

- Regelmäßige Seminare und Informationsabende zu Erziehungsfragen rund um das Thema Suchtvorbeugung
- Aktive Gesundheitsförderung mit regelmäßigen praktischen Anregungen im Bereich Ernährung, Entspannung
- Mitgestaltung und Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern und Familien im nahen sozialen Umfeld (regelmäßiges Spielplatzprogramm)

  (siehe www.hls-online.org/impuls_eltern.html)

Einen neuen Ansatz in der Elternarbeit bietet folgendes Projekt:

Projekttitel	Generation E – Werkstatt für kreative Elternarbeit (siehe Eddra http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=5079) und www.prevnet.de, Rubrik Projekte)
Institution	Präventionszentrum Bremen-Nord in Kooperation mit dem ISP Wien und der Fachstelle für Suchtprävention Bozen
Zielgruppe	Eltern von Kindern im Grundschulalter, in der Pubertät und Eltern mit essgestörten Töchtern und Söhnen
Aktivitäten/Ziele	"Generation E" ist ein Produktentwicklungsprojekt, in dem suchtpräventive Angebote für die ganze Familie entwickelt und in standardisierter Form ausgearbeitet werden. Allgemeine Zielsetzung des Projekts ist die Förderung einer gesunden und kreativen Lebensgestaltung bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Familie, unter anderem mit dem Ziel der Verhinderung einer Suchtentwicklung.

Wettbewerb „Elternarbeit in der Suchtprävention“

Um neue und wirksame Aktivitäten vorzustellen und den Erfahrungsaustausch der Institutionen untereinander zu fördern, hat die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. 2004 im Rahmen des internetgestützten Eltern-Portals zur Suchtvorbeugung „www.starke-eltern.de“ einen landesweiten Wettbewerb mit dem Thema „Elternarbeit in der Suchtprävention“ ausgeschrieben. Das Projekt „Eltern stark machen – suchtpräventive Elternarbeit“ der Fachstelle Prävention in Kooperation mit der Stadt Frankfurt hat den Suchtpräventionspreis in diesem Jahr erhalten. Es handelt sich bei dem Projekt um einen Fortbildungsbaustein für pädagogische Fachkräfte aus Kindertagesstätten in Frankfurt am Main (siehe www.prevnet.de, Rubrik Projekte).

Neben allgemeinen Untersuchungen von Elternkursen lassen sich Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von Elternarbeit hinsichtlich der Suchtprävention in Deutschland nach wie vor nicht aus nationalen Studien ableiten und werden deshalb nur aus der internationalen Forschung generiert (Schmidt 2004).

3.2.3 Gemeinde

Gemeindenahe Projekte zur Suchtvorbeugung haben bisher in Deutschland wenig Tradition. Empirische Studien über die Wirksamkeit von gemeindeorientierten Maßnahmen sind ebenfalls noch begrenzt (Tobler et al. 2000). Bei dem Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“, der 2001/2002 auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum ersten Mal ausgelobt worden war, wurden 220 Wettbewerbsbeiträge aus 193 Städten, Landkreisen und Gemeinden eingereicht. Diese Zahl lässt zwar keine repräsentativen Aussagen über den Stand der kommunalen Suchtprävention zu, aber die Zahl von 47 Wettbewerbsbeiträgen zum Thema „Tabakprävention vor Ort“ im Folgejahr zeigt, dass auf kommunaler Ebene eher Anstrengungen im Bereich der universellen Suchtprävention unternommen werden und spezifische Bereiche eine eher untergeordnete Rolle spielen (Difu 2004).

Die Landesstelle Berlin gegen Suchtgefahren e.V. beispielsweise unterstützt verschiedene Suchtpräventionsprojekte in sozial stark benachteiligten Gebieten Berlins:

Projekttitel	Treberladen, KIK (Kids im Kiez), Treffpunkt Waldstraße, Jugendcafé GAK (Grüner Arbeitskreis), Zeynom, Drogenfreier Treffpunkt Avanti44, BÖ 9, Straks (Straßen-Kiez-Sozialarbeit)
Institution	Verschiedene, unterstützt von der Landesstelle Berlin gegen Suchtgefahren e.V. (www.landesstelle-berlin.de/e280/e2823/ e2825/e2840/index_ger. html)
Zielgruppe	Suchtgefährdete Kinder und Jugendliche
Aktivitäten/Ziele	Zur Verringerung der Risiken von Suchtentwicklungen gilt es, protektive, persönlichkeitsstärkende Faktoren zu entwickeln und die Risikofaktoren für Suchtentwicklungen zu reduzieren, d.h. Vermittlung von Wissen über Sucht, Drogen und Konsumrisiken. Entwicklung von Risikobewusstsein, Einstellungen, Werten, Genuss- und Erlebnisfähigkeit, Selbstwertgefühl, individuellen Ressourcen zur Lebensbewältigung

Kinder stark machen – „Klub 2006, die FIFA im Verein“

Unter dem Motto „Klub 2006 – Die FIFA im Verein“ wurde vom Organisationskomitee Fußballweltmeisterschaft 2006 (OK) eine bundesweite Vereinskampagne ins Leben gerufen. Kern der OK-Vereinskampagne ist ein Wettbewerb, der suchtpräventiv aktive Vereine mit „WM-Punkten“ und anschließend mit attraktiven Preisen belohnt. Die BZgA ist mit der Kampagne „Kinder stark machen“ an der Vereinskampagne beteiligt. Ziel ist es, die breite Aufmerksamkeit an der WM und der Vereinskampagne des OK für die Kommunikation suchtpräventiver Botschaften zu nutzen. Die Beteiligung von „Kinder stark machen“ gewährleistet eine hohe Zielgruppenerreichung von Trainingspersonal deutscher Sportvereine, Eltern und Kindern über die Ansprache von 27.000 Vereinen. Inzwischen haben sich zahlreiche Sportvereine für die Durchführung ihrer Aktivitäten unter dem suchtpräventiven Motto „Kinder stark machen“ entschieden. Bis Ende 2004 sind bereits 160 Aktionen durchgeführt und dokumentiert worden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

MoQuaVo – Motivation und Ausbildung von Freiwilligen

Das europäische Kooperationsprojekt CBAP "Community Based Addiction Prevention" hat es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Motivation und Ausbildung von Freiwilligen im Bereich der Suchtprävention zu fördern und hat daher mit Beteiligung von sieben europäischen Ländern das „MoQuaVo-Manual“ zur Freiwilligenarbeit in der Suchtprävention veröffentlicht. Es setzt damit einen neuen Trend in der gemeindenahen Prävention mit ehrenamtlichen Kräften. Neben einem kurzen Überblick über die aktuelle Situation der Freiwilligenarbeit und der Suchtprävention liegt der Schwerpunkt des Buches auf praxisnahen Leitlinien und Handlungsanweisungen im Hinblick auf die Motivation und Qualifikation von Freiwilligen sowie auf die Evaluation der Freiwilligentätigkeit.

Im Oktober 2004 fand der Europäische Kongress „Motivation and Qualification of Volunteers“ in Luxemburg statt. Dieser schloss mit dem Ergebnis, dass der persönliche Gewinn sowie die Möglichkeit, neue Kompetenzen und Fähigkeiten aus der Freiwilligenarbeit zu gewinnen, an Bedeutung zunehmen und sich daher neue Anforderungen an die Gestaltung der Freiwilligentätigkeit stellen. Durch ihre Nähe zur Zielgruppe bilden sie eine wichtige Brücke zwischen den professionellen Hilfsangeboten und alltäglicher Unterstützung (http://www.ecbap.net/).

Die Expertise des Bremer Instituts für Drogenforschung (BISDRO) zu Drogengebrauch und drogenpräventiven Ansätzen in benachteiligten städtischen Quartieren kommt zu dem Ergebnis, dass suchtpräventive Projekte im Quartier verankert und vernetzt und von Jugend-/Drogenhilfe, Schule und Eltern gemeinsam getragen werden sollten. Die Vernetzung und enge Kooperation im Sozialraum verspricht Aussicht auf eine Verstetigung und Nachhaltigkeit (Stöver & Kolte 2003).

3.3 Selektive/ indikative Prävention

3.3.1 Der organisierte Freizeitbereich

Im organisierten Freizeitbereich gibt es in vielen Bundesländern Zusammenschlüsse von Mitgliedsverbänden zur Förderung des gesetzlichen, erzieherischen und strukturellen Jugendschutzes mit dem Schwerpunkt auf Suchtprävention. Sie zielen nach wie vor vorrangig darauf ab, das Freizeitangebot nach den Bedürfnissen und Problemen der Jugendlichen auszurichten und die Mitarbeiter von Jugendeinrichtungen im Umgang mit auffälligen Jugendlichen zu schulen (Schmidt 2004). Generell ist in den verschiedenen Angeboten der Jugendhilfe eine klare Tendenz zur Enttabuisierung und Öffnung für jugendliche Problemkonsumenten zu erkennen. Allerdings sind die suchtpräventiven Maßnahmen aufgrund umfangreicher Kürzungen in diesem Bereich stark zurückgegangen.

Eine stärkere Vernetzung und Integration von Jugend- und Drogenhilfe wird gefordert, da die notwendigen Voraussetzungen für einen fachlich angemessenen Umgang mit Drogenkonsum noch etabliert und entwickelt werden müssen (Farke, Graß & Hurrelmann 2003). In Berlin werden hierzu beispielsweise Mobile Teams zur Suchtprävention eingesetzt, in Sachsen-Anhalt werden Fortbildungen zum Umgang mit drogenkonsumierenden Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe durchgeführt (weitere Projektbeispiele siehe Vorjahresbericht).

3.3.2 Der nicht-organisierte Freizeitbereich

Party-Projekte

Im nicht-organisierten Freizeitbereich gehört die Suchtprävention – und gerade Maßnahmen für das Nachtleben – weiterhin nur in Ausnahmen zum Regelangebot; anders als in der Schule und im Arbeitsleben, wo suchtpräventive Aktivitäten fest verankert sind. Zunehmend etablieren sich jedoch die von Szeneinitiativen durchgeführten Party-Projekte und erhalten politische Unterstützung. Die Projekte und Maßnahmen verfolgen das Ziel, die gefährdeten Jugendlichen (besonders unter Einbeziehung von Peers) zu erreichen, einen Einstieg in den riskanten Suchtmittelkonsum zu verhindern bzw. zu einem frühen Ausstieg aus dem Konsum zu motivieren (Aktionsplan Drogen und Sucht 2003). Das Angebot der Einsätze auf Partis reicht von Infoständen über Beratungsgespräche, kulturelle Angebote und Entspannungstechniken bis hin zu strukturellen Maßnahmen. Dazu gehört das Angebot alkoholfreier Getränke, die billiger als alkoholische sind, frei verfügbares kühles Trinkwasser, Chill-out-Bereiche, Kooperationen mit lokalen Akteuren (z.B. relevante Behörden) sowie der Einsatz von geschultem Personal für medizinische Notfälle. Beispiele für Party-Projekte sind unter www.partypack.de (Köln), www.drugscouts.de (Leipzig), www.drogen-und-du.de (Berlin), www.party-project.de (Bremen), www.chill-out.de (Aachen), www.alice-project.de (Frankfurt), www.drobs-hannover.de (Hannover) zu finden.

Arbeitskreise und Leitlinien

In dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten Arbeitskreis „Healthy Nightlife“ zur Vernetzung von Akteuren im Freizeitsektor (aus Vertretern von Drogenberatungsstellen, Szene-Initiativen, kommunalen Behörden und Partyveranstaltern) findet ein überregionaler Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Organisationen über bewährte suchtpräventive Strategien im Nachtleben statt. Ziel ist es, risikominimierende Strategien zu fördern. Der Arbeitskreis will mit suchtpräventiven Mindeststandards auf Parties gewährleisten, dass drogenaffine junge Menschen vor Ort mit suchtpräventiven Maßnahmen erreicht werden, und dass auf den Parties Basisstandards der Gesundheitsförderung und Suchtprävention erfüllt werden. Auch auf Länderebene werden ähnliche Arbeitskreise zunehmend etabliert.

Anfang 2004 wurden im Arbeitskreis „Healthy Nightlife“ Kriterien für einen Leitfaden suchtpräventiver Maßnahmen im Nachtleben entwickelt und bei der Partyreihe „NACHTS LEBEN – statt krank feiern“ auf fünf Techno-Parties in deutschen Großstädten erprobt. Die Erfahrungen wurden ausgewertet und in den Leitfaden eingearbeitet. Dieser besteht aus einzelnen Modulen für Drogenberatungsstellen und Szene-Initiativen, Jugend- und Gesundheitsämter und Party-Veranstalter. Module zum Sponsoring sowie kommunale Beispiele und Checklisten sollen die Kooperation bei suchtpräventiven Aktivitäten vor Ort erleichtern. Perspektivisch kann der Leitfaden kontinuierlich um weitere Module zu relevanten Themen erweitert werden.

Internet

Immer häufiger wird mit Hilfe des Internet versucht, einen niedrigschwelligen Kontakt zu drogenaffinen Jugendlichen herzustellen, um sie zu informieren, die kritische Reflexion des eigenen Konsumverhaltens zu fördern und sie bei der Reduzierung oder Beendigung ihres Konsums online zu beraten bzw. in weiterführende Hilfsangebote vor Ort zu vermitteln (s.o.).

Die Zahl der Zugriffe auf „Drugcom“ ist im Jahr 2004 auf 200.000 um 25% gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Eine Analyse der Nutzergruppe zeigt, dass etwa zwei Drittel von ihnen unter 22 Jahre alt sind, Erfahrung mit Cannabis liegt bei etwa 75% der Nutzer vor, aktuellen Konsum weisen rund 50% auf. Diese Daten machen deutlich, dass damit eine wichtige Zielgruppe präventiver Bemühungen erreicht wird (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Zwei innovative, speziell auf die Zielgruppe der drogenaffinen Jugendlichen zugeschnittene Module, sind seit Mitte dieses Jahres auf dem Internetportal www.drugcom.de zu finden. Über ihre Entwicklung wurde bereits im letzten Jahr berichtet.

Eine Online-Umfrage, die von Mitte Juni bis Mitte Juli 2004 von der BZgA auf Drugcom und anderen Jugendwebsites mit über 3.000 Jugendlichen durchgeführt wurde, zeigt, dass rund die Hälfte der Befragten Cannabis und Alkohol kombiniert. Die zusätzliche Einnahme von Ecstasy oder Speed ist relativ selten. Mischkonsum ist demnach weit verbreitet. Ein Modul zur Risikoeinschätzung des eigenen (Misch-)konsums ist anlässlich des diesjährigen Welt-Drogentags am 26. Juni online gegangen.

Das Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“, mit dem per Internet die Reduzierung oder Beendigung des Cannabiskonsums unterstützt wird, ist von den Jugendlichen sehr gut angenommen worden. Ein Bericht über die Nutzerzahlen wird zum Ende des Jahres vorliegen. In Zukunft werden die Bedingungen für einen breiten Einsatz des Programms in Beratungsstellen überprüft, da zwischen Behandlungsbedarf und dem Behandlungsangebot oft eine erhebliche Diskrepanz besteht und wenig evidenzbasierte Interventionsformen vorhanden sind (siehe auch 1.3.3, 13.2).

Die von der Bundeswehr eingerichtete Website www.suchtpraevention-bundeswehr.de hat von Mai bis Dezember 2004 insgesamt 23.000 Zugriffe durch Angehörige des Militärs im In- und Ausland verzeichnet (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

3.3.3 Risikogruppen

Junge Straffällige

In fast allen Bundesländern stellt die Jugendgerichtshilfe (JGH) für junge Straffällige unterschiedliche Betreuungen unter der Bezeichnung "ambulante sozialpädagogische Maßnahmen" als Alternative zu traditionellen jugendgerichtlichen, insbesondere freiheitsentziehenden Sanktionen bereit. Für die Suchtprävention zeigt sich, dass jugendliche Konsumenten illegaler Drogen durch die Angebote der Sucht- und Drogenhilfe oft nicht erreicht werden.

Schulabbrecher

Die Jugendhilfe bietet Qualifizierungsmaßnahmen oft in Form von berufsorientierten Förderkursen für Benachteiligte, insbesondere für Schulabbrecher und Personen ohne Pflichtschulabschluss bzw. ohne Abschluss einer berufsbildenden Schule. Daneben werden von Jugendwerkstätten praxisorientierte Angebote gemacht. Die Drogenhilfe Köln beispielsweise bietet eine Werkstatt zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung für ehemals Drogenabhängige an, unter denen sich Teilnehmer ohne Schulabschluss befinden (siehe EDDRA, http://eddra.emcdda.eu.int/).

Jugendliche und „Binge drinking“

Um dem Trend des Trinkens bis zum Rausch („binge drinking“) – der in Deutschland und anderen europäischen Ländern zunimmt – entgegenzuwirken, hat die Bundesregierung das Modellprojekt „H.a.L.T“ („Hart am Limit“) entwickelt. Binge drinking ist ein gefährliches Konsummuster: die betroffenen Kinder/Jugendlichen kommen nicht selten mit einer Alkoholvergiftung auf die Notfallstation eines Krankenhauses. Daher ist das Ziel des H.a.L.T-Projektes, an dem elf Einrichtungen in neun Bundesländern beteiligt sind, in der jeweiligen Region die Zahl der Alkoholvergiftungen unter Kindern und Jugendlichen messbar zu senken. Dazu werden Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen erfasst und den betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern wird individuelle Beratung und Hilfe angeboten.

Ethnische Gruppen

Da die fehlende Integration ethnischer Gruppen ebenso wie negative Migrationserfahrung das Risiko einer Suchtentwicklung erhöhen kann, richten sich präventive Maßnahmen des Bundes gezielt auf die Belastungssituationen und auf ethnische Gruppen, die diesen Bedingungen ausgesetzt sind.

Integration durch Sport

Gemäß der Annahme: „Integration ist die beste Prävention“, fördert das Bundesministerium des Innern (BMI) zahlreiche Maßnahmen zur Integration. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere das Projekt „Integration durch Sport“, das gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund seit 1989 durchgeführt wird und nun für weitere Zielgruppen (Ausländer und benach-

teiligte deutsche Jugendliche) geöffnet wurde. 2004 wurden hierfür rund 5,7 Mio. € bereitgestellt.

Modellmaßnahmen

Zusätzlich sind im Haushaltsjahr 2004 aus BMI-Integrationsmitteln acht Modellmaßnahmen zur „Suchtprävention an acht Standorten“, insbesondere für drogengefährdete jugendliche Aussiedler, gefördert worden. Da Aussiedler die Regelangebote häufig von sich aus nicht nutzen, werden hierbei mittels gezielter sozialpädagogischer Betreuung drogengefährdete bzw. –abhängige Aussiedler veranlasst, die Beratungsstellen aufzusuchen und Behandlungs- bzw. Nachsorgemaßnahmen wahrzunehmen“ (Auflistung der Projekte: Drogen und Suchtbericht 2005, S. 63-67).

Fortbildung

Weiterhin fördert das BMI die Fortbildungsreihe „Sucht-Migration-Hilfe“ mit zweitägigen Werkstattreihen, um Fachkräfte in der Aussiedlerarbeit für das Thema „Sucht“ zu sensibilisieren und umgekehrt Fachkräfte der Suchthilfe auf das Thema „Aussiedler“ aufmerksam zu machen. Ziel ist es, die beiden nebeneinander bestehenden Systeme der Migrations- und der Suchthilfe miteinander zu verknüpfen und langfristige Kooperationen herzustellen. Bedingt durch eine große Nachfrage und Akzeptanz wurde die Fortbildungsreihe über das Jahr 2003 hinaus bis Mai 2004 verlängert und zehn zusätzliche Veranstaltungen wurden angeboten. Außerdem wurde der Adressatenkreis auf Fachkräfte, die mit Migranten arbeiten, ausgeweitet.

Die Erfahrungen sollen in einer Publikation festgehalten werden. Die Studie, die im Verlauf des Jahres 2005 veröffentlicht wird, wird Einrichtungen der Suchthilfe und -prävention zur Verfügung gestellt und soll zur Verbesserung der Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Zuwanderer beitragen.

Entwicklung von Materialien

Die beiden vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe entwickelten Projekte „SEARCH“ und „SEARCH II“, die im letzen Bericht vorgestellt wurden (siehe auch EDDRA) und das Ziel haben, Praktikern Hilfestellungen zu geben und Projekte zur Suchtprävention bei der Zielgruppe der Flüchtlinge, Asylbewerber und illegalen Einwanderern besser planen zu können, wurden 2004 abgeschlossen. Die Ergebnisse des Projekts wurden in einem Handbuch mit Materialien zur Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer (mit Länderberichten aller an SEARCH II beteiligten Länder) und Leitlinien zur Suchtprävention zusammengefasst und können auf folgenden Websites herunter geladen werden :

http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/search_II_d.pdf auf deutsch
http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/SEARCH_II_e.pdf auf englisch.

Aktivitäten auf Ebene der Bundesländer

Auf Landesebene werden Maßnahmen für Migranten und Aussiedler vorwiegend von Institutionen der Suchthilfe durchgeführt. In der Suchtpräventionspraxis sind Projekte, die speziell auf diese Gruppen ausgerichtet sind, eher selten. Beispielhaft sei folgendes Projekt genannt, das sich aus o.g. Fortbildungsreihe entwickelt hat:

Projekttitel	AK Aussiedler und Suchtprävention
Institution	Büro für Suchtvorbeugung Hamburg
Zielgruppe	Aussiedler, Institutionen der Suchthilfe und –prävention sowie Stadtteile in Hamburg
Projektziele	Bestandsaufnahme von interkulturellen Lebenswelten in Hamburg, Konzeption und Vorbereitung von Maßnahmen
Aktivitäten	Entwicklung von Maßnahmen zur Suchtprävention bei Migrationshintergrund

Die Türkisch-Deutsche-Gesundheitsstiftung e.V. ist auf Empfehlung des hessischen Innenministeriums an die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) herangetreten, um ein Projekt zur Suchtprävention für türkische Mitbürger entwickeln zu lassen und anschließend in Hessen durchzuführen. Teilnehmer an dem Projekt sind das Innenministerium, das Sozialministerium, das Landeskriminalamt und die HLS. Eine Konzeption ist erarbeitet worden, die derzeit mit den beteiligten Partnern beraten wird.

Kinder mit ADHS

ADHS ist heute eines der am häufigsten beschriebenen Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter. Angaben zur Häufigkeit sind international sehr unterschiedlich. Sie schwanken zwischen zwei und 18 Prozent, je nach den zugrunde gelegten Diagnosekriterien. Genaue Zahlen für Deutschland fehlen, aber Experten gehen davon aus, dass ca. zwei bis sechs Prozent aller Kinder und Jugendlichen von ADHS – in unterschiedlichem Schweregrad – betroffen sind. Dabei sind Jungen drei- bis neunmal häufiger betroffen als Mädchen.

In der Diskussion um ADHS ist die Frage einer medikamentösen Behandlung eine der umstrittensten Fragen. Dabei geht es vor allem um die am häufigsten eingesetzten Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat (z.B. Ritalin und Medikinet). Die Tatsache, dass der Verbrauch von Methylphenidat in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen war, entfachte eine sehr heftige Diskussion um den Einsatz des Medikaments. Einige Eltern befürchten, dass ihr Kind von den Methylphenidat-haltigen Medikamenten abhängig wird, oder dass, durch die Einnahme grundsätzlich eine höhere Suchtgefährdung besteht. Der gegenwärtige Forschungsstand spricht dafür, dass das Gegenteil der Fall ist: Kinder und Jugendliche mit ADHS, die medikamentös behandelt worden sind, scheinen später sogar weniger drogengefährdet zu sein als nicht-behandelte Kinder mit ADHS (BZgA 2005c).

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Ca. 2,7 Mio. Kinder und Jugendliche leben mit einem Alkohol-missbrauchenden Elternteil, ca. 40.000 mit einem Drogen-missbrauchenden Elternteil zusammen. Sie erhalten nur in 10% aller Fälle Unterstützung, wenn ihre Eltern Hilfen im Rahmen einer Suchtbehandlung erhalten (EBIS 1998). Diesen Kindern wird in der Jugendhilfe nach wie vor nicht die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt.

Obwohl Kinder von Suchtkranken in der Forschung immer wieder als eine hochgradig gefährdete Risikogruppe identifiziert und mit ihren Risikomerkmalen ausführlich beschrieben worden sind (Vellemann u. Orford 1999, Klein 1996), bezieht sich der Großteil der Forschung fast ausschließlich auf Kinder von Alkoholabhängigen.

Da Kinder aus suchtbelasteten Familien häufig unter seelischen, psychischen oder körperlichen Belastungen leiden und mit einem erhöhten Risiko leben, später selbst suchtkrank zu werden, ist diesem Thema sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet worden.

Experten fordern deshalb den Ausbau von Frühintervention und selektiver Schwerpunktprävention, die Verstärkung niedrigschwelliger Zugänge, eine bessere Vernetzung der Hilfsdienste, insbesondere der Jugendhilfe, der Suchthilfe und medizinischer Dienste, die Verpflichtung der Schulen zur Frühintervention und die Qualifikation der Fachkräfte (Klein 2004). Eine Vielzahl von Maßnahmen wurde eingeleitet bzw. ausgeweitet. Einige Beispiele werden hier vorgestellt:

M.U.T! – Mütter-Unterstützungs-Training

Im Projekt „Erziehungskompetenz drogenabhängigersubstituierter Mütter“ am Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule NRW in Köln wurde ein spezieller Elternkurs für substituierte Eltern entwickelt und erprobt. Um ein passendes Angebot zu entwickeln, verschaffte sich das Forschungsteam mittels Befragungen von 100 betroffenen Frauen und kooperierenden Fachkräften aus dem Suchtbereich Einblick in die konkrete Erlebniswelt substituierter Mütter. 30 Frauen haben den MUT!-Kurs bis dato durchlaufen. Nach der Teilnahme fühlten sich die Teilnehmerinnen signifikant weniger isoliert. Und sie haben ein gutes Stück elterliches Selbstbewusstsein hinzugewonnen. Fachkräfte können sich ab 2005 als ‚MUT!-Kursleiter’ schulen lassen (www.addiction.de/index2.htm).

NACOA Deutschland

In Berlin wurde am 31. März 2004 die „NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien“ offiziell gegründet. Ziel dieser Initiative ist es, für die Interessen von Kindern und Familien einzutreten, die von Alkoholismus oder anderen Arten von Suchterkrankungen betroffen sind (www.nacoa.de).

Fortbildung von Fachkräften

Aufgrund der bisherigen Vernachlässigung des Themengebiets „Kinder Suchtkranker“ ist der Fort- und Weiterbildungsbedarf innerhalb der Suchthilfe, aber auch im Bereich der Jugendhilfe, sehr groß. Das Büro für Suchtvorbeugung der Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Hamburg bietet durch Vernetzung u.a. mit dem Projekt „Connect“ Fachkräften in den Einrichtungen der Suchthilfe, der Jugendhilfe, der medizinischen Versorgung, in Kindertagesstätten (Kita) und an Schulen Unterstützung bei der Intensivierung vorhandener Hilfeangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien (siehe www.eddra.emcdda.eu.int und www.prevnet.de, Rubrik Projekte).

Hilfsangebote für Kinder Suchtkranker

Unter www.kidkit.de hat die Drogenhilfe Köln e.V. gemeinsam mit dem Verein KOALA e.V. ein Internet-Projekt für Kinder suchtkranker Eltern gestartet. Dieses Angebot stellt einen frühzeitigen und stärkenden Kontakt zu Kindern suchtkranker Eltern her und wird inzwischen von einem 15-köpfigen Freiwilligen-Team betreut. Neben altersgerecht aufbereiteten Informationen zum Thema Sucht in der Familie werden konkrete Hilfsangebote vermittelt. Monatlich suchen bis zu 60 betroffene Kinder den direkten Kontakt zu den ehrenamtlichen Helfern.

3.4 Qualitätssicherung und Forschung

Um die suchtpräventive Arbeit in Deutschland zu professionalisieren und die Qualität zu sichern, ist es einerseits erforderlich, evidenzbasiertes Wissen zur Suchtprävention zu schaffen, andererseits ist es nötig, dieses Wissen flächendeckend verfügbar zu machen und in der Praxis zu verankern.

3.4.1 Grundlagen

Die Expertise „Primärprävention“ (Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny 1993), die über viele Jahre als Grundlage der Arbeit diente, wurde vor kurzem mit Förderung der BZgA aktualisiert. Die Publikation der Ergebnisse steht voraussichtlich Ende 2005 zur Verfügung (Bühler & Kröger 2005). Die Expertise kommt nach Auswertung zahlreicher Surveys und Studien auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes zu folgenden Empfehlungen:

- vor allem in Bezug auf Alkoholprobleme in der Familie kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings anzubieten,
- in der Schule interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme durchzuführen,
- keine isolierten Maßnahmen (alleinige Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung etc.) durchzuführen,
- bei Tabakkonsum Medienkampagnen als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme zur Verhaltensänderung einzusetzen und ,
- über gesetzgeberische Maßnahmen Einfluss auf den Preis von Tabak und Alkohol und auf die legale Altersgrenze des Konsums für Alkohol zu üben.

Eine Reihe von Forschungs- und Modellprojekten dienen dazu, Therapiemethoden zu adaptieren (INCANT) bzw. Verfahren der Frühintervenion in der Praxis zu erproben („Realize it“). Details finden sich in Kapitel 1.3.3.

3.4.2 Dissemination

Durch zwei von Bund und Ländern gemeinschaftlich getragenen Programmen fördert die BZgA die Bildung von synergistischem Expertentum im suchtpräventiven Versorgungssektor: Zum einen durch das computergestützte Dokumentationssystem Dot.sys, das der Sichtung, Systematisierung und Optimierung von Präventionsaktivitäten in Deutschland dient und seit Januar 2005 in allen Bundesländern zum Einsatz gekommen sind.

Zum anderen durch das internetgestützte Expertennetzwerk „PrevNet“ (www.prevnet.de), das am 15. September 2004 online gegangen ist und bis dato über 400 aktive Mitglieder aus über 300 Einrichtungen der Suchtvorbeugung verfügt. In dem informativen Teil des Portals werden Informationen über Einrichtungen, Aktivitäten, Akteure, Studien und Materialien der Suchtprävention gebündelt und zur Verfügung gestellt. Fachleute und interessierte Internet-User können eine Datenbankrecherche in allen Rubriken der Seite betreiben. Über den interaktiven Teil des Portals mit Foren und Mailinglisten sowie über den Arbeitsgruppenbereich mit den Funktionen eines virtuellen Büros werden fachlicher Austausch und Kooperation ermöglicht.

„PrevNet“ und „Dot.sys“ bieten umfassende Dokumentation, Information und eine Basis zur Kommunikation und unterstützen damit die Verbesserung von Qualität sowie die Professionalisierung in der Suchtprävention auf kommunaler, regionaler und auf Bundesebene.

Die Weiterentwicklung der Angebote und Maßnahmen in besonders problematischen Bereichen wird durch den fachlichen Austausch und durch Fördermaßnahmen des BMGS und anderer öffentlicher Stellen unterstützt. So hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung eine Fachkonferenz zum Thema „jugendliche Cannabiskonsumenten“ durchgeführt.

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Übersicht

Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“

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

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

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

Methoden zur Messung und Schätzung

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

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

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

Ein epidemiologisches Seminar, das im Mai 2005 von der DBDD im Auftrag des BMGS durchgeführt wurde, diente der besseren Abstimmung der Erhebungen im Hinblick auf eine zumindest im Kern einheitliche bzw. vergleichbare Berichterstattung über die wichtigsten Ergebnisse. Damit sollen aus der Drogenaffinitätsstudie, ESA, HBSC und Mikrozensus für vergleichbare Altersgruppen vergleichbare Indikatoren für Konsum bzw. Problemkonsum von legalen sowie illegalen Substanzen abgeleitet werden. Im Anschluss an die Erstellung einer Synopse der langfristig angelegten Erhebungsinstrumente in Deutschland und nach einer intensiven Diskussion möglicher Ansätze mit allen relevanten Forschungsgruppen aus diesem Bereich wird die Entwicklung dieses Kernberichts fortgesetzt.

Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums

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

Injizierender und nicht-injizierender Konsum von Drogen

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

Zudem ist die Datenlage in Bezug auf die bevorzugte oder vorherrschende Applikationsform schwierig. Daten, die im Rahmen von Behandlungen gesammelt werden, sind aufgrund einer hohen Zahl fehlender Angaben kaum zu interpretieren, während entsprechende Angaben vom gesetzlichen Substitutionsregister nicht erhoben werden.

4.2 Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz

4.2.1 EBDD-Schätzverfahren

Für die Referenzjahre 1995 und 2000 liegen Schätzungen vor, die in früheren REITOX-Berichten dargestellt worden sind. Für das Jahr 2004 wurden, ebenso wie für das Vorjahr, drei Multiplikator-Verfahren neu berechnet, für die auch für die Vorjahresergebnisse vorlagen:

- Eine Schätzung auf der Basis von Polizeikontakten
  Ausgehend von einer mittleren Konsumdauer von 8 bzw. 10 Jahren wird die Zahl erstauffälliger (Inzidenz) Heroinkonsumenten über die entsprechenden Jahre aufsummiert. Der Anteil von bereits polizeibekannten Personen an den Drogentoten wird jeweils zur Berechnung des Dunkelfeldes verwendet.
- Eine Schätzung auf der Basis von Zugängen zu Behandlung
  Die Gesamtzahl behandelter Fälle wird auf der Basis der gemeldeten Klientenzahlen im ambulanter und stationärer Betreuung, der Gesamtzahl von Beratungsstellen sowie eines Multiplikators für die Erreichung der Zielgruppe errechnet.
- Eine Schätzung auf der Basis von Drogentodesfällen
  Von der Zahl der Drogentodesfälle des Jahres wird unter Verwendung des Anteils von Todesfällen in der ambulanten Klientel p.a. die Gesamtzahl der Konsumenten von Opiaten in der Bevölkerung hochgerechnet.

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

Die einzelnen Schätzungen finden sich in Standardtabelle 7.

Ergebnisse der Prävalenzschätzungen

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 70.000 und 172.000 Personen. Dies entspricht einer Rate von 1,6 bis 3,0 Personen pro 1000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Wählt man eine breitere Definition der Zielgruppe, die andere Opiate, Kokain, Crack und Amphetamine einschließt, so ergibt sich das folgende Problem: Die Substanzen entsprechen zwar der Definition der Zielgruppe durch die EBDD, es besteht jedoch keine Möglichkeit, den intravenösen oder hochfrequenten Konsum dieser Substanzen in den vorliegenden Datenquellen zu verifizieren. Damit wird eine unbekannte Zahl von Personen berücksichtigt, bei denen die Drogenproblematik weniger stark ausgeprägt ist. Es folgt daraus möglicherweise eine Überschätzung der Prävalenz.

Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 137.000 – 221.000 (2003: 132.000-214.000). Schätzungen auf der Basis der Polizeidaten und der Todesfälle werden für die erweiterte Zielgruppe wegen der in 4.1 dargestellten Probleme nicht vorgenommen.

Trends

Bei der Prävalenz-Schätzung zu problematischem Opiatkonsum ergab sich auch im Jahr 2004 wieder ein etwas niedrigerer Wert als im Vorjahr. Der Trend, der seit 2000 zu beobachten ist, hat sich damit weiter fortgesetzt. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit Hinweisen aus der Praxis. Die leichte Zunahme der Werte bei einer erweiterten Definition der Zielgruppe, die auch Kokain und Amphetamine einschließt, zeigt die Veränderung der Konsummuster und der Problemgruppen in der Drogenszene an (Tabelle 9).

Tabelle 9: Schätzung der Prävalenz von problematischem Opiatkonsums von 1995 bis 2003

	Referenzjahr				
Methode basiert auf der Datenquelle	1995	2000	2003	2004	Anteil pro 1000 (18-64)
Behandlung	78.000-124.000	166.300-198.000	109.000-177.000	102.000-164.000	1,8-2,9
Polizeikontakte	131.000-142.000	153.000-190.000	144.000-182.000	136.000-172.000	2,4-3,0
Drogentodesfälle	78.000-104.000	127.000-169.000	92.000-123.000	68.000-91.000	1,2-1,6

An dieser Stelle muss noch einmal auf die eingeschränkte Definition der Zielgruppe bei diesen Schätzungen hingewiesen werden. Amphetamine und Kokain konnten 2004 nur in der Schätzung auf der Basis von Behandlungsdaten berücksichtigt werden, problematischer Cannabiskonsum ist von vornherein nicht enthalten.

Um bereits jetzt entsprechende Aspekte problematischen Drogenkonsums zu berücksichtigen, werden im Folgenden für Deutschland weitere Datenquellen und Ansätze verwendet.

4.2.2 Andere Ansätze zur Erfassung von problematischem Drogenkonsum

Neben Merkmalen, die dem klinischen Bild der Abhängigkeit entsprechen, ist vor allem die Konsumfrequenz ein wichtiger Parameter, mit dem sich der Umfang von problematischem Konsum auch in den Umfragen in der Bevölkerung und unter Schülern erfassen lässt. Tabelle 10 fasst die aktuellen Prävalenzen zusammen. Problematischer Konsum von illegalen Drogen generell oder von Cannabis – der bei weitem häufigsten illegalen Substanz – findet sich bei etwa 3-5% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In der erwachsenen Gesamtbevölkerung sinkt dieser Wert auf etwa 1%. Die Schätzungen zur Zahl problematischer Konsumenten von anderen Drogen als Cannabis liegen deutlich unter 1%, für Opiate unter 0,5%. Aktuelle Inzidenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum liegen nicht vor.

Tabelle 10: Prävalenz des problematischen Konsums illegaler Drogen in verschiedenen Studien

Studie	Jahr	Alter	Substanz	Datenbasis	Kriterium	Prävalenz %
EDSP	1998/99	14-24	Drogen	Interview	Abhängigkeit	3,1
ESA	2003	18-59	Cannabis	Umfrage	Abhängigkeit	1,1
ESA	2003	18-20	Cannabis	Umfrage	Abhängigkeit	5,2
ESPAD	2003	15-16	Cannabis	Umfrage	Konsum 40+/ 12M	3,8
HBSC	2002	M:15,7	Cannabis	Umfrage	Konsum 40+/ 12M	2,9
ESPAD	2003	15-16	Drogen a. Cannabis	Umfrage	Konsum 40+/ 12M	< 0,7
EBDD	2003	18-64	Heroin, Kokain, Amphetamine	Behandlung	Hauptdroge	0,2 – 0,4
EBDD	2003	18-64	Heroin	Behandlung	Hauptdroge	0,2 – 0,3
EBDD	2003	18-64	Heroin	Polizei	Polizeikontakte	0,2 – 0,3
EBDD	2003	18-64	Heroin	Polizei	Drogentod	0,1 – 0,2

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

Eine Übersicht über die Schätzung zu problematischem Drogenkonsum in Europa von Rehm & Kollegen (2005) gibt auf Grundlage der Studien aus Tabelle 11 für die 12-Monats-Prävalenz der Abhängigkeit von illegalen Drogen in der Altersgruppe 18-59 Jahre bzw. 64 Jahre für Männer einen Wert von 0,5-0,9%, für Frauen 0,2-0,4% an.

4.3 Beschreibung behandelter Klienten

4.3.1 Ambulante Betreuung

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf der publizierten nationalen Suchthilfe-statistik des Jahres 2004 für Deutschland (Welsch & Sonntag 2005a) und auf den Detaildaten in den Tabellenbänden (Strobl et al. 2005a). Während das Gesamtsystem im Jahr 2004 insgesamt 245.601 Fälle erfasst hat, werden hier nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz im Mittelpunkt der Betreuung steht (Hauptdroge).

Soziodemographische Informationen

Im Jahr 2004 waren 79% aller in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten 44.509 ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. Etwa 61% von ihnen sind zwischen 15 und 30 Jahre alt. 87% sind deutsche Staatsbürger, 2% stammen aus Staaten der Europäischen Union, 10% aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (Strobl et al. 2004a). Da sich die Lebensumstände der Betreuten je nach Hauptdiagnose bzw. gebrauchten Drogen deutlich unterscheiden, wird bei der Darstellung eine entsprechende Differenzierung vorgenommen. Detailergebnisse finden sich in Tabelle 11. Weitere Informationen finden sich in den Standardtabellen 7 und 8 sowie im TDI-Fragebogen (www.dbdd.de).

Tabelle 11: Soziodemographische Daten nach Hauptdroge

Charakteristika	Hauptdroge			
	Opiate	Cannabis	Kokain	Amphetamin
Alter zu Therapiebeginn (Mittelwert)	31,0	22,2	30,1	24,4
Alter bei Erstkonsum (Mittelwert)	19,9	15,6	20,2	17,9
Geschlecht (Männer)	77%	86%	85%	76%
Alleinstehend	52%	62%	47%	55%
Erwerbsstatus				
arbeitslos/erwerbslos	54%	28%	44%	35%
Schüler/in Ausbildung	5%	41%	7%	24%
Wohnungslos	4%	1%	3%	2%

Quelle: DSHS (Strobl et al. 2005a)

Konsumverhalten

In Tabelle 13 ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt. Heroin wird in etwa drei Viertel der Fälle vorwiegend injiziert. Dieses Konsummuster findet sich ebenfalls, wenngleich deutlich weniger verbreitet, bei Codein und Kokainkonsumenten. Bei allen anderen Substanzen wird überwiegend oral konsumiert bzw. geraucht.

Für Heroin war der intravenöse Konsum gegenüber dem Vorjahr mit 66,6% (2003: 70,2; 2002: 72,2; 2001: 68,4%; 2000; 69,5) leicht reduziert, für Methadon und Codein blieb er im Vergleich zum Vorjahr stabil. Für Kokain ist der Anteil der i.v. Konsumenten mit 34,3% (2003: 33.8%; 2002: 29,7%; 2001: 32,5%; 2000: 32,8%) minimal gestiegen. Da die Stichprobe der Einrichtungen in der DSHS jährlichen Schwankungen unterliegt, sollten diese kleineren Veränderungen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden (Tabelle 12).

Tabelle 12: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten

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

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

Diagnosedaten aus dem DSHS

Für das Jahr 2004 liegen in der Deutschen Suchthilfestatistik Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 38.978 Personen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe eine Betreuung begonnen haben. Die Hauptdiagnosen basieren auf den diagnostischen Kategorien des Internationalen Klassifikationssystems der WHO (ICD 10) für Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit). In mehr als der Hälfte der Fälle betrifft die Diagnose Opiate, an zweiter Stelle steht Cannabis, das als Hauptdroge von mehr als jeden vierten Klienten konsumiert wird. Mit deutlichem Abstand folgen Kokain und Stimulantien bei 6%. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung sind, kehrt sich das Verhältnis zwischen Cannabis und Opiaten um. Cannabis steht bei diesen Klienten als Substanz an erster Stelle (Tabelle 13).

Tabelle 13: Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von ..	Alle Zugänge			Erstbehandelte		
(ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Männer %	Frauen %	Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt %
Opioide	51,0	57,4	52,3	22,1	27,5	23,1
Cannabinoide	32,5	21,3	30,2	59,1	43,9	56,4
Sedativa/ Hypnotika	1,4	6,8	2,5	0,9	6,9	2,0
Kokain	6,4	4,3	5,9	7,2	5,2	6,8
Stimulantien	5,7	7,1	6,0	8,4	14,2	9,4
Halluzinogene	0,2	0,3	0,2	0,3	0,6	0,4
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Andere psychotrope Substanzen	2,8	2,7	2,8	1,9	1,7	1,8
Gesamt	35.352	9096	44.509	10.844	2.360	13.228

Quelle: DSHS (Strobl et al.2005a)

Die deutlichste Veränderung zeigt sich für Stimulantien, deren Anteil gegenüber dem Vorjahr geringer geworden ist. Allerdings muss damit gerechnet werden, dass auch durch Veränderungen in der Stichprobe der teilnehmenden Einrichtungen von Jahr zu Jahr gewisse Schwankungen auftreten können.

Berechnet man die prozentuale Veränderung der Klientenzugänge nach verschiedenen Hauptdiagnosen seit 1992, so zeigt sich die deutlichste Zunahme bei den Stimulantien. Insgesamt ist dies jedoch immer noch eine relativ kleine Gruppe. Deutlich stärker ins Gewicht fällt die Zunahme der primären Cannabisprobleme, die sich von 2003 bis 2004 noch einmal verstärkt hat (Abbildung 5).

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

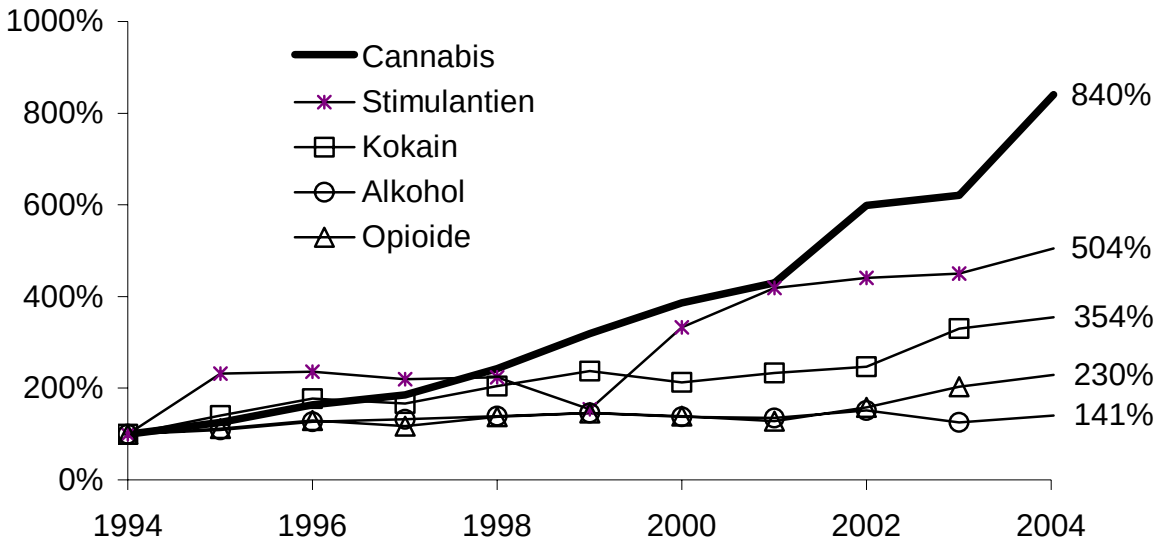


Abbildung 5: Veränderung verschiedener Hauptdrogen bei den Zugängen zu ambulanter Behandlung seit 1992 (=100%)

Quelle: DSHS (Strobl et al.2005a)

Diagnosedaten aus regionalen Monitoringsystemen

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

Ergebnisse des hessischen „COMBAS-Systems“ unterstützen die Aussage der Bundesstatistik weitgehend. Die Auswertung basierte auf 22.962 Betreuungen, von denen 18.542 insgesamt 17.515 Personen zugeordnet werden konnten. Dies entspricht im Mittel einem Wert von 1,06 Betreuungen pro Person. Soweit Hauptdiagnosen vorlagen (N=11.632), ergab sich für die illegalen Substanzen folgendes Bild: 55% Opiate, 13% Cannabis, 7% Kokain/ Crack, 4% Benzodiazepine, 4% Amphetamine und 16% andere. Der Arbeitsschwerpunkt der Einrichtungen besonders im Frankfurter Großraum liegt im Bereich illegaler Drogen, womit sich der relativ kleine Anteil an Alkoholklienten erklären lässt (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2004).

Das Hamburger Dokumentationssystem Bado spricht bei der Betrachtung der Klientenzahlen im ambulanten Hilfesystem der Stadt bei Opiatkonsum ebenfalls von einer Stabilisierung bzw. Stagnation, während die Zahl der Kokainfälle leicht zugenommen hat. Crack ist mit ca. 1500 Fällen immer noch deutlich seltener als Opiate mit rund 4000 Fällen. Gegenüber 2001 wurde jedoch ein Anstieg um mehr als 50% verzeichnet. Ein Anstieg von Cannabisfällen wird nicht beobachtet, was aber in Anbetracht der Ausrichtung des Hilfesystems auf Heroin-/Kokainfälle (95% der Klienten gehören dieser Gruppe an, die jährlich zu 50% durch das Hilfesystem erreicht wird) nicht verwunderlich ist (Bado 2004).

Die Hamburger Entwicklungen treffen jedoch nicht für alle Metropolen in Deutschland zu. Regionale Auswertungen für Berlin zeigen – analog dem Bundestrend - in den letzten 5 Jahren eine starke Zunahme der Cannabisklienten in ambulanter Betreuung (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, persönliche Mitteilung).

Ein uneinheitliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung der Trends für Crack. Während MoSyD für Frankfurt eine stabile Situation beschreibt (Werse et al. 2005), war in Hamburg im Jahr 2003 Erstkonsum von Crack mit insgesamt rund 1.500 Klienten deutlich häufiger als noch zwei Jahre zuvor. Damals waren es 600 Fälle weniger. In beiden Städten ist die Substanz dabei innerhalb der Grenzen der klassischen Drogenszene geblieben.

4.3.2 Stationäre Betreuung

Daten aus der DSHS

Im Jahr 2004 wurden von insgesamt mehr als 14.000 in der Deutschen Suchthilfestatistik dokumentierten, stationär betreuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen 3.760 Personen (davon 2.915 Männer und 845 Frauen) wegen illegaler Substanzen (inklusive Medikamente) behandelt (Strobl et al. 2005b). Erfasst wurden abgeschlossene Behandlungen. Auch hier basieren die Hauptdiagnosen – also die Substanz, wegen derer sich ein Klient hauptsächlich in Behandlung begibt – auf den diagnostischen Kategorien aus dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO.

Nach Opiaten, die mit knapp 56% aller Hauptdiagnosen den größten Anteil der Fälle in stationärer Behandlung ausmachen, stand im Auswertungsjahr 2004 auch im stationären Behandlungsbereich Cannabis bei den Fallzahlen an zweiter Stelle. Der zahlenmäßige Abstand zu den Opiatfällen ist allerdings deutlich. Für etwa 13% der Fälle fehlen die Angaben zur Hauptdiagnose (Tabelle 14).

Tabelle 14: Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (DSHS)

schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von .. (ICD10 F1x.1/F1x.2x)	Männer %	Frauen %	Gesamt %
Opiaten	56,5	51,3	55,6
Cannabis	15,5	8,0	14,1
Hypnotika/ Sedativa	2,9	17,0	5,5
Kokain	8,4	4,6	7,7
Stimulantien	3,9	3,6	3,8
Halluzinogene	0,3	0,2	0,3
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,0	0,2	0,0
anderen psychotrope Substanzen	12,5	14,8	12,9
Gesamt	1.871	411	2.287

Quelle: DSHS (Strobl et al.2005b)

Daten aus anderen Quellen

Eine Gesamtübersicht über alle stationär betreute Patienten in Deutschland bietet die Statistik der Krankenhausbehandlungen, deren neueste Daten (Berichtsjahr 2003) in Tabelle 16 enthalten sind. Sie erfasst die behandlungsleitende Diagnose, Alter und Geschlecht und eignet sich damit vor allem als Rahmeninformation für die Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik, die eine ganze Reihe spezifischer Informationen ergänzen können.

Die Daten des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) beziehen sich auf Rehabilitationsbehandlungen von Suchtkranken. Die Verteilung dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entsprechen sich weitgehend. Opioide stehen deutlich im Vorgrund. Knapp ein Drittel der Patienten hat entsprechende Diagnosen erhalten. Danach folgen Sedativa/Hypnotika mit etwa 20% der Nennungen sowie Cannabis mit 4 bzw. 5%. Die bei weitem größte Subkategorie betrifft jedoch den multiplen Substanzgebrauch. In vielen Fällen dürfte sich dahinter primärer Konsum illegaler Substanzen verbergen, da Alkohol sehr viel häufiger als einziges Suchtmittel auftritt. Da diese substanzbezogenen Angaben jedoch nicht vorliegen, ist eine Prüfung dieser Annahme nicht möglich.

Vergleicht man die Daten aus der suchtspezifischen Diagnostik (DSHS) mit diesen Statistiken, so kann man folgendes feststellen: In jedem Falle stehen Opiate unter den illegalen Substanzen an erster Stelle. Die größere Zahl von Störungen durch Sedativa oder Hypnotika bei den Krankenhaus- und Reha-Diagnosen dürfte auf die erhebliche Zahl von Fällen klassischen Medikamentmissbrauchs zurückzuführen sein, die im Umfeld illegaler Drogen deutlich seltener auftreten. Insbesondere die Altersverteilung dieser Fälle in der Krankenhausstatistik (60% der Patienten sind älter als 40 Jahre) spricht für diese Hypothese. Die häufige Diagnose „multipler Substanzgebrauch“ in den beiden genannten Quellen erlaubt leider keine differenzierten Aussagen über die einzelnen Substanzen (Tabelle 15).

Tabelle 15: Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen in den Jahren 2002-2004

	Diagnosen	Krankenhaus-behandlungen		VDR 2003	DSHS 2004
	..	2002	2003		
F11	Opioide	29,9%	30,1%	30,1%	55,6%
F12	Cannabinoide	3,8%	5,0%	5,0%	14,1%
F13	Sedativa oder Hypnotika	10,1%	9,6%	9,6%	5,5%
F14	Kokain	1,1%	1,3%	1,3%	7,7%
F15	Stimulantien, einschließlich Koffein	1,1%	1,3%	1,3%	3,8%
F16	Halluzinogene	0,9%	0,7%	0,7%	0,3%
F18	flüchtige Lösungsmittel	0,3%	30,1%	0,2%	0,0%
F19	multipler Substanzgebrauch und Konsum and. psychotroper Subst.	52,8%	5,0%	51,8%	12,9%
	Gesamt	82.473	83,639	51.123	2.287

Quelle: Statistisches Bundesamt (2004)

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

4.3.3 Diagnosedaten aus anderen Bereichen

Diagnosedaten aus anderen Bereichen liegen für den Berichtszeitraum nicht vor.

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Übersicht

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

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

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

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

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

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

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

Die Durchführung von Behandlung

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

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

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

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Mitarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie und Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen bei den ambulanten Angeboten überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. bei den Ländern und Gemeinden, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger federführend tätig sind. Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanter Angebote durch die Rentenversicherung kommen die genannten Standards auch dort immer stärker zum Tragen.

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

Finanzierung und Trägerschaft

Es gibt etwa 930 spezialisierte Suchtberatungsstellen, die Drogen vorrangig oder neben anderen psychotropen Substanzen behandeln. Mehr als 2.000 Plätze für stationäre Entgiftung und etwa 5.200 Plätze für Entwöhnungsbehandlung stehen bundesweit zur Verfügung. Die Mehrzahl der Hilfeeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig (Simon 2004).

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

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat dazu der Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) als Zusammenschluss aller Rentenversicherer in Deutschland 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.

Datenquellen

Durch die Integration weiterer Dokumentationssysteme in die Berichterstattung hat die nationale Suchthilfestatistik in den letzten Jahren einen deutlich höheren Anteil an Betreuungen erfasst als in der Vergangenheit. Es werden etwa 73% aller Einrichtungen mit Bundes- oder Landesförderung erfasst.

Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 1. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung soll nicht in diesem Register erfasst werden. Für 2004 stehen hieraus Ergebnisse zur Anzahl und Geschlechterverteilung der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst.

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

5.2 Behandlungssysteme

Institutionen und Organisationen

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

Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten besteht auch im Bereich der Sucht eine Vielzahl von Selbsthilfe-Organisationen. Allerdings waren diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet. Um die bestehenden Strukturen und Verbände auch für die Betreuung von Drogenkonsumenten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter nutzen zu können, werden seit 2003 verschiedene Projekte mit finanzieller Unterstützung des BMGS durchgeführt. Nach einer Bedarfs- und Lückenanalyse finden derzeit Trainings und Seminare für Gruppenleiter statt. Zu einem späteren Zeitpunkt soll intensive Öffentlichkeitsarbeit das Thema „junge Abhängige und Selbsthilfe“ auch stärker nach außen tragen (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2005a).

Als Dachorganisation der Selbsthilfe führte die DHS vom 23.-25. April 2004 eine Suchtselbsthilfe-Konferenz durch, bei der die Kooperation mit der professionellen Suchthilfe und der Sozialpolitik im Mittelpunkt stand. Weiterhin wurde ein DHS-Workshop mit finanzieller Förderung durch mehrere Krankenkassen durchgeführt, in dem Mitarbeitern der Selbsthilfe die Planung und Konzeption von Internetangeboten vermittelt wurde (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2005a). Bisher sind neben www.narcotics-anonymous.de kaum Internetangebote aus dem Bereich der Selbsthilfe in Deutschland zu finden.

Behandlungsbedarf und Evaluation

Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Landes- und Kommunalebene. Beispiele für eine Bedarfsplanung auf der Grundlage von Bestandsanalysen und der Gesundheitsberichterstattung finden sich etwa in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2004), Frankfurt (Prinzleve et al. 2004, Werse et al. 2005) und Hamburg (Baumgärtner 2004a, b, Baumgärtner & Wies 2005).

Eine Forschungsstudie im Bereich München hat der empirisch festgestellten Zahl von Personen mit abhängigem oder missbräuchlichem Konsum von Drogen eine Erhebung der Kontakte zur allgemeinen Gesundheitsversorgung und zur Suchthilfe gegenüber gestellt. Sie ergab, dass 31% aller Personen im Alter von 14 bis 24 Jahren mit problematischem Konsum mindestens ein Mal professionelle Hilfe in Anspruch genommen hat, 2% waren in Kontakt mit Suchthilfeeinrichtungen. Bei Abhängigen lagen die Prozentwerte mit 52% bzw. 16% deutlich höher.

Der Senat des Bundeslandes Hamburg beauftragte ein Forschungsinstitut mit der Evaluation des dort bestehenden Drogenhilfesystems. Es sollte insbesondere geklärt werden, inwieweit das System den Ausstieg aus dem Drogenkonsum ermöglichte und wie effizient die eingesetzte Organisationsform und die Verfahren waren. Der vorgelegte Abschlussbericht (Görgen, Oliva & Schu 2004) stellt fest, dass insbesondere langjährig Drogenabhängige mit komplexen Problemlagen gut erreicht werden und die Zahlen für Drogenmortalität und –morbidität in den letzten Jahren gesenkt werden konnten. Lücken werden vor allem bei der Erkennung und Intervention in frühen Stadien von Drogenkonsum bei jungen Menschen und bei abstinenzorientierter ambulanter Behandlung gesehen. Eine veränderte Organisation der Hilfe wird vorgeschlagen, die verstärkt ambulante Betreuung ermöglicht und bisher getrennte Arbeitsbereiche integriert. Der erreichte Effizienzgewinn durch die Nutzung anderer Kostenträger und eine bessere Passung zwischen Hilfebedarf und Hilfegewährung soll Qualitätssteigerungen ohne zusätzlichen Mitteleinsatz ermöglichen. Der Beschluss des Landesparlaments übernahm eine Reihe der Vorschläge (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 3.5.2005).

Der Abschlussbericht des Bundesmodellprojekts „Designerdrogen-Sprechstunde“ beschreibt die Problemlage von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (N=507), welche die ambulante Beratung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock zwischen 1999 und 2003 besuchten. Die Beratung bzw. Behandlung wurde von einem Team aus Sozialarbeitern, Psychologen und Medizinern durchgeführt. Der Altersdurchschnitt lag bei 18 Jahren, 73% der Klienten waren männlich. Die Beschreibung der Klientel zeigt neben Drogenkonsum, der oft mehrere Substanzen betrifft, häufig auch Verhaltens-, Affekt- und Persönlichkeitsstörungen. Als ein wesentliches Ergebnis des Projekts wurde festgestellt, dass eine stärkere Vernetzung vorhandener Angebote (Gesundheit, Jugendarbeit, Soziales) notwendig und möglich ist. Aufgrund der starken sozialen Veränderungen, welche die Stadt Rostock, im Nordosten

Deutschlands, in den letzten 15 Jahren durchlaufen hat, –nahm die Zahl der Drogendelikte beispielsweise zwischen 1998 und 2002 um fast 50% zu. Daher war die schnelle Anpassung des Hilfesystems besonders wichtig (Reis et al. 2004) .

5.3 Drogenfreie Behandlung

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

Klientenzahlen im ambulanten Bereich

Die Zugänge bei ambulanter Betreuung wurden auf der Basis der Nennungen von 591 Einrichtungen auf die Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen mit Bundes- bzw. Landesförderung in Deutschland (N=931) hochgerechnet (BMGS, 2005).Da die meisten Einrichtungen Suchtprobleme mit legalen und illegalen psychotropen Substanzen behandeln, wurden zum Vergleich auch die Klientenzahlen für die Hauptdrogen Alkohol und Tabak dargestellt. Da bei der Erhebung der Gesamtzahl ambulanter Einrichtungen nicht alle Einrichtungstypen berücksichtigt werden, liegen die tatsächlichen Klientenzahl vermutlich etwas höher als die errechneten Zahlen.

Unter den illegalen Substanzen stehen Opiate mit mehr als 32.000 Zugängen an erster, Cannabis mit rund 18.000 Klienten an zweiter Stelle. Alle anderen Substanzen treten sehr viel seltener als Hauptproblem auf. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei Cannabis auch die deutlichste Zunahme. Auffällig ist jedoch auch, dass im Gegensatz zu der Entwicklung der letzten Jahre, auch wieder eine deutliche Zunahme der Opiatfälle festzustellen ist. Der höchste Zuwachs findet sich beim multiplen Gebrauch. Da diese Kodierung jedoch von unterschiedlichen Erfassungssystemen nicht ganz identisch behandelt wird, ist die Interpretation dieser Zahlen schwierig (Tabelle 16).

Tabelle 16: Neuzugänge zu ambulanter Betreuung von Drogenproblemen

Haupt-diagnose	Substanz	2003	2004	Veränderungen 2004 vs. 2003
F10	Alkohol	99.094	95.362	-4%
F11	Opioide	28.932	32.530	+12%
F12	Cannabinoide	14.803	18.209	+23%
F13	Sedativa/ Hypnotika	1.477	1.550	+5%
F14	Kokain	3.360	3.689	+10%
F15	Stimulantien	3.686	3.774	+2%
F16	Halluzinogene	199	131	-34%
F17	Tabak	1.095	1.632	+49%
F18	flüchtige Lösungsmittel	29	39	+34%
F19	multipler Gebrauch	950	1.479	+56%
	Gesamt Sucht	153.624	158.396	+3%
	Gesamt Drogen	53.435	61.492	+15%

Quelle: DSHS (Strobl et al. 2004a, 2005a)
Hinweis: Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von 931 ambulanten Einrichtungen (BMGS 2005)

Intensität von Behandlung

Die Auswertung der regionalen Angebote in Hamburg, deren Informationen detaillierter sind als national vorgegeben, ergibt im Mittel für Jugendliche 5 Kontakte mit insgesamt 3,4 Stunden Betreuung und für junge Erwachsene 13 Kontakte und 8,6 Stunden. Erwachsene haben im Durchschnitt 20 Kontakte mit einer Gesamtdauer von 17,2 Stunden (Martens et al. 2004).

Das Dokumentationssystem für Suchtbehandlung in Schleswig–Holstein liefert Angaben zu den Betreungszeiten, die differenziert sind nach Leistung und Klientengruppe. Die Zahlen aus 2003 machen deutlich, dass Klienten mit Cannabisproblemen mit relativ geringem Zeitaufwand betreut werden, während speziell Maßnahmen der Begleitung bei Opiatklienten mit erheblichem Zeitaufwand verbunden sind (Tabelle 17).

Tabelle 17: In Anspruch genommene Leistungen nach Hauptdiagnose

Hauptdroge	Information (Std)	Beratung (Std)	Vermittlung (Std)	Betreuung (Std)	Andere Hilfen (Std)	Begleitung (Std)	Gesamt (Std)
Alkohol	2,1	3,9	1,4	27,5	8,7	3,5	12,5
Substitutionsmittel	2,1	3,2	1,2	5,2	5,2	4,1	7,3
Opioide	1,4	3,6	1,0	12,7	3,8	6,3	7,5
Cannabinoide	0,9	2,3	0,9	9,6	10,5	4,6	2,9

Quelle: Schütze et al. (2004)

Klientenzahlen im stationären Bereich

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da die Dokumentation sich an der Finanzierung orientiert und nicht an der Art der Behandlung (drogenfrei vs. medikamentengestützt) werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen dargestellt, bei denen die Hauptdiagnose F11-F17 oder F19 vorlag. Sie erfolgt differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus und nach Reha-Behandlung.

Krankenhausbehandlung dient der Entgiftung, der körperlichen oder psychiatrischen Behandlung oder der Bekämpfung der Folgen einer akuten Intoxikation, wie Nöller und Küfner (2005) am Beispiel zweier Krankenhäuser in Erfurt zeigten. Eine umfassende Statistik zur Behandlung dieser Klientel wird außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und der Drogenfreiheit als Voraussetzung für die Wiederherstellung oder Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Klienten. Sie findet in der Regel stationär, in zunehmend größerem Umfang aber auch ambulant statt.

Im Akutbereich seht Alkohol mit großem Abstand an erster Stelle der Hauptdiagnosen. Bei den illegalen Substanzen spielen Opiate und Cannabinoide die wichtigste Rolle. Die große Verbreitung von multiplem Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken zeigen sich auch daran, dass mehr als die Hälfte aller Drogenfälle in Krankenhausbehandlung eine solche Diagnose erhalten hat. Auch hier sind für Cannabis die stärksten Zuwächse als Einzelsubstanz festzustellen. Anders als im ambulanten Bereich finden sich ähnlich hohe Zunahmen bei den Fallzahlen zu Kokain (+15%) und Stimulantien (+18%) (Tabelle 18).

Tabelle 18: Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern

Haupt-diagnose	Substanz	2002	2003	Veränderungen 2003 vs. 2002
F10	Alkohol	258.083	288.115	
F11	Opioide	24.663	25.145	+2%
F12	Cannabinoide	3.113	4.151	+33%
F13	Sedativa/ Hypnotika	8.359	8.035	-4%
F14	Kokain	887	1.112	+25%
F15	Stimulantien	912	1.074	+18%
F16	Halluzinogene	741	573	-23%
F17	Tabak	1.110	944	
F18	flüchtige Lösungsmittel	269	197	-27%
F19	multipler Gebrauch	43.529	43.252	-1%
	Gesamt Sucht	341.666	372.598	+9%
	Gesamt Drogen	73.845	75.307	+2%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005d)

Die Gesamtzahl von Drogenpatienten in Rehabilitation hat sich von 8.556 im Jahr 2002 auf 8.662 im Jahr 2003 geringfügig erhöht, wobei allerdings eine Verschiebung zu ambulanter Behandlung stattgefunden hat. Die Zahl der Patienten mit multiplem Gebrauch von psychotropen Substanzen (bei dem in der Regel auch Drogenkonsum eine Rolle spielen dürfte) hat sowohl stationär als auch ambulant im Zeitraum von 2002 bis 2003 deutlich zugenommen (VDR 2003, 2004) (Tabelle 19).

Tabelle 19: Rehabilitation von Drogenproblemen

	Stationär			Ambulant		
Hauptdiagnose	2002	2003	2003 vs. 2002	2002	2003	2003 vs. 2002
Alkohol	30.257	28.782	-5%	8.581	9.477	10%
Drogen	8.498	7.731	-9%	58	931	10%
Medikamente	344	347	1%	848	78	34%
multipler Gebrauch	2.806	3.332	19%	393	445	13%
Gesamt Sucht	41.905	40.192	-4%	9.880	10.931	11%

Quelle: VDR (2003, 2004)

5.4 Medikamentengestützte Behandlung

Entzug

Beim Entzug von Opiatabhängen werden zur Reduktion negativer Begleiterscheinungen kurzzeitig unter anderem Methadon oder Buprenorphin eingesetzt. Wegen geringer Nebenwirkungen und schneller abklingender Entzugserscheinungen wird letzteres dabei immer häufiger eingesetzt. Statistische Zahlen zu dieser Behandlungsform liegen nicht differenziert vor. Die Fälle sind jedoch in der Krankenhausstatistik (vgl. Tabelle 19) enthalten.

Substitution

Zur Substitutionsbehandlung sind in Deutschland als Substanzen generell Methadon und Buprenorphin zugelassen; Codein und DHC können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Der Einsatz von Buprenorphin hat dabei deutlich zugenommen, Methadon ist aber nach wie vor vorherrschend (Tabelle 20).

Tabelle 20: Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel

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

Quelle: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005a)

Ein vergleichender Erfahrungsbericht einer Hamburger Klinik über die Anwendung von Buprenorphin (31% der Fälle) und Methadon (69%) bei der Entzugsbehandlung gibt Hinweise zur differenziellen Indikation. Die Studie fand von 2000 bis 2004 an 800 Patienten statt. Neben der Diagnose suchtspezifischer Störungen und möglicher Folge- und Begleiterkrankungen wurden Daten zum Behandlungsverlauf erhoben. Es ergab sich insgesamt kein signifikanter Unterschied in der Haltequote (Methadon: 52%; Buprenorphin: 59%). Hinsichtlich des Methadonentzugs bei langjährig mit Methadon substituierten Patienten wurden bei 8 von 10 Behandelten unter Buprenorphin signifikant weniger Entzugssymptome gemessen. Bei drogenabhängigen Patientinnen in der Schwangerschaft resultierte der Einsatz von Buprenorphin in einem deutlich verringerten bzw. ausbleibenden neonatalen Entzugssyndrom. Der unter Buprenorphin deutlich klarere und wachere Bewusstseinszustand der Patienten wurde nicht von allen positiv erlebt. Psychiatrische Co-Morbidität wurde unter Umständen negativ beeinflusst. Bei vorsichtigem Vorgehen insbesondere beim Wechsel der Substanzen, kam es zu keiner Überdosierung während dieses Zeitraums (Brack & Behrendt 2004).

Eine Studie zur Anwendungsbeobachtung beim Übergang von Methadon zu Buprenorphin bzw. bei Neumedikation mit Buprenorphin ergab bei 906 Patienten gute Wirksamkeit und Akzeptanz bei geringen Nebenwirkungen, so dass Buprenorphin als praxistauglich eingestuft wurde (Wodartz et al. 2004). In einer Studie, in der die frühe Reaktion des Patienten auf das Substitutionsmittel als wichtiger Prädiktor für den langfristigen Therapieeffekte untersucht wurde, fanden Küfner et al. (2004) ebenfalls tendenziell schwächere Entzugssymptome am 7. Tag einer substitutionsgestützten Therapie.

Bei der Durchführung von Substitutionsbehandlungen gibt es verschiedene Organisationsformen für die Zusammenarbeit zwischen medizinischer und psychosozialer Hilfe. Das hessische Dokumentationssystem berichtet, dass 45% der Substituierten in dieser Region in integrierter Behandlung sind – Ärzte und psychosoziale Fachkräfte arbeiten hier in einem Team zusammen. In 36% der Fälle werden Klienten kooperativ, aber in getrennten Institutionen betreut. In 19% findet keine Kooperation statt; die Behandlung ist für die beiden Bereiche weitgehend getrennt (Hessische Landesstelle für Suchtfragen 2004).

Zahl der Substitutionsbehandlungen

Aus dem Substitutionsregister liegen Zahlen für den Zeitraum vom 1.7.2002 bis 31.12.2004 vor. Insgesamt wurden in dieser Zeit 156.000 Substitutionsbehandlungen erfasst, von denen rund 98.500 inzwischen abgeschlossen sind. Welche Personenzahl hinter diesen Angaben steht, ist nicht bekannt. Da keine eindeutigen Codes verwendet werden, werden die gleichen Personen bei mehrmaliger Aufnahme in verschiedenen Praxen unter Umständen mehrfach gezählt. Die vorliegende Stichtagserhebung erlaubt eine Aussage über die Verfügbarkeit und Nutzung von Substitutionsmaßnahmen. Sie gibt jedoch keine Auskunft darüber, wie viele Personen im Laufe des Jahres in Betreuung waren. Jeweils zum 1.7. des Jahres wurden die folgenden Fallzahlen berichtet: 2002: 46.000; 2003: 52.700; 2004: 57.700. Dies entspricht

einem Anstieg von etwa 25% von 2002 nach 2004 (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2005a).

Eine Erhebung in der Frankfurter Drogenszene ergab, dass im Jahr 2004 insgesamt 46% der Befragten innerhalb der letzten 3 Monate wöchentlich die Substitutionsangebote genutzt hatten. Zwei Jahre vorher lag dieser Wert noch bei 24%, die Veränderung lässt sich vor allem durch eine verstärkten Teilnahme männlicher Szenegänger erklären (Prinzleve et al. 2005).

Von den rund 8.500 Ärzten, die nach Auskunft des Ärztekammern die Erlaubnis zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung besitzen, haben im Jahr 2004 nur 2.620 eine Substitutionsbehandlung eigenständig durchgeführt, weitere 260 waren konsiliarisch tätig. Der resultierende Mittelwert von 22 Substitutionspatienten pro Arzt zeigt ebenfalls eine gewisse Schwerpunktbildung dieser Behandlungsform (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2005a).

5.5 Qualitätssicherung

Leitlinien für die Behandlung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt. Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand in verdichteter Form zusammen und geben so – unter Hinweis auf die Belastbarkeit der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen – dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Inzwischen wurden Leitlinien für die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al. 2003), die postakute Behandlung von Opiatabhängigen (Havemann-Reinecke et al. 2004), für Patienten mit Cannabis bezogenen Störungen (Bonnet et al. 2004) sowie für Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (Thomasius & Gouzourlis-Mayfrank 2004) publiziert. Eine Leitlinie „Alkoholabhängigkeit“ ist derzeit in Arbeit.

Behandlung von Migranten

Die besonderen Bedürfnisse von Migranten in Bezug auf eine Suchtbehandlung wurden in der Vergangenheit als eine Ursache der schlechten Erreichbarkeit dieser Gruppe durch solche Angebote festgestellt. Eine Reihe von Workshops für Mitarbeiter der Suchthilfe des AWO-Bundesverbandes und des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel (FDR) wurde von 2002 bis 2003 unter Federführung des Bundesministeriums des Inneren in enger Kooperation mit der Drogenbeauftragten der Regierung angeboten, um entsprechende Kompetenzen und Kenntnisse zu vermitteln. Wegen der großen Nachfrage wurden 2004 noch 10 weitere Termine angeboten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Qualifikation der Ärzteschaft

Zur Sicherstellung der Behandlungsqualität medizinischer Maßnahmen wurde durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung festgelegt, dass Ärzte vor der Durchführung von Substitutionsbehandlungen eine zusätzliche Weiterbildung „Suchtmedizinische

Grundersorgung“ erwerben müssen bzw. konsiliarisch mit einem entsprechend qualifizierten Kollegen gemeinsam behandeln müssen. Der deutliche Rückgang der Verstöße gegen diese Vorschrift von 358 (Januar 2003) auf 100 (November 2004) zeigt den Erfolg dieser Maßnahmen.

Dokumentation und Durchführung von Katamnesen

Zur Verbesserung der Qualität der Dokumentation von Behandlung in spezialisierten ambulanten und stationären Einrichtungen wurde eine erweiterte Fassung des Deutschen Kerndatensatzes Sucht (KDS) herausgegeben, der auch als Grundlage für die Durchführung regelmäßiger Nachbefragungen dient (www.dhs.de).

5.6 Forschung

Forschungsschwerpunkt „Sucht“

In den Jahren von 2001 bis 2004 wurde ein erster Forschungsschwerpunkt „Sucht“ verfolgt, in dem mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung eine Reihe von Projekten zur Prävention, Früherkennung, Verbesserung der Behandlung Abhängiger und zur Vermeidung von Rückfällen durchgeführt wurde. Im Rahmen der dabei entstandenen Forschungsverbünde findet derzeit die zweite Förderphase statt, in der es um die Implementierung der Ergebnisse aus der ersten Phase in die Versorgung geht.

Ein Großteil der Projekte ist auf Tabak- und Alkoholkonsum ausgerichtet. Soweit Primärprävention das Ziel ist, dient dies zwar indirekt auch der Verringerung drogenbezogener Probleme, im Folgenden soll jedoch nur auf die Projekte eingegangen werden, die sich spezifisch dem Thema Drogen widmen.

Im Rahmen des ASAT-Verbundes (Dresden und München) bildet eine 10-jährige Verlaufsstudie mit Münchner Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen zentralen Bestandteil. Diese Studie erfasst die Entwicklung von Drogenkonsum und zahlreiche damit verknüpfte Merkmale ebenso wie die erfahrenen Hilfen aus dem Versorgungssystem der Region während dieses Zeitraums im Längsschnitt. Weiterhin werden für Cannabis- und Ecstasykonsumenten im Jugendalter Frühinterventionsmaßnahmen entwickelt und evaluiert. Seit Anfang 2005 läuft die Therapiestudie „Modulare Therapien von Cannabisstörungen“ an der TU Dresden. In einer Stichprobe von 210 Probanden soll die Effektivität einer gezielten standardisierten Therapie (TST) untersucht werden. Das Ergebnis der Studie kann dazu beitragen, die Palette an spezifischen Angeboten für Menschen mit Cannabisproblemen zu verbessern.

Die Qualität der Betreuung von drogenabhängigen Prostituierten war Teil einer explorativen Studie zu dieser speziellen Problemgruppe (Zuhold 2005). Erreichung und Angebot wurden dabei grundsätzlich positiv bewertet, wobei erweiterte Öffnungszeiten, maximale Flexibilität im Umgang mit den Klienten und stabile personelle Verhältnisse als mögliche Verbesserungen genannt wurden.

Heroinstudie

Eine Studie, die den Einsatz von Heroin als Medikament zur Behandlung von Heroinabhängigen untersucht, wird seit geraumer Zeit in verschiedenen Städten in Deutschland durchgeführt. Ergebnisse werden für das Jahr 2006 erwartet. Der Suchtbeauftragte der Bundesärztekammer geht davon aus, dass nach einer möglichen Zulassung von Heroin als Arzneimittel zwischen 4.000 und 6.000 Betroffene in eine solche Behandlung aufgenommen würden (Deutsches Ärzteblatt online, 6.6.2005).

Weitere Studien und Ergebnisse

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Forschung, Bildung und Technologie geförderten Suchtforschungsverbundes findet derzeit unter dem Namen „COBRA“ ein versorgungsepidemiologisches Projekt statt, das zunächst einmal im deskriptiven Teil darüber Auskunft geben soll, wie viele und welche Arten von Substitutionseinrichtungen in Deutschland wie viele Opiatabhängige erreichen und behandeln. Erste Ergebnisse zeigen, dass weit weniger Ärzte in der Substitutionstherapie arbeiten als angenommen wurde. Bei der Wahl des Substitutionsmittels zeigte sich, dass Methadon in Behandlungseinrichtungen mit hohen Klientenzahlen und bei Langzeitsubstituierten sehr deutlich überwiegt. Bei Patienten, die neu in Substitution aufgenommen werden, wird Buprenorphin in etwa einem Drittel der Fälle eingesetzt. Ansonsten wird Methadon verwendet (Wittchen et al. 2004, 2005).

Im Rahmen der Organisation des Arbeitskreises Deutsche Suchthilfestatistik führte die DBDD eine Umfrage zu Verfügbarkeit, Zugang und Bedingungen für Substitutionsbehandlungen für Gefängnisinsassen in den Bundesländern durch. Die Ergebnisse der Umfrage werden zum nächsten REITOX-Bericht vorliegen.

6 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

6.1 Übersicht

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

Falldatei Rauschgift

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

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

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

Allgemeines Sterberegister

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

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

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

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

Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das seit dem 1. Januar 2001 in Kraft ist, werden Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Virushepatitiden, an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Entsprechende Daten werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht (www.rki.de). Gemäß der deutschen Laborberichtsverordnung (seit 1987) und dem IfSG (seit 2001) sind alle Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Laborberichte enthalten Informationen über das Alter und Geschlecht, den Wohnort und den Übertragungsweg der Infektion. Zusätzlich werden im AIDS-Fallregister epidemiologische Daten über diagnostizierte AIDS-Fälle in anonymisierter Form und basierend auf freiwilligen Meldungen der behandelnden Ärzte gesammelt. Durch Veränderungen in der Erfassung von

HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

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

6.2 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten

6.2.1 Drogentote

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, inwieweit Obduktionen und toxikologische Gutachten zur Validierung der ersten Einschätzung von Drogentod herangezogen wurden (vgl. 6.1). Eine Obduktionsrate von 100% oder geringfügig weniger konnten im Berichtszeitraum in Bayern, Berlin, dem Saarland, in Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein festgestellt werden. Die durchschnittliche Obduktionsrate betrug 74% (2003: 77%; 2002: 72%). Nicht immer wurde die Obduktion auch durch eine toxikologische Untersuchung ergänzt. Statistische Daten hierzu liegen bundesweit jedoch nicht vor.

In einem gemeinsamen Projekt bemühen sich die Universitäten Frankfurt und Dresden derzeit auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin darum, ein „Deutsches Forensisches Sektionsregister“ aufzubauen. In einer Datenbank sollen dabei zentral alle nicht-natürlichen und forensisch relevanten Todesfälle dokumentiert werden. Der so entstehende Datenpool soll einerseits der Qualitätssicherung der Obduktionsergebnisse dienen, andererseits Forschungsfragestellungen besser bearbeitbar machen. Neben ärztlichen Behandlungsfehlern, Arzneimittelzwischenfällen, Suiziden und anderen Themen wird dabei auch bezug auf Drogentodesfälle genommen. Die Projektfinanzierung ist bisher noch nicht endgültig geklärt (Bratzke, Parzeller & Köster 2004)

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

Todesursachen

Die Überdosierung von Heroin stellt die häufigste Todesursache (2004: 56%; 2003: 41%; 2001: 48%) dar. Diese Kategorie beinhaltet sowohl Todesfälle, bei denen Heroin als einzige Droge nachgewiesen wurde, auch die Fälle, bei denen neben Heroin noch andere Drogen bekannt wurden. Im Gegensatz zur Gesamttrend hat sich diese Zahl von 722 im Vorjahr auch 2004 auf 781 erhöht. Der Anteil der Personen, bei denen Substitutionsmittel / Medikamente / Betäubungsmittel und Alkohol die Todesursache waren, liegt 2004 bei 25%. Die Absolutzahl dieser Fälle hat sich damit von 2003 mit über 600 Todesfällen auf 340 Fälle im Jahr 2004 deutlich verringert. Bei 20 Personen war Ecstasy die Todesursache, in den meisten Fällen in Kombination mit anderen Substanzen. Im Vergleich zu 2002 ist der Anteil

der Todesfälle unter Kokaineinfluss von 6% auf 12% angestiegen, wobei auch die absolute Zahl dieser Fälle zugenommen hat (Tabelle 21).

Tabelle 21: Drogentodesfälle 2004

Todesursachen	Prozent 2002	Prozent 2003	Prozent 2004	Anzahl 2002	Anzahl 2003	Anzahl 2004
1. Überdosis:						
Heroin	27%	26%	34%	551	456	470
Heroin + andere Drogen	14%	15%	22%	285	266	311
Kokain	2%	1%	2%	47	25	34
Kokain + andere Drogen	4%	5%	10%	84	93	132
Amphetamine	1%	0%	0%	10	3	6
Amphetamine + andere Drogen	1%	1%	2%	27	16	30
Ecstasy	0%	0%	0%	8	2	5
Ecstasy + andere Drogen	1%	0%	1%	11	8	15
Medikamente / Substitutionsmittel	7%	3%	3%	145	55	46
Betäubungsmittel + Alkohol + Substitutionsmitteln	23%	20%	22%	453	354	299
Sonstige Betäubungsmittel / unbekannte	3%	8%	10%	54	139	141
2. Suizid	7%	7%	7%	133	117	92
3. Langzeitschäden	8%	11%	12%	165	204	173
4. Unfall / Sonstige	2%	2%	2%	33	37	26
5. Gesamt	100%	100%	100%	1.513	1.477	1.385

Quelle: BKA (2005)
Hinweis: Aufgrund von Mehrfachnennungen in den Rubriken Überdosis (verschiedener Rauschgift-Arten) und Suizid liegt die Summe der genannten Todesursachen über der Gesamtzahl.

Der Anteil der Aussiedler an der Gesamtzahl der Rauschgifttodesfälle im Jahr 2004 betrug wie im Vorjahr 9% (123). Der Rückgang der Mortalität findet damit auch in dieser Gruppe in gleichem Umfang wie in der Gesamtpopulation statt. Gemessen am Bevölkerungsanteil sind die Aussiedler dennoch relativ stark betroffen (BKA 2005a).

Die enge Verknüpfung zwischen Abhängigkeitserkrankung und Suizid wird auch in Studien zum Suizid deutlich. Eine aktuelle Übersichtsarbeit kommt zu dem Ergebnis, dass 25-33% aller vollendeten Suizide von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen begangen werden. Ihr Anteil an den Suizidversuchen wird als noch höher eingeschätzt (Preuss et al. 2005).

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2002. Sie wurden im letzten REITOX-Bericht dargestellt. Daten für 2003 liegen bisher nicht vor.

6.2.2 Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten

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

Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete laut Deutscher Suchthilfestatistik 2004 bei 1,2% (2003: 1,3%) der Drogenklienten bzw. 1,4% (2003: 1,6%) der Opiatklienten mit dem Tod. Um den Effekt der Betreuungsdauer zu eliminieren (die in der Regel unter einem Jahr liegt), wurde rechnerisch eine Betreuungsdauer von 12 Monaten zu Grunde gelegt. Die Quote für Alkoholklienten liegt mit 1,5% ähnlich hoch, wobei allerdings der deutlich höhere Altersdurchschnitt dieser Gruppe (42,9 Jahre) im Vergleich zu Opiatklienten (31,0 Jahre) berücksichtigt werden muss (Strobl et al. 2005a). Bei diesen Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen nicht in jedem Falle vom Tod des Klienten erfahren, so dass die tatsächliche Mortalität vermutlich über dem hier angegebenen Wert liegt. Geht man davon aus, dass sich am Kenntnisstand der Einrichtungen zum Tod von Klienten über die Jahre nichts systematisch verändert hat, können die dargestellten Trends dennoch sinnvoll interpretiert werden (Tabelle 22).

Tabelle 22: Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten

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

Quelle: DSHS (Strobl et al. 2005a)

Weitere Studien zu diesem Themenbereich finden sich in früheren REITOX-Berichten. Für den Berichtszeitraum liegen keine neuen Studien oder Daten zu diesem Thema vor.

6.3 Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten

6.3.1 HIV

Drogenkonsumenten sind die zahlenmäßig viertgrößte Risikogruppe für HIV Infektionen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts kommen aus der Gruppe der injizierenden Drogengebraucher 5,8% (2003: 7,0%) der Personen mit einer HIV-Erstdiagnose (2004: 103 von 1779). Dieser Wert lag bis zum Jahr 2000 noch bei 10% (2000: 171 von 1.696).

Die Anzahl der AIDS-Fälle variiert in den einzelnen Bundesländern beträchtlich. Während in den neuen Bundesländern nach wie vor noch relativ wenige Menschen an AIDS erkrankt sind, ist die kumulierte Inzidenz in den Städten Berlin (West) (2.138 pro 1 Mill. Einwohner) und Frankfurt (2.106 pro 1 Mill. Einwohner) am höchsten.

Bei den neu an AIDS Erkrankten lag der Anteil der Personen mit dem Infektionsrisiko „intravenöser Konsum“ 2004 bei 8%. Dieser Wert schwankt regional jedoch recht deutlich. Ein relativ hoher Anteil zeigte sich in mittelgroßen Städten im Westen Deutschlands: In Augsburg, Bremen und Freiburg betrug der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten an den AIDS-Fällen jeweils rund ein Drittel, während er in Städten wie Hamburg und Frankfurt trotz höherer absoluter Zahlen lediglich bei 10% bzw. 15% lag (Robert Koch-Institut 2005).

Bei den Drogentoten wurde in 3,9% der Fälle (43 von 1.077) in 8 Bundesländern ein positiver HIV-Status festgestellt. Daten aus ambulanten Beratungsstellen zeigen eine Prävalenz von 3,7% (N=843 getestete Klienten mit bekannten Ergebnissen) (Strobl et al. 2005a). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass diese Angaben bei sehr vielen Klienten fehlen und dass sie in der Regel nur auf der Mitteilung – und damit dem eigenen Wissen – des einzelnen Klienten basieren. Damit sind Reliabilität und externe Validität dieser Angaben nur eingeschränkt gegeben. Insgesamt ist anzumerken, dass aktuelle, größer angelegte Studien, die eine gewisse Verallgemeinerbarkeit erlauben würden, fehlen.

Nutzer von Frankfurter Konsumräumen weisen eine HIV-Infektionsrate von 8,6% auf (Simmedinger & Vogt 2005).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass i.v. Drogenkonsum bei weniger als 10% der Neuinfizierten die wahrscheinliche Infektionsursache war und dass in der Regel weniger als 5% der i.v. Konsumenten im Jahr 2004 HIV-positiv waren. Bei stark marginalisierten Gruppen kann dieser Wert jedoch auch bis zu 9% betragen. Wegen der eingeschränkten Datenbasis kann diese Aussage jedoch nur vorläufig sein.

6.3.2 Virushepatitiden

Daten aus der Bevölkerungsstatistik

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

Im Jahr 2004 wurden 2.751 Fälle von akuter Hepatitis B im Rahmen des Meldeverfahrens an das IfSG übermittelt. Hiervon entsprachen 1.260 Fälle (46%) der Referenzdefinition, die als Basis der vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Zahlen dient. Die Inzidenz für Hepatitis B lag im Jahr 2004 bei 1,5 pro 100.000 Einwohner.

Im Jahr 2004 wurden 8.998 Erstdiagnosen von Hepatitis C übermittelt (2003: 6.914 Erstdiagnosen). Für Hepatitis C lag die Inzidenz von Erstdiagnosen 2004 bei 10,9 pro 100.000 Einwohner (13,4 pro 100.000 Einwohner für Männer; 8,5 pro 100.000 Einwohner für Frauen). Eine Differenzierung zwischen akuter bzw. chronischer Hepatitis-C-Infektion unter den Fallmeldungen ist im Rahmen des Meldeverfahrens derzeit nicht möglich.

Bezüglich möglicher Übertragungswege wurde bei Hepatitis B-Fällen 138 Mal ein i.v. Drogenkonsum in den sechs der Diagnose vorangegangenen Monate (entsprechend 7% der Fälle mit Angaben zum möglichen Übertragungsweg) genannt.

Unter den Fällen von Hepatitis C wurde ein i.v. Drogenkonsum zu irgendeinem Zeitpunkt in der gesamten Vergangenheit 2.438 Mal (entspricht 37% der Fälle mit Angaben zum möglichen Übertragungsweg) genannt und stellte die am häufigsten genannte Exposition dar. In der Gruppe der 20 bis 29-jährigen, männlichen Fallpersonen wurde i.v. Drogenkonsum 1.088

Mal (71% dieser Fallmeldungen) genannt.

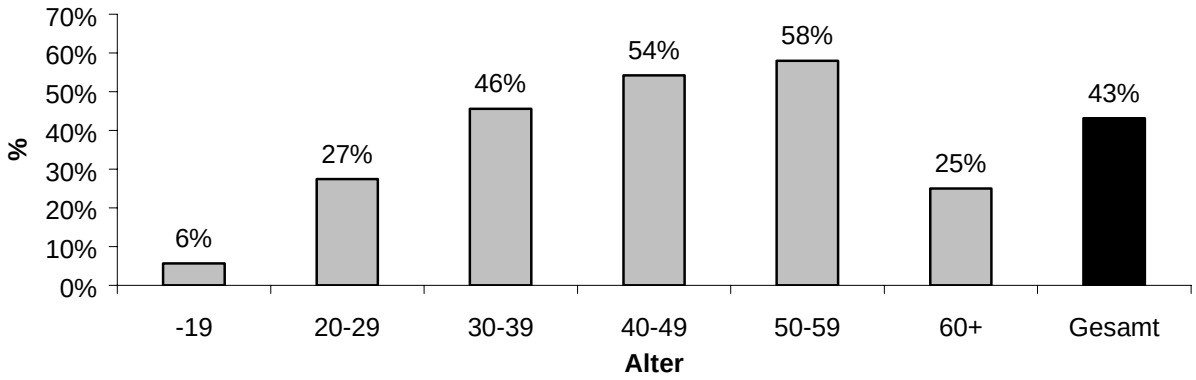
Im Jahr 2004 lagen Angaben zu möglichen Übertragungswegen im Sinne mindestens einer „Ja"- oder „Nein"-Antwort zu den erfragten Expositionen bei 76% der Hepatitis-B-Fallmeldungen und 74% der Hepatitis-C-Fallmeldungen vor (RKI 2005).

Daten aus Behandlungseinrichtungen und Impfprogrammen

Für Hamburg liegen Angaben zum Infektionsstatus auf der Grundlage von Selbstberichten von 3.494 Klienten ambulanter Beratungsstellen vor. Die Informationen werden durch das regionale Dokumentationssystem zentral erfasst. Zu berücksichtigen ist dabei außerdem, dass bei Hepatitis C die Zahl der Fälle relativ hoch ist, in denen die Erkrankung ohne klinische Symptome und damit häufig ohne das Wissen des Betroffenen besteht. Eine Studie, die Daten über Fälle chronischer Hepatitis im Rahmen einer bundesweiten Anwendungsbeobachtung sammelt, kam auf der Grundlage von 4.040 Patienten zu dem Ergebnis, dass bei 26% keine klinischen Symptome vorlagen (Ärztezeitung, 10.9.2004, www.aerztezeitung.de).

In der Hamburger Erhebung zeigt sich eine HCV-Quote von 43%. Infektionen mit Hepatitis A werden von 7% angegeben, Infektionen mit Hepatitis B von 13% der Klienten. Needle-sharing innerhalb der letzten 12 Monate findet sich bei HCV-Infizierten mit 18% deutlich häufiger als bei Nichtinfizierten (7%). Rund ein Drittel der Infizierten weist starke oder sehr starke gesundheitliche Beeinträchtigungen auf, was nur auf 15% der Nichtinfizierten zutrifft. Die HCV-Infektionsrate steigt mit dem Alter der Klienten bis Ende 50 deutlich an (Bado 2004) (Abbildung 6).

Abbildung 6: HCV-Infektionsstatus bei Klienten ambulanter Beratungsstellen in Hamburg in verschiedenen Altersgruppen (Selbstbericht)



Quelle: Bado (2004)

In einer Impfstudie in der offenen Drogenszene zeigte sich in einer Stichprobe von 701 Personen eine Antikörperprävalenz von 38,6% für Hepatitis A (Anti-HAV), 2,1% für Hepatitis B (HBs-Ag) und 34,1% (Anti-HBc) sowie 47,5% für Hepatitis C (Anti HCV). Nur etwa jeder fünfte mit Hepatitis A oder B-Infizierte wusste von einer zurückliegenden Erkrankung. Da gemäß des Studiendesigns Personen mit bekannter Hepatitis A oder B ausgeschlossen wurden (da die Zielgröße „Impferfolg" war), ist anzunehmen, dass der Anteil von Personen,

die früher oder aktuell mit Hepatitis A oder Hepatitis B in Kontakt gekommen waren, in der Gesamtpopulation von Drogenkonsumenten tendenziell höher war (de Ridder et al. 2004).

Die Untersuchung von 1.512 opiatabhängigen Patienten, die in einer Münchner Klinik eine qualifizierte Entzugsbehandlung erfahren haben, ergab folgendes Bild für diese ausgewählte Gruppe (Anteil Männer: 85%, Durchschnittsalter 27,7 Jahre, Konsumdauer Heroin: 7,8 Jahre, i.v. Konsum seit 6,7 Jahren): Hepatitis A wurde bei 57,7% der Patienten festgestellt, HBV bei 33,0%, HCV bei 75%. Ein positiver Befund für HBV und HCV korrelierte jeweils positiv mit dem Alter, der Dauer des i.v. Konsums und der Zahl der Entwöhnungsbehandlungen (Reimer et al. 2004).

Auf die besonderen Probleme von HIV/HCV Co-Infektionen wurde im Rahmen eines Symposiums über HIV und Osteuropa in München hingewiesen. Sowohl ein schnelleres Fortschreiten von Lebererkrankungen in Folge von HCV als auch eine geringere Wirksamkeit von bestimmten Therapien wurde für HIV-Infizierte festgestellt (Rockstroh 2004).

Der Vergleich der Infektionsraten für Klienten, die in Hamburg von 2000 bis 2003 in ambulanter Betreuung waren, weist für Hepatitis C deutlich auf das Problem hin. Während die Infektionsraten für die anderen Hepatitiden sich kaum verändern, nimmt der Anteil der HCV Infizierten in dem betrachteten 4-Jahres-Zeitraum von 49% auf 60% deutlich zu (Bado 2004).

Die Besucher von Konsumräumen in Frankfurt weisen die folgenden Infektionsraten auf: Hepatitis B: 19,0%; Hepatitis C: 61%, darin enthaltene Hepatitis B+C: 15%. Grundlage sind jeweils Selbstauskünfte (Simmedinger & Vogt 2005).

Zusammenfassend kann für i.v. Drogenkonsumenten in Deutschland für Hepatitis B eine Antikörperprävalenz („Durchseuchungsrate“) von 40-60%, für Hepatitis C von 60-80% geschätzt werden. Trotz unbefriedigender Datenlage muss man feststellen, dass eine sehr hohe Antikörperprävalenz der i.v. Drogenkonsumenten mit Hepatitis B- und Hepatitis C-Antikörpern besteht. Drogenkonsumenten sind von Neuinfektionen stark betroffen und spielen damit eine zentrale Rolle bei der Ausbreitung dieser Infektionen. Die Lebensumstände dieser Gruppe bergen neben dem i.v. Konsum weitere Infektionsrisiken. Der Zusammenhang zwischen Konsumdauer, Alter und HCV-Infektion weist auf die Notwendigkeit hin, Drogenkonsumenten möglichst früh auf Infektionsrisiken hinzuweisen und zu einem risikoärmeren Konsum zu motivieren. Dabei ist nicht nur intravenöser Konsum relevant, sondern jegliche gemeinsame Benutzung von Hilfssmitteln (vgl. Eve & Rave 2005).

6.3.3 Sexuell übertragbare Krankheiten, Tbc und andere

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

Insgesamt sind von November 2002 bis Juli 2005 1070 Chlamydien-, 759 Syphilis-, 733 Gonorrhoe- und 638 HIV-Fälle übermittelt worden. Bei 111 Patienten (4%) gaben die behandelnden Ärzte einen Drogengebrauch an, davon 34% mit intravenösen Drogenkonsum. Von den 40% der Patienten, die den dazugehörigen Fragebogen zu sexuellem Risikoverhalten beantwortet haben, gaben 45% der Männer und 24% der Frauen an, während der möglichen Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten Drogen konsumiert zu haben. Dabei wurde Alkohol mit 25% (Männer) und 19% (Frauen) am häufigsten genannt. Bei Männern wurden anschließend Poppers (11%), Cannabis (4%) und Aufputschmittel (3%) genannt, bei Frauen wurden andere Drogen nur vereinzelt angegeben.

Zur Verbreitung von anderen Krankheiten liegen aktuell keine differenzierten Daten für die Gruppe der Drogenkonsumenten vor.

6.4 Psychische Komorbidität

Drogenabhängige weisen eine höhere Suizidalität als vergleichbare Gruppen auf. Bei 7% der Drogentodesfälle in der Polizeistatistik (BKA 2005a) handelt es sich um Suizide aufgrund der Lebensumstände. In einer Studie wurden 71 von 125 Drogenkonsumenten, die wegen einer Überdosierung zwischen Januar 2002 und Februar 2004 in eine Münchner Klinik eingeliefert wurden, kurz nach dem Erwachen über die Motivation ihrer Tat befragt. In 47% handelte es sich um eine akzidentelle Überdosierung. In 43% der Fälle war absichtlich überdosiert worden, davon in einem Drittel mit suizidaler Absicht. 38% der akzidentellen Überdosierungen ereigneten sich nach einer Abstinenzphase (z.B. Entgiftung, Therapie, Gefängnis) und der daraus resultierenden Veränderung der Toleranz (Pfab et al. 2005)

In einer Längsschnittstudie zum Konsum psychoaktiver Substanzen und damit verbundener Störungen konnte gezeigt werden, dass der Konsum von Cannabis mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung psychotischer Symptome verbunden ist. Dies gilt vor allem für Personen mit vorhandener Vulnerabilität (Henquet et al. in press).

6.5 Andere gesundheitliche Folgen

Neurologische Effekte von MDMA sind seit geraumer Zeit diskutiert worden, wobei die vorgelegten Untersuchungen häufig methodische Mängel und kleine Fallzahlen aufweisen. Buchert und Kollegen (2004) arbeiten mit einer relativ großen Stichprobe. Sie vergleichen 30 aktuelle MDMA-Konsumenten mit 29 früheren Konsumenten sowie mit einer Kontrollgruppe von 29 Konsumenten anderer Drogen. Die Zuordnung basiert dabei auf Selbstberichten sowie Haaranalysen als objektivem Kriterium. Die Studie zeigt eine reduzierte Zahl von Serotonintransportern bei MDMA-Konsumenten in verschiedenen Hirnarealen, wobei die Verfügbarkeit in einigen Arealen bei früheren Konsumenten mit der Dauer der MDMA-Abstinenz positiv korreliert. Die Ergebnisse werden von den Autoren als Hinweis darauf gewertet, dass bei MDMA zwar neuroanatomische Langzeiteffekte bestehen, diese jedoch langfristig reversibel sein können. Frauen scheinen stärker auf MDMA-induzierte Veränderung zu reagieren als Männer.

7 Umgang mit gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums

7.1 Übersicht

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

Allgemeine Gesundheitsversorgung

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

Spezielle Angebote

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

7.2 Prävention drogenbezogener Todesfälle

Verschiedene Ansätze der letzten Jahre sollen gezielt Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum verhindern: Drogennotfallprophylaxe, „Therapie sofort“, Naloxoneinsatz und Ausweitung der Substitution. Daneben wurden Drogenkonsumräume in einigen Großstädten Deutschlands eingerichtet, um Abhängigen, die anders nicht durch das Hilfesystem erreicht werden können, den Drogenkonsum unter hygienischen Umständen zu ermöglichen und wenn nötig, schnell Erste Hilfe leisten zu können. Der Betrieb von Drogenkonsumräumen setzt medizinisch geschultes Personal voraus.

Drogenkonsumräume

In Drogenkonsumräumen wird die Droge selbst mitgebracht. Infektionsprophylaxe gehört systematisch zum Angebot, ist aber oft nur auf der „Appellebene“ möglich. Mitgebrachte Utensilien dürfen nicht benutzt werden. Ziel dieses Angebotes ist es, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige anzubieten. Auf der Grundlage des §10a BtMG, der die Mindestanforderungen an diese Einrichtungen gesetzlich festlegt, können die Regierungen

der Bundesländer Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen. In 6 von 16 Bundesländern sind entsprechende Verordnungen erlassen worden. Zur Zeit bestehen insgesamt 25 Drogenkonsumräume in Deutschland.

Seit Anfang 2003 werden die Konsumvorgänge in den vier Konsumräumen in Frankfurt nach einem einheitlichen Verfahren dokumentiert. Ergebnisse für das Jahr 2004 wurden von Simmedinger & Vogt (2005) vorgelegt. Sie beziehen sich auf 142.509 Konsumvorgänge (3% weniger als im Vorjahr), die etwa 3.660 Personen zugeordnet werden konnten. Es handelt sich überwiegend um Männer (81%), konsumiert werden vor allem Heroin (32%), Crack (18%) oder beides (24%). Der Altersdurchschnitt liegt bei 33,6 Jahren und 40% der Besucher sind aus Frankfurt. Fast die Hälfte der Personen nutzt den Raum maximal 4 Mal im Jahr, ein Viertel über 20 Mal (N=547). Die Anbindung der Nutzer an das Hilfesystem ist recht gut. 48% waren innerhalb der letzen 30 Tage in ärztlicher Behandlung, 75% waren im Kontaktladen oder im Krisenzentrum.

Für Crackkonsumenten wurde in Frankfurt ab dem 1. September 2003 ein Rauchraum eingerichtet, der diese besonders problematische Gruppe erreichen, ansprechbar machen und gesundheitlich stabilisieren sollte. Eine Evaluation über den Zeitraum vom 1.7. bis 31.12.2004 wurde von Vogt & Zeissler (2005) vorgelegt. Auf der Basis von Daten zu 1.437 Konsumvorgängen, die in dieser Zeit in dem Raum stattgefunden haben, und aufgrund von Interviews mit 34 Nutzern wurden Ergebnisse zu Gebrauchsmustern und zur Nutzergruppe vorgestellt. Die Besucher sind im Durchschnitt 34 Jahre als, der Frauenanteil ist mit 39% relativ hoch. Das Angebot wird weitgehend nur sporadisch genutzt: 58% der Nutzer tun dies im Berichtszeitraum nur 1 Mal, weitere 28% maximal 4 Mal. Nur sehr wenige Besucher kommen so häufig, dass eine Anbindung möglich erscheint. Die relativ knappen Öffnungszeiten – Montag bis Freitag von 9.00 bis 15.00 Uhr – tragen dazu möglicherweise bei. Im Berichtszeitraum wurden 332 Kontaktgespräche geführt, 99 Vermittlungen in den Drogennotdienst und 40 Beratungen durch den Sozialarbeiter sind erfolgt. Entgegen der ursprünglichen Erwartungen, gab es nur wenig Probleme durch aggressives Verhalten intoxikierter Besucher.

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbedingten Infektionskrankheiten

Spritzenprogramme

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

Spritzenvergabe und Spritzenaustausch in der niedrigschwelligen Arbeit außerhalb der Gefängnisse, die im Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich zugelassen sind, werden wird an

vielen Stellen durchgeführt. Allgemeine Statistiken fehlen allerdings in der Regel. Fachleute gehen davon aus, dass bundesweit etwa 200 Automaten zur Spritzenvergabe vorhanden sind. Die Trends bei der Vergabe werden als stabil bis rückläufig eingeschätzt (Stöver, persönliche Mitteilung).

Information über Infektionsrisiken, Impfung und Behandlung

Neben professionellen Informations- und Präventionsangeboten, etwa Lehrfilme zu Drogennotfall- und Infektionsprophylaxe, bemühen sich auch Organisationen aus dem Bereich der Selbsthilfe darum, Infektionsrisiken bewusst zu machen und in ihren Auswirkungen zu mindern. So hat Eve+Rave in Berlin Informationen über „Safer Sniffing" erstellt, um über Risiken beim gemeinsamen Gebrauch von Schnupfutensilien zu informieren und Möglichkeiten aufzuzeigen, diese zu reduzieren.

Impfprogramme für intravenös Drogenkonsumierende sind in Anbetracht der hohen Infektionsrisiken für Hepatitis A und B wichtige Instrumente der Infektionsprophylaxe. Eine Studie untersuchte ein entsprechendes Angebot des Berliner Trägers Fixpunkt e.V. an N=701 Personen. Zielgruppe waren Drogenkonsumenten, die im Kontakt mit diesem bereits seit 10 Jahren bestehenden niedrigschwelligen Angebot in Berlin waren und die keinen Anti-HAV oder Anti-HBc-Antikörper aufwiesen. Die Impfungen erfolgten zu Monat 0 und 6 (Hepatitis A) bzw. 0, 1 und 6 (Hepatitis B). 86% der Personen konsumierten Drogen intravenös; 71% waren männlich, das Durchschnittsalter lag bei 26 Jahren und die Konsumdauer im Mittel bei 6,4 Jahren. Von den 554 impffähigen Personen (bei allen anderen waren bereits Antikörper vorhanden) nahmen 75% das Impfangebot an und 61% erhielten eine vollständige Impfung. Damit konnte gezeigt werden, dass bei einer schwierigen Klientel ein erheblicher Anteil der Konsumenten zu dieser Impfung bereit war und das Infektionsrisiko damit verringert werden konnte. Eine positive Impfantwort zeigte sich nach 8 Wochen allerdings nur bei 68% der HepB-Impflinge (de Ridder at al. 2004).

Behandlung von Hepatitis bei Drogenkonsumenten

In Anbetracht der Tatsache, dass in Deutschland intravenöser Drogenkonsum aktuell das bedeutsamste Risiko für eine Hepatitis C-Infektion darstellt, haben Selbsthilfegruppen, Vertreter der akzeptierenden Drogenarbeit und Fachverbände ein Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch" ins Lebens gerufen. Neben der Organisation von Kongressen und Fortbildungsmaßnahmen zu dem Themenbereich geht es um die Weiterentwicklung einer „best practice" und um politische Lobbyarbeit. Die Organisation wird vom Verein „akzept e.V." getragen (www.akzept.org). Die Dokumentation der 1. Fachtagung „Hepatitis C", die von dem Aktionsbündnis veranstaltet wurde, stellt Problemsituationen, Lösungsansätze und Vorschläge zur Implementierung vor (akzept, DAH & Labas 2004).

Die wichtige Rolle der Prävention und der Information über Risikofaktoren für eine HCV-Infektion wird von Backmund und Kollegen unterstrichen. Angesichts der zahlreichen Settings, in denen die Behandlung chronischer HCV-Infektionen bei Drogenabhängigen stattfinden kann, unterstreichen sie die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen

verschiedenen Bereichen der Medizin sowie zwischen Medizin, Drogentherapie und Sozialarbeit (Backmund et al. 2005).

Während in der Vergangenheit i.v. Drogenkonsumenten in Deutschland häufig von der HCV-Standardbehandlung mit Interferon und Ribavirin ausgeschlossen wurden, legen neuere Ergebnisse ein anderes Vorgehen nahe. Der Einsatz der Medikation bei Drogenkonsumenten und Nichtdrogenkonsumenten wurde dabei verglichen. Kriterien waren: die Ansprechrate, der Erfolg der HCV-Standardtherapie sowie das Ausmaß von neuro-psychologischen Nebenwirkungen.

- Schäfer at al. (2003) fanden in einer prospektiven, kontrollierten Studie keinen Unterschied zwischen Personen mit einer Sucht- bzw. psychiatrischen Erkrankung und einer unbelasteten Kontrollgruppe in Hinblick auf das Ausmaß psychiatrischer Komplikationen und Ansprechraten. Drogenabhängige wiesen jedoch die höchste Abbruchquote auf.
- Mauss et al. (2004) verglichen den Behandlungserfolg in einer kontrollierten prospektiven Studie zwischen 50 Patienten in Methadonsubstitution und einer Kontrollgruppe ohne Drogenabhängigkeit in den letzten 5 Jahren. Haltequote und Ansprechrate unterschieden sich nicht signifikant.
- Backmund et al. (2005) erzielten bei der gleichen Therapie mit 40 Heroinabhängigen in Substitution mit schweren zusätzlichen Erkrankungen Ansprechraten, die den Werten für die Allgemeinbevölkerung entsprechen.

Auf der Grundlage dieser und anderer Studien kommen Schäfer und Berg (2005) in einer Übersichtsarbeit zu dem vorläufigen Schluss, dass auch bei Patienten mit intravenösem Drogenkonsum eine HCV-Infektion mit der Standardbehandlung erfolgreich therapiert werden kann. Nebenwirkungen und Ansprechrate entsprechen den Ergebnisse in der Gesamtbevölkerung. Die gleichzeitige Durchführung einer Substitution ist kein Hinderungsgrund, jedoch sollte der Einsatz beider Therapien aufeinander abgestimmt sein (Schäfer, Heinz & Backmund 2004). Selbst bei Vorliegen zusätzlicher psychischer Erkrankungen leichter oder mittlerer Ausprägung kann die HCV-Behandlung erfolgreich sein, wenn sie interdisziplinär erfolgt (Schäfer 2005).

Austausch und Information

7.4 Maßnahmen gegen psychische Komorbidität

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

jedoch nicht einfach umzusetzen, da Profession, Finanzierungsmodalitäten und Verantwortlichkeiten für beide Bereiche unterschiedlich sind.

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

7.5 Maßnahmen gegen andere gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Niedrigschwellige Hilfen und insbesondere die Einrichtung von Konsumräumen (vgl. 7.4.2) dienen der Bekämpfung negativer gesundheitlicher Folgen des Drogenkonsums und der Vermeidung von Todesfällen. Maßnahmen der Schadensminimierung, wie sie vor allem in niedrigschwelligen Einrichtungen angeboten werden, sollen diesen negativen Folgen vorrangig entgegen wirken. Langfristig sind natürlich erfolgreiche Entwöhnungsbehandlungen und daraus resultierende Abstinenz am wirksamsten.

Nach der Einrichtung von Drogenkonsumeinrichtungen für intravenösen Drogengebrauch wurde bald darauf diskutiert, ob ein vergleichbares Angebot auch für Crackraucher sinnvoll sein könnte, um den teilweise aggressiven Straßenkonsum und seine Begleiterscheinungen zu verringern. Am 1. September 2003 wurde ein solcher „Rauchraum“ in Frankfurt eröffnet. Ergebnisse einer Evaluation des Betriebes im zweiten Halbjahr 2004 finden sich unter 7.2.

7.6 Drogen als Medikamente

Forscher am Max Planck-Institut für Psychiatrie und der Universität München untersuchten Möglichkeiten, Cannabinoide bei der Bekämpfung entzündlicher Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes einzusetzen. Ein entsprechendes Potential der Cannabisrezeptoren wurde im Tierversuch zwar festgestellt, eine Reihe unerwünschter Nebeneffekte behinderte jedoch die praktische Anwendung (Massa et al. 2004)

8 Soziale Begleiterscheinungen und Folgen

8.1 Überblick

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

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

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

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

8.2 Sozialer Ausschluss

Einige Hinweise auf die erschwerten Rahmenbedingungen finden sich in den soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentation. Am stärksten sind hiervon die opiatabhängigen Mitglieder der offenen Drogenszene betroffen. Einen Einblick geben hierbei Daten aus der nationalen Suchthilfestatistik und den regionalen Monitoringsystemen etwa in Frankfurt und Hamburg. Daneben liefern MoSyd aus Frankfurt (Werse et al. 2005) und die Befragung von Schlüsselpersonen in Hamburg (Baumgärtner & Gies 2005) einen Einblick in die Lebensumstände dieser Gruppe.

Ein erheblicher Teil der Opiatklienten ambulanter Einrichtungen hat bei Beginn der Betreuung noch keinen Schulabschluss. Mehr als die Hälfte der Klienten mit primären Heroin- und mehr als 40% der Klienten mit primären Kokainproblemen sind arbeits- oder erwerbslos. Etwa jeder achte Klient hat keinen Schulabschluss. Während dies bei vielen Cannabisklienten einfach am relativ jungen Alter liegt, weisen die übrigen Fälle häufig eine abgebrochene Schullaufbahn auf. Die Lebensumstände der Klienten, die in der Drogenszene im engeren Sinne leben, sind noch desolater. In Frankfurt zeigt sich beispielsweise folgende Situation: 48% der Klienten leben auf der Straße oder in Notunterkünften, 80% sind arbeitslos. Etwa die Hälfte bestreiten den Lebensunterhalt ausschließlich aus legalen Quellen – dieser Anteil hat sich von 1995 (37%) bis 2002 (51%) deutlich erhöht und ist

seitdem stabil geblieben (Prinzleve et al. 2005). Die Situation in Hamburg entspricht diesem Bild im Wesentlichen. Bei einer Gegenüberstellung der Lebensumstände von Klienten niedrigschwelliger Einrichtungen über die Jahre 2002 bis 2004 ergab sich dort allerdings tendenziell eine Verschlechterung der Erwerbssituation in der Klientel, während in Frankfurt die Situation in den letzten Jahren eher stabil geblieben ist (Baumgärtner & Gies 2005) (Tabelle 23).

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

Haupt-diagnose	Substanz	ohne Schul-abschluss	arbeitslos	erwerbslos	ohne Wohnung
F10	Alkohol	4,8%	21,3%	4,6%	0,8%
F11	Opioide	17,2%	39,3%	15,0%	4,2%
F12	Cannabinoide	26,0%	17,5%	10,0%	0,8%
F13	Sedativa/ Hypnotika	7,0%	21,1%	6,5%	2,5%
F14	Kokain	15,8%	26,2%	17,4%	2,8%
F15	Stimulantien	17,6%	22,2%	13,2%	1,5%
F16	Halluzinogene	17,1%	29,7%	16,2%	2,3%
F17	Tabak	6,6%	13,0%	2,9%	0,1%
F18	flüchtige Lösungsmittel	59,1%	17,4%		
F19	multipler Gebrauch	14,4%	41,5%	12,1%	3,5%

Quelle: DSHS (Welsch & Sonntag)

8.3 Drogenkriminalität

8.3.1 Beschaffungskriminalität

Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man alle Straftaten, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen werden. Im Berichtsjahr wurden Fälle (2004: 2.568; 2003: 2.807) der direkten Beschaffungskriminalität registriert. Mehr als 70% dieser Delikte betreffen Rezeptfälschungen oder Rezeptdiebstähle (BKA PKS).

8.3.2 Konsumnahe Delikte

Auf Rauschgiftdelikte im Zusammenhang mit Handel und Schmuggel wird in Kapitel 10 eingegangen. Auf eine Darstellung wird deshalb an dieser Stelle verzichtet. Rauschgiftdelikte, die wegen der Rahmenbedingungen (Menge, beteiligte Personen) von der Polizei als allgemeine Verstöße und damit eher als Konsumentendelikte gewertet werden (Besitz zum Eigenkonsum), haben in den letzten 10 Jahren erheblich zugenommen.

Bei den Konsumdelikten spielen vor allem Cannabis und Heroin eine herausragende Rolle. Der Zuwachs bei der Gesamtzahl von Konsumdelikten (2004: 200.378; 2003: 177.521; +12,9%) beruht vor allem auf den Veränderungen bei Cannabis (2004: 131.587; 2003:

109.669; +20,9%) und Amphetaminen (2004: 14.039; 2003: 11.799; +19,0%). Delikte mit Bezug auf Heroin (2004: 23.161; 2003: 24.577; -5,8%) und sonstige Drogen (2004: 9.341; 2003: 10.324; -9,5%) nahmen leicht ab, Kokainfälle (2004: 14.660; 2003: 13.936; +5,0%) nahmen leicht zu (Abbildung 7).

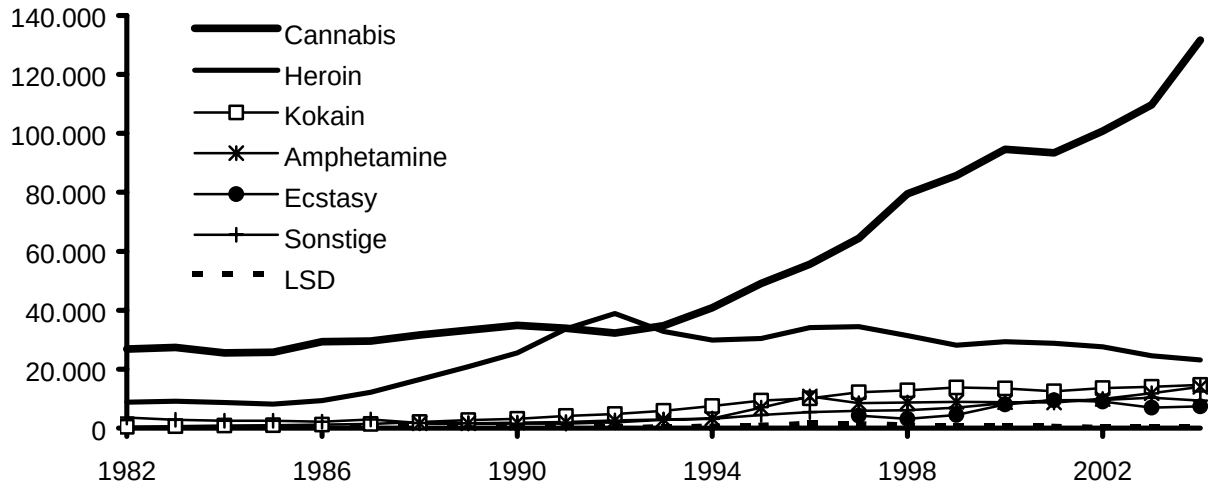


Abbildung 7: Entwicklung von Konsumdelikten

Quelle: BKA (2005a)

8.3.3 Erstmalig polizeiauffällige Drogenkonsumenten

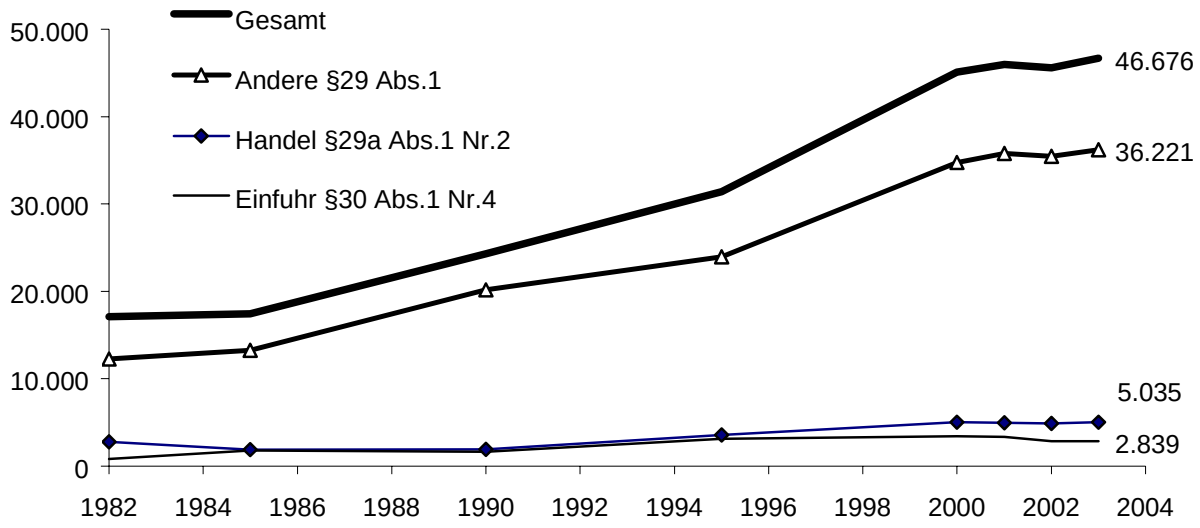
Neben Angaben zu Rauschgiftdelikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken zu Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit harten Drogen polizeiauffällig wurden. Es handelt sich also um eine Art Inzidenzmessung. Allerdings müssen die Einträge zu diesen Personen nach einer gesetzlichen Frist wieder gelöscht werden, soweit in der Zwischenzeit keine neuen Straftaten verübt wurden. Dadurch wird eine unbekannte Zahl von Wiederholungstätern als „erstauffällig“ fehlklassifiziert.

Die Gesamtzahl erstauffälliger Drogenkonsumenten ist 2004 mit 21.100 gegenüber dem Vorjahreswert von 17.937 um 17,6% gestiegen. Die Zahl der Heroinfälle ging leicht zurück (2004: 5.324; 2003: 5.443; 2002: 6.378), während für alle anderen „harten“ Substanzen ein Zuwachs von mehr als 10% registriert wurde: Ecstasy (2004: 3.907; 2003: 3.352; 2002: 4.737); Kokain (2004: 4.802; 2003: 4.346) und Amphetamin (2004: 9.238; 2003: 6.588). In dieser Statistik bleiben Personen unberücksichtigt, bei denen Cannabisdelikte vorliegen.

8.3.4 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz und Strafvollzug

Die Anzahl der Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) hat sich 1982 etwa verdreifacht. In etwa dem gleichen Maße haben eher Konsum-bezogene Delikte nach §29 Abs. 1 zugenommen, die 2003 insgesamt 78% aller Verurteilungen ausmachten. Einfuhrdelikte nach §30 Abs. 1 Nr. 4 machen etwa 6% der Verurteilungen aus, Handelsdelikte nach §29a, Abs. 1 Nr. 2 etwa 11% (Statistisches Bundesamt 2005a) (Abbildung 8).

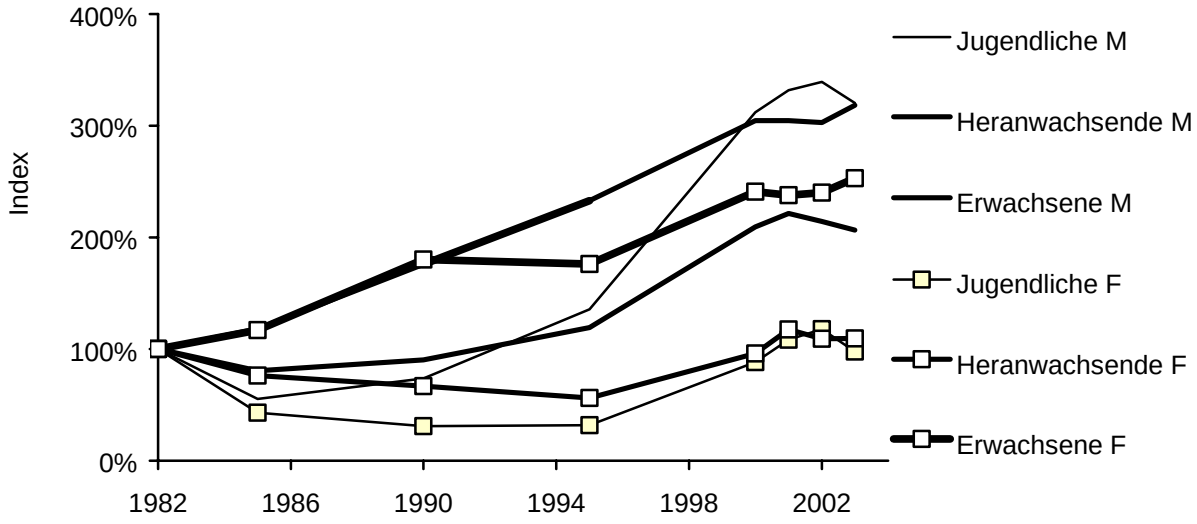
Abbildung 8: Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

Die Veränderungen bei den Verurteilungen betreffen verschiedene Personengruppen in ganz unterschiedlicher Weise. Während die Zahl der Verurteilungen bei heranwachsenden und jugendlichen Frauen 2003 etwa gleich hoch war wie vor 10 Jahren, hat sich die Zahl der Verurteilungen von jugendlichen und heranwachsenden Männern etwa verdreifacht. Von allen Verurteilungen des Jahres 2003 betreffen 6,9% (Männer) bzw. 3,7% (Frauen) das Betäubungsmittelrecht (Abbildung 9).

Abbildung 9: Trends bei den Verurteilungen nach dem BtmG



Quelle: Statistisches Bundesamt (2005a)

8.4 Drogenkonsum im Gefängnis

Gemessen an der großen Zahl von Tatverdächtigen (2003: 232.502) (BKA 2005) ist die Zahl der wegen Betäubungsmitteldelikten Inhaftierten mit 9.015 recht niedrig. Der Wert entspricht damit etwa 4% der erfassten Delikte. Bei Erwachsenen sind BtMG-Delikte bei rund 14% aller männlichen und 16% aller weiblichen Häftlinge der Grund für die Inhaftierung. Bei Jugendlichen liegt der Anteil mit 8% bzw. 13% deutlich niedriger. Dieser Wert hat sich vor allem bei weiblichen Strafgefangenen gegenüber dem Vorjahr verringert (Tabelle 24).

Tabelle 24: Strafvollzug bei Betäubungsmitteldelikten in 2003

	Strafgefangene und Sicherungsverwahrte			Freiheitsstrafen für Erwachsene		Jugendstrafen		Sicherungsverwahrung
	Gesamt	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Gesamtzahl Inhaftierte	63.677	60 566	3 111	53 262	2 807	7.000	304	304
Strafen BtMG N	9.015	8.518	497	7.958	457	559	40	1
Strafen BtMG %	14,2	14,1	16,0	14,9	16,3	8,0	13,2	0,3
Strafen BtMG im Jahr 2002 %	14,4	14,2	17,9	15,2	18,2	8,0	15,0	0,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b)

8.4.1 Drogenkonsum und Unfallgeschehen

Die regelmäßigen Unfallstatistiken geben Auskunft darüber, ob die beteiligten Fahrzeugführer beim Unfall unter dem Einfluss von Alkohol oder „anderen berauschenden Mitteln“ standen. Die zweite Kategorie betrifft im Wesentlichen illegale Drogen. Seit 1998 ist das Fahren unter dem Einfluss von Drogen rechtlich als Ordnungswidrigkeit eingestuft worden. Dies gilt auch dann, wenn mangelnde Fahrtüchtigkeit nicht nachgewiesen werden kann. Ein aktuelles höchstrichterliches Urteil hat bezüglich Cannabis klargestellt, dass bei einem THC-Gehalt von unter 1,0 ng/ml im Blut eine akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nicht angenommen werden kann (Az. BvR 2652/03 vom 21.12.2004).

Im Jahr 2003 ereigneten sich in Deutschland insgesamt 354.534 Unfälle, an denen 443.293 Führer von Kraftfahrzeugen beteiligt waren. Davon standen 1.341 (0,3%) Unfallbeteiligte unter dem Einfluss von „anderen berauschenden Mitteln“ und 22.674 (5,1%) unter dem Einfluss von Alkohol (Statistisches Bundesamt 2005c). Aufgrund der größeren Probleme bei der Feststellung von Drogenkonsum im Vergleich zum Alkohol, muss mit einer deutlichen Untererfassung der Rauschmittelfälle gerechnet werden.

Die Zahl der Rauschgiftfälle in dieser Kategorie hat sich seit 1997 etwa mehr als verdoppelt. Zur Zeit werden, nach der erfolgten Entwicklung einer geeigneten technischen Ausrüstung, Polizisten in der Erkennung von Drogenintoxikation geschult (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

8.5 Soziale Kosten

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

Eine Hochrechnung der Kosten für ambulante Betreuungsangebote kommt für das Jahr 2003 auf einen Gesamtwert von 336,2 Millionen Euro für die Bundesrepublik Deutschland (Sonntag & Welsch 2004).

9 Umgang mit sozialen Begleiterscheinungen und Folgen

9.1 Übersicht

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

Spezifische Hilfen bestehen insbesondere bei den komplementären Einrichtungen der Suchthilfe. Sie bieten beschützte Arbeitsstellen, Schulen zur Erlangung fehlender Abschlüsse und andere Maßnahmen, die bei der Reintegration in den Lebensalltag außerhalb der Drogenszene helfen sollen. Auch betreute Wohnheime, die zwischen Therapieende und einer selbständigen Lebensweise noch ein gewisses Maß an Unterstützung bieten, gehören zu diesen Ansätzen. Weitere Details finden sich in Kapitel 5.2 bei der Beschreibung des Systems der Suchthilfe in Deutschland. Auch hier zeichnen die Bundesländer verantwortlich. Es stehen standardmäßig keine nationalen Statistiken für diese Leistungen zur Verfügung. Daneben stehen die normalen Angebote der Sozialhilfe auch für Drogenabhängige zur Verfügung, wenn es darum geht, eine preisgünstige Wohnung, Sozialhilfe zum Leben oder Unterstützung in anderen Lebensbereichen zu erhalten. Da hierfür jedoch keine Statistiken vorliegen, welche die Aktivitäten speziell für diese Personengruppe erfassen, ist eine quantitative Darstellung nicht möglich.

9.2 Soziale Reintegration

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

Das in den letzten Jahren überarbeitete Sozialgesetzbuch hat eine Reihe von Voraussetzungen für eine Verbesserung der sozialen Reintegration auch für Menschen mit Substanzstörungen geschaffen.

Verbesserungen –gegen Diskriminierung und Ausgrenzung von Behinderung – können durch die Neuregelung des SGB IX erwartet werden. Dort ist das Recht der Rehabilitation zusammenfassend neu geregelt. Es sieht z.B. die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Jugendhilfe) verbindlich vor. Die durchgehende Sicherung der sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation soll gewährleistet sein und zuständigkeitsübergreifende Vorleistungen sollen verpflichtend gewährleistet werden, damit Zuständigkeitsstreitigkeiten nicht zu Lasten der Betroffenen gehen. Allerdings war schon nach Verabschiedung des Gesetzes zu erwarten, dass die Umsetzung des SGB IX noch von zahlreichen Schwierigkeiten begleitet wird, basiert die Philosophie des Gesetzes doch auf einem notwendigen Paradigmenwechsel im Hilfeverständnis: „Die Intervention folgt dem Klienten“.

Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bleibt wichtigste Zielsetzung und Aufgabe, denn die Zielsetzung des SGB IX geht über die bloße Herstellung der somatischen Gesundheit hinaus. Sie orientiert sich am Gesundheitsbegriff der WHO und schließt vor allem die

Möglichkeit mit ein, wieder am Arbeits- und Beschäftigungsprozess teilzunehmen. Dies birgt große Herausforderungen für die Suchtkrankenhilfe. Verfügen die Jobcenter über die nötigen Kompetenzen, um besondere Probleme bei der Eingliederung rehabilitierter Suchtkranker zu berücksichtigen? Wie werden Sozialhilfeträger mit den nicht in den ersten Arbeitsmarkt vermittelbaren Menschen verfahren? Wie lassen sich entsprechende Modelle der Arbeits- und Sozialverwaltung in die Alltagspraxis der Kommunen integrieren und wo bestehen dafür finanzielle Ressourcen?

Die ehemalige „Bundesanstalt für Arbeit“ wurde in die „Bundesagentur für Arbeit“ umgewandelt. Die Umstrukturierung ist noch nicht abgeschlossen. „HARTZ III“, ein Gesetz im Rahmen der aktuellen Arbeitsmarktreformen, bildet hierfür die Grundlage. Die neue Agentur soll mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe Kooperationsvereinbarungen abschließen und durchführen (§368a SGB III), um

- alle Möglichkeiten zur Vermittlung in Arbeit auszuschöpfen,
- die Wirksamkeit der Eingliederungshilfen in eine Erwerbstätigkeit zu steigern,
- das Verwaltungsverfahren bürgernah und einfach zu gestalten.

Noch ist allerdings unklar, wie die Bundesagentur mit den freien Trägern der Wohlfahrtspflege und mit den örtlichen Sozialämtern künftig kooperieren wird und ob die Verantwortung auf überörtlicher oder kommunaler Ebene liegt. Gemäß §18 SGB II sollen aber die Träger der Sozialhilfe verpflichtet werden, mit den Agenturen für Arbeit zusammenzuarbeiten. Diese wiederum sollen mit den Gemeinden, Kreisen, Bezirken, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Arbeitgebern, Gewerkschaften, Kammern und berufsständischen Organisationen kooperieren.

Das bisher letzte Gesetz in diesem Zusammenhang („HARTZ IV“) wurde im Juli 2004 verabschiedet und trat am 1. Januar 2005 in Kraft. Durch eine weitgehende Änderung der Grundlage für die Zahlung von Unterstützungsleistungen an Menschen, die langfristig ohne Arbeit bzw. hilfebedürftig sind, soll der Ansatz „Fordern und Fördern“ damit stärker als bisher verfolgt werden. Dies soll zur Stärkung der Selbstverantwortung der von diesen Sozialleistungen abhängigen Menschen beitragen und abgestimmte Hilfen aus einer Hand bieten. Allerdings ist noch offen, ob ausreichend konkrete Leistungsangebote im Sinne eines Trainings für bessere Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit gewährleistet sind, um auch Sozialhilfeempfänger mit langjährigen Suchtproblemen für die (Wieder-)Aufnahme einer Arbeitstätigkeit zu qualifizieren.

9.2.2 Erprobung von allgemeinen Maßnahmen zur Reintegration in Arbeit

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

Zwischen Mitte 2001 und Mitte 2003 wurden bundesweit 30 Modellvorhaben („MoZarT“) durchgeführt, um die Kooperation zwischen Arbeits- und Sozialämtern zu verbessern, mit dem Ziel:

- die berufliche Eingliederung langjährig Arbeitsloser zu verbessern und sie dauerhaft in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren;
- die Effizienz zu steigern und Kosten durch Zusammenarbeit zwischen Arbeits- und Sozialamt zu reduzieren.

Es wurden gemeinsame Anlaufstellen eingerichtet und die Abläufe der Antragsbearbeitung und der Betreuung von Betroffenen gemeinsam organisiert. Es ging auch um eine Neuausrichtung der Hilfephilosophie von ehemals maßnahmeorientierter Beratung und Vermittlung hin zu einem einzelfall-orientierten Fallmanagement. Insgesamt wurden mit dem Modellprojekt rund 64.000 Teilnehmer erreicht. Die Klienten hatten eine Reihe von sogenannten „Vermittlungshemmnissen“, zu denen neben fehlender Berufsausbildung oder fehlender Mobilität auch Substanzprobleme gehören. 49% der beteiligten Sozialhilfeempfänger gelang es während der Projektlaufzeit, eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt aufzunehmen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

9.2.3 Spezifische Aktivitäten auf Bundesebene

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%. Die Situation hat sich dabei in den letzten Jahren mit zunehmender allgemeiner Arbeitslosigkeit auch für diese Gruppe weiter verschlechtert. Neben der Suchtproblematik haben viele der Betroffenen keinen adäquaten Schulabschluss. Hinzu kommen instabile Wohnsituationen. Somit erhalten die Integrationshilfen eine zentrale Bedeutung in der Rehabilitation. Studien zeigen, dass die soziale und berufliche Integration ein wesentlicher Indikator für eine dauerhafte Abstinenz bei den Betroffenen ist.

Maßnahmen der Rentenversicherungsanstalten

Die Förderung arbeitsloser Rehabilitanden durch die Rentenversicherung auf Bundesebene (Deutsche Rentenversicherung Bund)[1] 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.

Auch Träger der Rentenversicherung auf Länderebene fördern Projekte, die in Zusammenhang mit der Drogenproblematik von besonderem Interesse sind. So unterstützt beispielsweise die Deutsche Rentenversichung Hessen ambulante Beratungsstellen dabei,

[1] Seit 1.10.2005 wurde BfA und LVAs in die Deutsche Rentenversicherung überführt

durch Kooperationen bestimmte Qualitätsanforderungen zu erfüllen um damit die Voraussetzungen für eine intensivere Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen bei der Klientenbetreuung zu schaffen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a). Eine optimierte Kombinationstherapie, die stationäre und ambulante Elemente effizient und kostengünstig verbindet, ist das Ziel von zwei Projekten, die von der Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bzw. der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz vergeben wurden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005a).

Wiedereingliederung Langzeitarbeitsloser

Spezielle Programme zur Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen betreffen nicht selten Personen mit Suchtproblemen. Die vorliegenden Statistiken und Analysen weisen diese Teilgruppe jedoch in aller Regel nicht gesondert aus, so dass Maßnahmen und Ergebnisse für die Zielgruppe dieses Berichts nicht getrennt dargestellt werden können.

Weitere Aktivitäten wurden in Kapitel 9.2.1 und 9.2.2 beschrieben.

9.2.4 Aktivitäten auf Länderebene

Auch soziale Reintegration liegt im Verantwortungsbereich der Länder. Statistische Daten auf Bundesebene, die eine Zuordnung zur Gruppe der Drogenabhängigen erlauben, liegen jedoch nicht vor.

9.3 Ausbildung und Training

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. Es zeichnen sich vor dem Hintergrund des kontinuierlichen Anstiegs der Arbeitslosigkeit und zurückgehender Leistungen für Hilfesuchende von Suchtkrankenhilfe nur schwer lösbare Aufgaben ab.

9.4 Prävention von Drogenkriminalität

Hilfe für Gefängnisinsassen

Spritzenprogramme für i.v. konsumierende Gefängnisinsassen wurden in der Vergangenheit in verschiedenen Bundesländern entwickelt und evaluiert. Sie sind mit einer Ausnahme inzwischen alle wieder eingestellt worden. Lines und Stöver (2005a,b) erarbeiteten für UNODC ein umfassendes Konzept zur Prävention von HIV und AIDS im Gefängnissetting. Dabei geht es um die notwendigen politischen, personellen und räumlichen Maßnahmen zur entsprechenden Umgestaltung der Justizvollzugsanstalten. Die Betreuungsangebote, die für i.v. Drogenkonsumenten in Freiheit entwickelt wurden, sind nach Einschätzung der Autoren bisher nur unzureichend in den Gefängnissen aufgenommen worden, wodurch die Präven-

tion von Infektionen erschwert wird (Lines & Stöver 2005a). Als besonders problematische Gruppen werden Frauen, Mitglieder ethnischer Minderheiten und Jugendliche im Gefängnis betrachtet (Lines & Stöver 2005b).

Eine Erhebung in 33 Gefängnissen in 17 Ländern der Europäischen Union, die von 2002 bis 2004 erfolgte, untersuchte die Praxis von Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. Es zeigte sich, dass die Fortsetzung einer bestehenden Substitutionsbehandlung in der Regel gewährleistet war. Der Einstieg in eine neue Substitutionsbehandlung im Gefängnis erfuhr weniger Akzeptanz. Insgesamt ergab sich eine starke Abstinenzorientierung, begrenzte Ressourcen der behandelnden Anstaltsärzte sowie ein unzureichendes Angebot bei der psychosozialen Betreuung für die Gesamtbehandlung. Die Patienten wollten sich teilweise nicht als abhängig zu erkennen geben, da sie negative Folgen befürchteten. Die Studie fordert Leitlinien für die behandelnden Ärzte und eine verstärkte Kooperation zwischen Ärzteschaft und Einrichtungen der Drogenhilfe innerhalb und außerhalb der Gefängnisse (Stöver, Hennebel & Casselman 2004).

Therapie statt Strafe

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erlaubt die Einstellung von Verfahren bei geringer Schuld und dem Fehlen eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung (§31a BtMG). Dies betrifft im Wesentlichen Konsumdelikte, vor allem wenn sie erstmalig auftreten und Dritte nicht beteiligt sind. Außerdem kann nach der Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe diese Strafe zurückgestellt werden, um dem Drogenabhängigen die Chance zu einer Behandlung zu geben („Therapie statt Strafe“, § 35 BtMG).

Insgesamt waren im Jahr 2004 (zum Stichtag 31.3.) 9.221 (2003: 9.015) von 63.677 (2003: 62.594) Strafgefangenen wegen Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz inhaftiert, was einem Anteil von 14,5% entspricht (2003: 14,4% 2002: 14,1%). Der Anteil steigt langsam, aber stetig an (www.destatis.de/basis/d/recht/rechts6.htm).

Für das Jahr 2003 erfolgte von 19.811 Verurteilungen zu Freiheitsstrafe oder Jugendstrafe mit Feststellung einer Abhängigkeit von Betäubungsmitteln in 19,3% der Fälle eine Strafaussetzung und in 54,9% der Fälle eine Zurückstellung der Strafe. Etwa die Hälfte der Zurückstellungen wurde allerdings zu einem späteren Zeitpunkt wegen Therapieabbruch u.ä. widerrufen. Daten für das Jahr 2004 liegen nicht vor.

Alternative juristische Maßnahmen zur Prävention von Drogendelikten

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

10 Drogenmarkt

10.1 Überblick

Verfügbarkeit und Versorgung

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

Beschlagnahmungen

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

Preise

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

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

Reinheit

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

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

Die Darstellungen basieren auf dem „Statistischen Auswerteprogramm Rauschgift“ (Zerelll et al. 2005) und auf dem „Bundeslagebild Rauschgift 2004“ (BKA 2005a) (Bis 2002: „Rauschgiftjahresbericht“). Die Wirkstoffgehalte werden entsprechend der Sicherstellungsmengen in drei Bereiche unterteilt: Straßenhandel (< 1g), Kleinhandel, Großhandel (>= 1000g). Die Ergebnisse werden differenziert dargestellt, soweit ein deutlicher Unterschied im Wirkstoffgehalt zwischen Großhandel und Straßenhandel festzustellen war. Der Grund hierfür ist in der Regel eine zunehmende Streckung des Wirkstoffes von der Großhandelsebene zum Straßenverkauf, um damit den Gewinn zu erhöhen. Neben dem Wirkstoffgehalt werden Angaben über die häufigsten Streckmittel gemacht. Soweit diese pharmakologisch wirksam sind (z. B. Coffein) werden sie als Zusätze, ansonsten als Verschnittstoffe (z. B. Zucker) bezeichnet.

10.2 Verfügbarkeit und Versorgung

Verfügbarkeit und Versorgung betrachten den Gegenstand „Drogenmarkt“ jeweils aus verschiedenen Richtungen: zum einen aus Sicht des Käufers, zum anderen aus Sicht des Anbieters.

10.2.1 Verfügbarkeit

Für Personen in der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre ohne Drogenerfahrung ist Cannabis nach eigener Einschätzung für 16% einfach zugänglich. Bei Amphetaminen (11%) und Ecstasy (9%) ist die wahrgenommene Verfügbarkeit etwas niedriger, bei Kokain (5,5%) und Heroin (4,5%) deutlich niedriger (Kraus, Augustin & Orth 2005). Nähere Informationen hierzu finden sich im REITOX-Bericht 2004.

Jugendliche und junge Erwachsene schätzen den Zugang zu Drogen generell einfacher ein, wie die Drogenaffinitätsstudie für die Altersgruppe 12 bis 25 Jahre zeigt. 28% der Personen ohne Drogenerfahrung könnten demnach Cannabis innerhalb von 24 Stunden sehr leicht oder ziemlich leicht beschaffen. Bei Personen, die in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert haben, gilt dies für 73% der Fälle. Für Personen zwischen 16 und 24 Jahren erscheint der Zugang deutlich leichter (53%) als für die Befragten in der Altersgruppe 12 bis 16 (19%). Deutlich überwiegt der Zugang zu den Substanzen über Freunde oder Bekannte (68%). 37% geben an, Cannabis auf der Straße besorgen zu können, bei 34% ist die Disco, bei 28% die Schule der Zugangsort.

Gemessen an der Häufigkeit von Drogenangeboten, die Jugendliche erhalten, hat sich die Verfügbarkeit in den letzten 10 Jahren deutlich erhöht. Während 1993 35% der Befragten in der Studie von einem Drogenangebot berichteten, lag der Anteil 2004 bei 49% (1997: 41%; 2001:48%). In 89% der Fälle war Cannabis die angebotene Substanz (BZgA 2005a).

10.2.2 Versorgung

Für den deutschen Heroinmarkt stellt Südwestasien und dort vor allem Afghanistan die wichtigste Herkunftsquelle dar. Die Balkanroute (unter anderem über die Türkei) und die Seidenroute über die zentralasiatischen Staaten sind die bedeutendsten Transportwege nach Europa.

Kokain wird größtenteils aus den Niederlanden und in geringem Umfang direkt aus Südamerika (Kolumbien, häufig im Transit über Brasilien) eingeschmuggelt.

Amphetamin kommt zumeist aus den Niederlanden und zum Teil auch aus Polen. Kristallines Methamphetamin („Crystal“) gelangt aus der Tschechischen Republik nach Deutschland, insbesondere nach Bayern, Sachsen und auch Thüringen.

Die Niederlande sind der bedeutendste Ursprungs- bzw. Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestelltes Marihuana. Cannabisharz stammt weitgehend aus Marokko. Es wird über Spanien auf dem Landweg oder per Schiff über die Niederlande nach Deutschland gebracht. Die Bedeutung des Anbaus von Marihuana in Deutschland ist schwer abzuschätzen. Zwar liegt die Zahl der Sicherstellungen von Pflanzen 2004 höher als in den drei vorherigen Jahren, die Beschlagnahmungsmengen schwanken jedoch seit 1997 so stark, dass sich ein Trend kaum ablesen lässt.

10.3 Beschlagnahmungen von Betäubungsmitteln

Die Sicherstellungsmengen von Kokain in kg (2004: 969; 2003: 1.009; 2002: 2.138) und Ecstasy (Pillen, 2004: 2.052.158; 2003: 1.257.676; 2002: 3.207.099) sind im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr gesunken. Dagegen ist jedoch die Menge an Heroin um 20% (in kg, 2004: 775; 2003: 626; 2002: 520) und die an Amphetaminen um rund 30% (in kg, 2004: 556; 2003: 484; 2002: 362) gestiegen. Während man für Heroin zumindest bei langfristiger Betrachtung zwischen 1991 und 2004 einen deutlichen Rückgang der Beschlagnahmungsmengen feststellen kann, sind die Veränderungen bei den anderen Substanzen sprunghaft und schwer zu interpretieren.

Da die jährlichen Sicherstellungsmengen durch große Einzelbeschlagnahmungen stark schwanken können, wird auch die Zahl der Sicherstellungen untersucht. Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle ist 2004 gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Die langfristige Betrachtung zeigt für Heroin eine rückläufige Entwicklung und für Amphetamin zunehmende Fallzahlen. Bei allen anderen Substanzen ist die Situation relativ stabil. Für Cannabis hat sich die Fallzahl 2004 wieder auf den Ausgangswert der Jahre 1997 bis 2001 erhöht, während 2003 eine verhältnismäßig kleine Zahl von Beschlagnahmungen erfasst wurde (Abbildung 10).

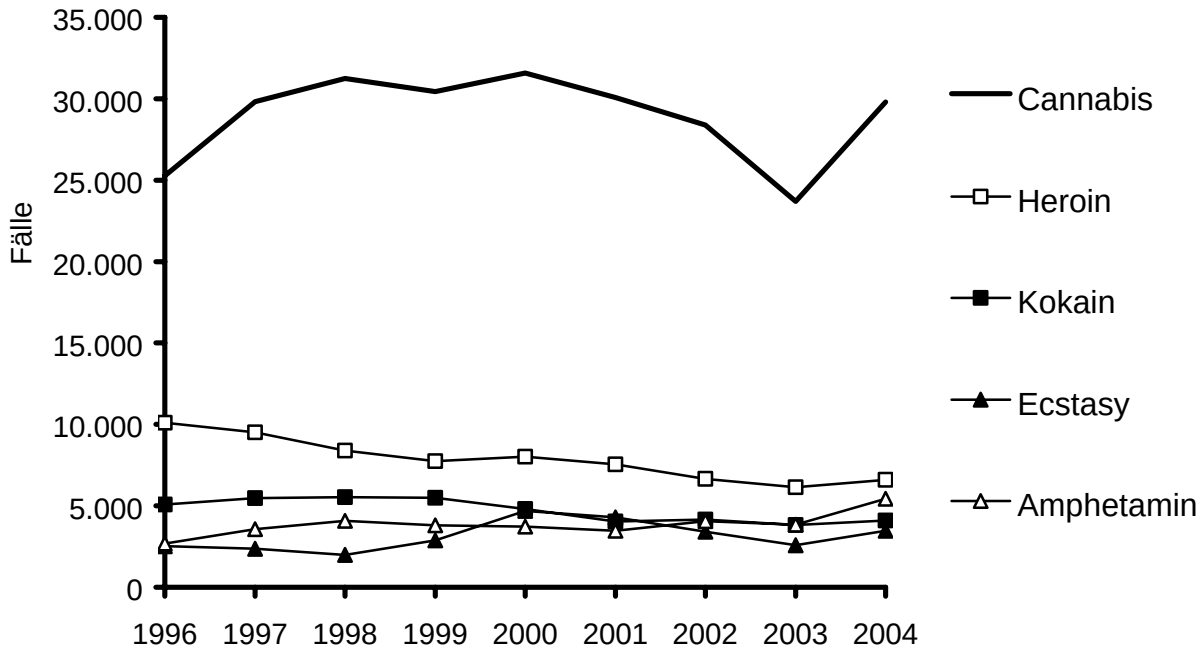


Abbildung 10: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland von 1996 bis 2003

Quelle: BKA 2004

Insgesamt erfolgten 2004 mit 51.643 und damit 24% mehr Beschlagnahmungen als im Jahr 2003, in dem 41.739 Fälle registriert wurden. Bei der Betrachtung der beschlagnahmten Mengen und der Zahl der Beschlagnahmungen zeigen sich sowohl gegenüber dem Vorjahr als auch gegenüber 2000 deutliche Zunahmen für Amphetamine, gegenüber 2003 für Pilze und Khat. Kokain tendiert nach unten, Heroin zeigt im Vergleich zum Vorjahr wieder leichte Zunahmen (Tabelle 25).

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

	2004 vs.	Heroin	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	LSD	Cannabis	Pilze	Khat
Zahl der Sicherstellungen	2003	+8%	+7%	+42%	+35%	+28%	+26%	+32%	+102%
	2000	-18%	-15%	+46%	-26%	-63%	-6%	--	--
Sichergestellte Menge	2003	+24%	-4%	+15%	+63%	+17%	+0	+300%	+146%
	2000	+49%	-55%	+54%	-36%	+35%	-2%		

Quelle: BKA 2004
Hinweis: Zuwächse >10% durch Rahmen, Abnahmen >10% durch Schattierung gekennzeichnet

Im Jahr 2004 wurden rund 68.000 Cannabispflanzen beschlagnahmt, fast doppelt soviel wie im Vorjahr. Allerdings schwankt diese Zahl seit Jahren erheblich. Die Zahl der Fälle ist seit 1998 rückläufig, was dafür sprechen könnte, dass darunter zunehmend mehr Fälle von kommerziellem Anbau zu finden sind (Tabelle 26).

Tabelle 26: Sicherstellung von Cannabispflanzen

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Menge in Stück	677.065	81.097	168.833	25.277	68.698	29.352	35.863	68.133
Fälle	1.418	1.661	1.254	1.048	785	887	750	1.008

Quelle: BKA, persönliche Mitteilung

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

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

10.4 Preis und Reinheit der Drogen

10.4.1 Preis

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2003 bis 2004 insgesamt nur wenig geändert. Im Straßenverkauf ist Ecstasy um mehr als 10% billiger geworden. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana um fast 10% gestiegen, was möglicherweise mit dem gestiegenen Wirkstoffgehalt dieser Droge zu tun hat. Aus dem Polizeibereich wird berichtet, dass auf der Ebene des Groß- und Zwischenhandels Marihuana aus speziellen Züchtungen entsprechend gekennzeichnet gehandelt wird. Hier liegt also bereits eine Differenzierung im Markt vor. Auf der Ebene der Endverbraucher ist diese Differenzierung unterschiedlicher Qualitäten bisher noch nicht in dieser Form zu finden (Tabelle 27).

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

Tabelle 27: Preise verschiedener Drogen 2002 und 2003

Preis pro Gramm (Kleinmengen) / Kilogramm (Großmengen)	Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphe-tamine	Mari-huana	Canna-bisharz	LSD
Kleinmenge 2003	40,9€	60,1€	66,3€	7,5€	12,6€	7,3€	6,0€	9,5€
Kleinmenge 2004	39,5€	58,9€	60,8€	6,7€	12,1€	7,2€	6,1€	10,2€
Änderung 2004 vs. 2003	- 3,4%	-2,0%	- 8,3%	-11,0%	-4,0%	-1,4%	+1,6%	+7,4%
Großmengen 2003	19.214€	35.493€	--	2.321€	5.101€	3.022€	2.327€	--
Großmengen 2004	20.710€	35.602€	--	2.219€	5,346€	3.315€	2.245€	--
Änderung 2004 vs. 2003	+8,8%	+0,4%	--	-4,4%	+4,8%	+9,7%	-8,6%	--

Quelle: BKA, persönliche Mitteilung

10.4.2 Reinheit

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Ecstasy, Heroin und Kokain ist das „Statistische Auswertungsprogramm Rauschgift 2004“ (Zerell et al. 2005) sowie das „Bundeslagebild Rauschgift 2004“ (BKA 2005).

Tabelle 28 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 1996. Mit gewissen Schwankungen ist ein Rückgang des Wirkstoffgehalts über diesen Zeitraum bei Straßenkokain deutlich erkennbar: von knapp 50% im Jahr 1999 auf 32% im Jahr 2004. Andere Stoffe zeigen teilweise deutlich schwankende Wirkstoffgehalte.

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

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

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

Quelle: Zerell et al. (2005)

Amphetamin

Für das Jahr 2004 wurden insgesamt 2.029 Proben von Amphetamin auf ihren Wirkstoffgehalt hin ausgewertet. Dieser betrug dabei für den Straßenhandel und die Großhandelsebene 8%. Als Zusatzstoffe wurden bei 3.964 ausgewerteten Proben am häufigsten Coffein (73%) und Paracetamol (1,3%), bei den Verschnittstoffen Lactose (55%), Glucose (8%) und Mannit (4%), Kreatin (2,8 %), Stärke (1,8 %), Saccharose (1,1 %) und Kreatinin (1,0 %) gefunden (Abbildung 11).

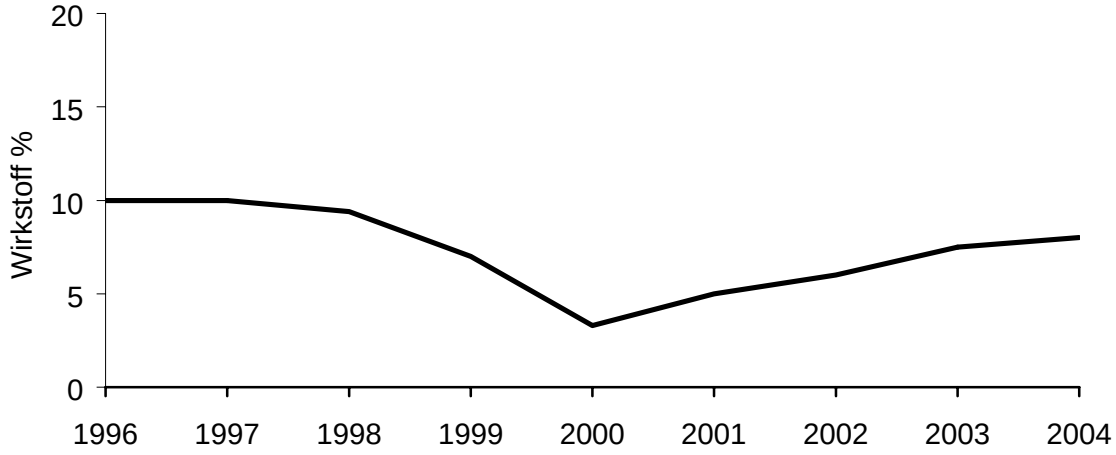


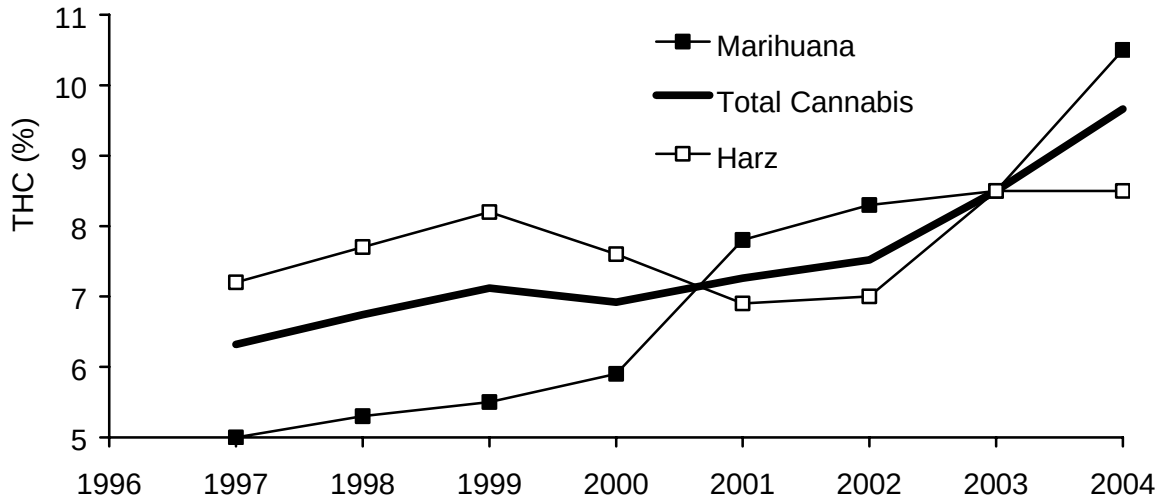
Abbildung 11: Wirkstoffgehalt von Amphetamin 1996 – 2003

Quelle: Zerell et al. (2005)

Cannabis

Die Bestimmung des THC-Gehalts erfolgt auf der Basis der Beschlagnahmungen (2004: 6.272 Proben Marihuana, 4.522 Proben Haschischharz) durch die Labore von BKA, LKAs und Zollbehörden. Es zeigt sich zwischen 1997 und 2002 ein leichter Anstieg des mittleren THC-Gehalts von 6,3% auf 7,5%, der ausschließlich auf der zunehmenden Qualität von Marihuana beruht. Diese Entwicklung hat sich von 2003 nach 2004 weiter fortgesetzt. Vor allem der THC-Gehalt von Marihuana stieg mit 10,8% gegenüber dem Vorjahr (THC: 8,5%) deutlich an (Abbildung 12).

Abbildung 12: THC-Gehalt von Marihuana und Haschischharz



Quelle: Zerelll et al. (2005)

Ecstasy

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 1.263.895 Tabletten und Kapseln untersucht. Davon waren 93,4% Monopräparate; bei 6,6% wurden zwei oder drei Suchtstoffe festgestellt. Der Anteil der Mischpräparate hat sich gegenüber 2002 (0,4%) und 2003 (4,0%) erhöht.

Von den 1.181.100 Monopräparaten enthielten 95,0% MDMA. Die verbleibenden 5,0% enthielten Amphetamin, Metamphetamin, MDE, MDA, 2C-I und Ephedrin. Die Wirkstoffmengen werden in Tabelle 29 dargestellt (Tabelle 30).

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

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

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

Quelle: Zerelll et al. (2005) Hinweis: Wirkstoffgehalte wurden berechnet als Base

Heroin

Für 2004 wurden 4.131 Proben von Heroin hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet. Während das Straßenheroin auch in diesem Jahr wieder zwischen 10 und 20% Wirkstoffgehalt aufwies, hat sich der Wirkstoffgehalt von Proben im Großhandel 2004 stark erhöht und wieder an den Wert von 2001 angenähert. Ursache für die untypische Situation des Vorjahres, nämlich dass Straßenheroin einen höheren Wirkstoffgehalt als Heroin auf Großhandelsniveau hatte, ist der hohe Anteil, den Proben aus Berlin unter den Beschlagnahmungen aus Straßenhandel hatten. Da dort der Wirkstoffgehalt deutlich höher ist als in den anderen Teilen Deutschlands, führt diese Selektion zu dem entsprechenden Ergebnis (Abbildung 13).

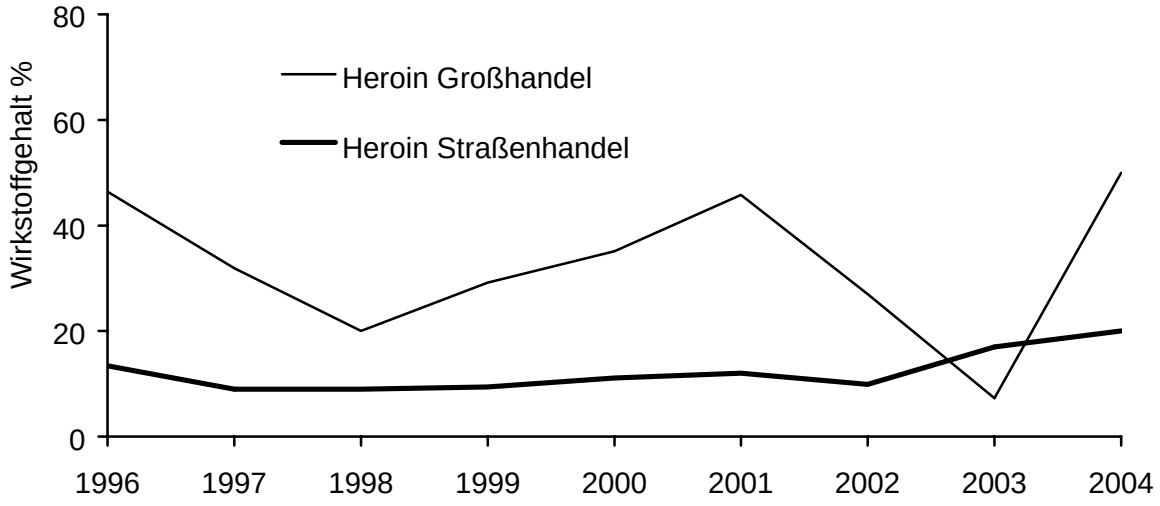


Abbildung 13: Wirkstoffgehalt von Heroin 1996-2003

Quelle: Zerelll et al. (2005)

Unter den Verschnittstoffen der 3.964 ausgewerteten Proben fanden sich vor allem Coffein (99%), Paracetamol (97%) und Griseofulvin (9,5%), bei den Zusätzen fand sich Lactose (2,5%) am häufigsten.

Kokain

Für das Jahr 2004 wurden 3.839 Kokainproben ausgewertet. Kokain kommt überwiegend als Hydrochlorid auf den Markt. Kokain-Hydrochlorid und Kokain-Base werden hier jedoch gemeinsam dargestellt.

Im Straßenhandel lag der Wirkstoffgehalt im Zeitraum von 2000 bis 2004 bei rund 40% mit leicht rückläufiger Tendenz (Abbildung 14).

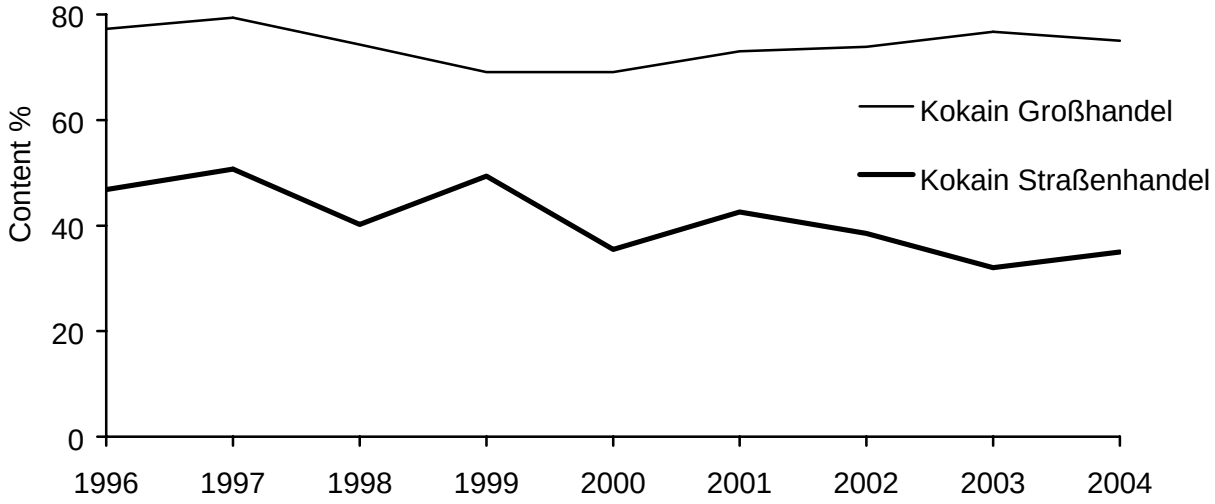


Abbildung 14: Wirkstoffgehalt von Kokain 1996 – 2004

Quelle: Zerelll et al. (2005)

Bei den Zusätzen wurde bei 2.517 Proben Lidocain (28%), Phenacetin (36%), Coffein (7%), Procain (2%) und Paracetamol (1,4%) festgestellt, bei den Verschnittstoffen Lactose (51%), Mannit (18%), Inosit (6%), Glucose (4%) und Saccharose (4%).

Teil B – Ausgewählte Themen

11 Unterschiede zwischen den Geschlechtern

11.1 Zusammenfassung

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind im Suchtbereich zwar seit langem bekannt, aber eine durchgehende Realisierung genderspezifischer Aspekte in der Suchtkrankenhilfe war bis vor kurzem nur in Ansätzen zu beobachten.

Männer fallen insgesamt durch qualitativ und quantitativ riskantere Konsummuster auf. Die epidemiologische Betrachtung der erwachsenen Drogenkonsumentinnen und –konsumenten ergibt eindeutig genderspezifische Unterschiede, wobei sich in den letzten Jahren bei den legalen Substanzen – wie z.B. Tabak – die Unterschiede zunehmend verringern. Auch bei den Infektionskrankheiten Hepatitis und HIV sind, bedingt durch die hohen Prävalenzen des Drogenkonsums, deutlich mehr Männer betroffen. Drogengebrauchende Männer sind auch bei den drogenbedingten Todesfällen deutlich überrepräsentiert, jedoch ist die Mortalitätsrate seit mehreren Jahren rückläufig. Die Unterschiede setzen sich in der Kriminalitätsstatistik fort: Frauen sind auch hier deutlich unterrepräsentiert.

Obwohl zunehmend genderspezifische Programme in der Suchtprävention entwickelt und eingesetzt werden, werden diese offenbar (noch) außerhalb wissenschaftlicher Kommunikationsbahnen und Archivierungswege durchgeführt und kommuniziert. Tatsächlich sind Maßnahmen „verinselt“ und (noch) vorwiegend in der außerschulischen Jugendarbeit verortet. Aus der Statistik der ambulanten und stationären Behandlungsfälle in Deutschland gehen nur wenige genderspezifische Unterschiede hervor. Zum Beispiel weisen Frauen im Rahmen der ambulanten Behandlung eine höhere Abbruchquote auf als Männer.

Die Behandlung Drogengebrauchender und -abhängiger erfolgt zunehmend unter genderbezogenen Gesichtspunkten. Das deutsche Suchtkrankenhilfesystem ist zunächst von der deutlichen Überrepräsentanz der Männer geprägt. Erst allmählich gelingt es Konzepte zu entwickeln, die den genderspezifischen Ansatz berücksichtigen und somit genderspezifische Aspekte von drogenkonsumierenden Frauen und Männern einschließen. Dies gilt für die ambulante und die stationäre Behandlung, sowie für Nachsorge und die Selbsthilfe.

11.2 Epidemiologie

Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen (Epidemiologischer Suchtsurvey) des Instituts für Therapieforschung (IFT) (Kraus & Augustin, 2005) und die wiederholten Querschnittsbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2004) zur Drogenaffinität Jugendlicher zeigen deutlich, dass vergleichsweise mehr Männer als Frauen illegale Drogen konsumieren. Bei den jüngeren Drogenkonsumenten sind jedoch geringere Unterschiede bei den Konsumraten zu beobachten. Die nachfolgende epidemiologische Betrachtung von drogenkonsumierenden Frauen und Männern konzentriert sich auf die Entwicklung der Prävalenzen über einen Zeitraum von 14 Jahren (Augustin et al. 2005, BZgA 2004).

11.2.1 Trends im Drogenkonsumverhalten

Daten der Drogenaffinitätsstudie zeigen genderspezifische Konsumtrends bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren (BZgA 2004). Während bei den weiblichen Jugendlichen und bei jungen Frauen die Prävalenz des Drogenkonsums in den letzten 12 Monaten seit 1997 bei rund 10% konstant blieb, findet sich bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme von 14% auf 17% (Abbildung 15).

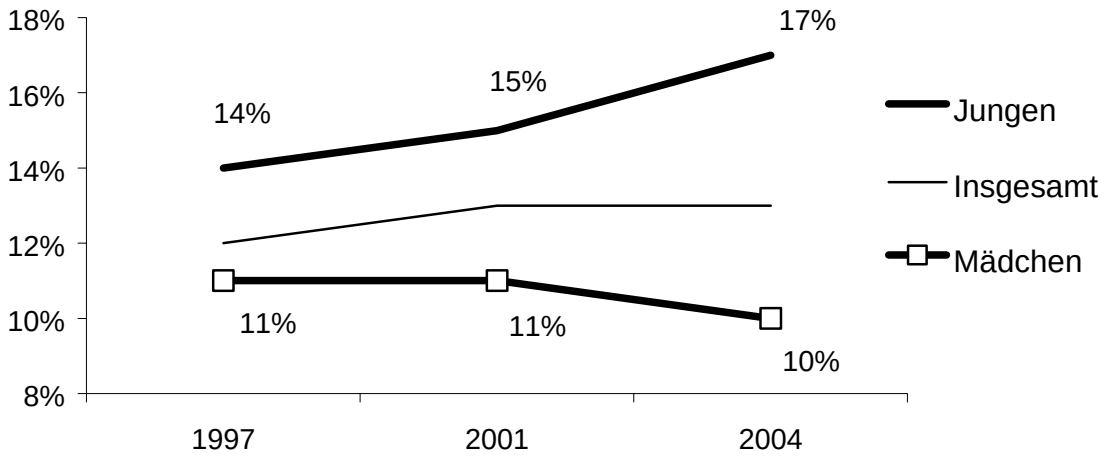


Abbildung 15: Konsum illegaler Drogen im letzten Jahr im Alter von 12 bis 25 Jahren, Trends von 1997 bis 2004

Quelle: BZgA (2004)

Aufgrund der Datenlage sind im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurvey zum Drogengebrauch Erwachsener (Augustin et al. 2005) Trenddarstellungen der gesamten Gruppe (18 bis 59 Jahren) erst ab 1995 möglich. Sie zeigen, dass der Cannabiskonsum zwar bei beiden Geschlechtern zunimmt, bei Frauen aber prozentual stärker ausfällt. Der Abstand zwischen den Geschlechtern ist damit kleiner geworden. 1995 war die Prävalenz für Männer noch drei Mal so hoch wie für Frauen, 2003 ist sie nur noch doppelt so hoch. Bei den anderen Drogen finden sich bei Frauen wie Männern nur wenig Veränderungen (Abbildung 16).

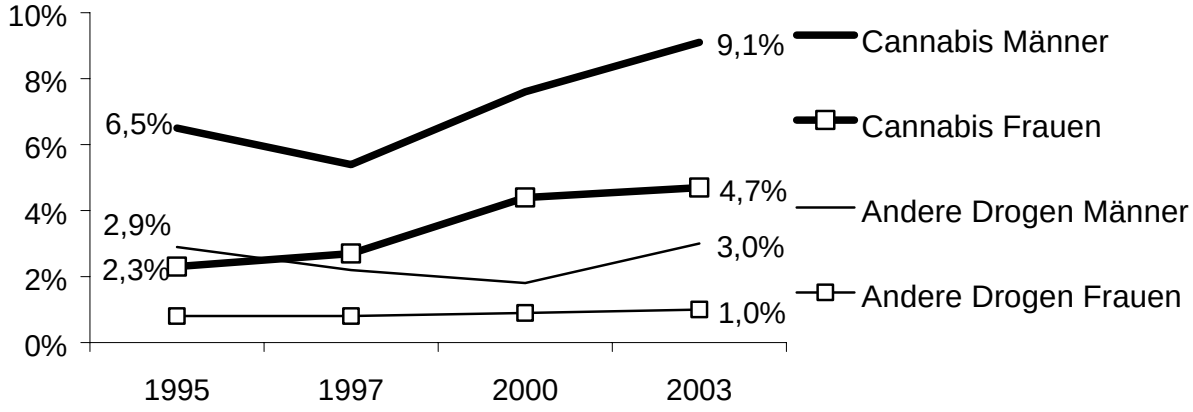


Abbildung 16: Drogenkonsum im letzten Jahr bei Frauen und Männern im Alter von 18 bis 59 Jahren, Trends 1995 bis 2003

Quelle: Augustin et al. (2005)

In der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren zeigen sich die gleichen Effekte, allerdings fallen die Prävalenzen bei diesen späten Geburtsjahrgängen durchweg höher aus. So ist der Anteil der Cannabiskonsumenten im letzten Jahr bei den Frauen von 4,1% in 1990 auf 14,4% (das 3,5-fache des Ausgangswertes) in 2003 angestiegen. Bei den Männern ist ein Anstieg von 8,1% auf 22,0% (das 2,7-fache) zu verzeichnen (Augustin et al. 2005). Hinsichtlich anderer Drogen sind in dieser Altersgruppe Steigerungsraten zu beobachten, die deutlich geringer ausfallen als beim Cannabiskonsum.

In dieser Dokumentation bleibt der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente unberücksichtigt, von denen insbesondere die Benzodiazepine bei Drogenmissbrauchenden und Drogenabhängigen weit verbreitet sind. Aktuelle Daten liegen derzeit nicht vor, so dass auf eine genderspezifische Analyse verzichtet wird.

11.2.2 Infektionserkrankungen

Infektionserkrankungen stellen – vor allem bedingt durch den intravenösen Konsum – ein erhebliches Risiken für drogenkonsumierende Frauen und Männer dar. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch prostituierende Drogenkonsumentinnen und -konsumenten einem hohen Infektionsrisiko unterliegen.

HIV/AIDS

Bis zum 31.12.2004 wurden in Deutschland 23.546 Fälle von Aidserkrankungen gemeldet, davon waren 3.104 (13,2%) Frauen und 22.442 (86,8%) Männer. Bei den Frauen wurde bei 40% (1.238 Fälle) eine Drogenabhängigkeit als Infektionsrisiko genannt, bei den Männern wurden 23% (2.359 Fälle) der entsprechenden Risikogruppe zugeordnet. Eine gesonderte Auswertung von HIV-positiven Frauen und Männern ergab, dass für Frauen i.v. Drogenkonsum das höchste Infektionsrisiko darstellt, während bei Männern gleichgeschlechtliche Sexualkontakte das größte Infektionsrisiko bergen (RKI 2005a).

Bisher konnten in Deutschland HIV-positive Personen im Strafvollzug kaum erfasst werden, da der Strafvollzug durch die einzelnen Bundesländer geregelt wird. Eine bundesweite Untersuchung mit geschlechtsspezifischer Auswertung fehlt bislang (Klotzbach & Andresen 2005).

Hepatitis C

Insgesamt wurden im Jahr 2004 8.998 Fälle mit einer erstdiagnostizierten Hepatitis C ermittelt. Damit lag die bundesweite Inzidenz bei 10,9 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Die Inzidenz der Fälle war mit 13,4 pro 100.000 Einwohner bei Männern wesentlich höher als bei Frauen mit 8,5 Fällen (RKI 2005b).

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen intravenösem Drogengebrauch und HCV-Infektionen, wobei Männer in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert sind. Besonders betroffen ist die Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer. Unter diesen HCV-Infizierten lag bei 71% intravenöser Drogenkonsum vor. Eine ähnliche Auswertung für Frauen liegt nicht vor. Aufgrund der Tatsache, dass Männer unter den intravenösen Drogenkonsumenten deutlich

überrepräsentiert sind, ist die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen zu erklären (RKI 2005b).

Knorr (2004) stellte bei seinen Datenauswertungen zum Strafvollzug insgesamt eine Hepatitis C-Infektionsrate von 12-20% fest, die bei inhaftierten Drogenkonsumenten/-innen 61-75% erreichte. Aufgrund der Ergebnisse kommt die Studie zu dem Schluss, dass das Risiko einer Hepatitis C-Infektion mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Strafvollzug steigt. Der erhöhte Anteil von Männern im Strafvollzug stellt in diesem Sinne ebenfalls ein erhöhtes Risiko für eine HCV-Infektion dar.

Andere Infektionserkrankungen

Neben den Hepatitiden und HIV/AIDS gibt es noch weitere Infektionskrankheiten, die Folgen des intravenösen Drogenkonsums sind. So sind bei Drogenabhängigen häufig bakterielle Endokarditis, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten zu beobachten (Miró et al., 1999). Eine geschlechtsspezifische Auswertung liegt hierzu nicht vor.

11.2.3 Drogenbedingte Todesfälle

In Deutschland war die Zahl der Drogentoten mit 1.385 Fällen 2004 auf dem niedrigsten Stand seit 1989. Dies bedeutet einen erneuten deutlichen Rückgang um 6,2% gegenüber dem Vorjahr (BMGS, 2005). Eine geschlechtsspezifische Auswertung der Mortalitätsraten von 2000 bis 2003 zeigt, dass die Anzahl der Drogentoten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kontinuierlich abgenommen hat. Demnach sind im Vorjahr 231 Frauen und 1.231 Männer aufgrund von Drogenkonsum verstorben. 2004 belief sich die Zahl der Todesfälle auf 203 Frauen und 1156 Männer (BKA, 2005). Im Vergleich zwischen 1995 und 2003 ergibt sich daraus bei Frauen ein Rückgang um 10%; bei Männern um 20% (siehe Abbildung 5 Anhang).

11.2.4 Problematischer Konsum und Abhängigkeit

Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Maße von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit betroffen. Für einige Parameter problematischen Konsums, für die eine Geschlechterdifferenzierung möglich ist, soll die Situation nachfolgend beschrieben werden.

Die Bewertung von Drogenkonsum mit Hilfe der „Substance Dependence Scale“ ermöglicht im Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 eine solche Gegenüberstellung. Setzt man den Cut-off bei Erfüllung eines Kriteriums, so ergibt sich ein problematischer Konsum von Cannabis bei 0,9% der Frauen und 2,7% der Männer, setzt man ihn bei Erfüllung von drei Kritierien so resultiert problematischer Konsum bei 0,4% der Frauen und 1,7% der Männer. Für Kokain liegen die entsprechenden Werte bei 0,1% und 0,4% (cut-off: 1) bzw. bei 0,0% und 0,2% (cut-off: 3).

Die Berechnung der Zahl problematischer Konsumenten auf der Basis von Behandlungsdaten ergibt analog zu dem Verfahren in Kapitel 4.2.1 für Frauen 22.200-35.900 Opiatkonsumentinnen und 41.500-67.000 Konsumentinnen harter Drogen.

Ambulante Behandlung

Der folgenden Auswertung liegen Datensätze von 144.788 Beratungen und Behandlungen in 707 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen zugrunde. Bei den Einrichtungen handelt es sich um psychosoziale Beratungsstellen und Ambulanzen (94%), niedrigschwellige Einrichtungen (3%), Einrichtungen für das ambulante betreute Wohnen (2%) und Beratungseinrichtungen im Strafvollzug (0,3%).

Der Frauenanteil für die verschiedenen Hauptdiagnosen variiert. Lediglich bei Medikamentenabhängigkeit und verwandten Problemen sind Frauen überproportional vertreten. Bei allen anderen Diagnosen liegt ihr Anteil bei 15% bis 36%. Bemerkenswert niedrig sind die Werte für Cannabis (Welsch & Sonntag 2005) (Tabelle 30).

Tabelle 30: Frauenanteil an den Klienten ambulanter Beratungsstellen

	Hauptdiagnose	Anteil Frauen
10	Alkohol	23,9%
11	Opioide	22,6%
12	Cannabinoide	14,6%
13	Sedativa/Hypnotika	55,6%
14	Kokain	15,8%
15	Stimulanzien	24,2%
16	Halluzinogene	22,9%
18	Flüchtige Lösungsmittel	36,0%
19	andere psychotrope Substanzen	22,0%

Quelle: Welsch & Sonntag (2005)

82% der Frauen mit opiatbezogener Hauptdiagnose suchen freiwillig eine ambulante Einrichtung auf und 12% aufgrund rechtlicher Auflagen. 74% der Männer wenden sich hingegen von sich aus an eine ambulante Behandlungseinrichtung, 19% aus rechtlichen Gründen.

Die Dauer der ambulanten Behandlung ist bei Männern (20 Wochen) mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit um durchschnittlich 4 Wochen kürzer als bei opiatabhängigen Frauen (24 Wochen). Die Rate der planmäßigen Beendigung der Behandlung von Opiatabhängigen ist im Vergleich zu Alkoholabhängigen deutlich niedriger.

Es bestehen nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der planmäßigen Beendigung der ambulanten Behandlung So schließen 21,6% der Frauen und 22,3% der Männer ihre Behandlung planmäßig ab. 47,8% der opiatabhängigen Frauen im Vergleich zu 42,1% der opiatabhängigen Männer brechen ihre ambulante Behandlung vorzeitig ab. 18,2% der Frauen und 19,2% der Männer schließen ihre Behandlung erfolgreich, d.h. abstinent, ab (Welsch & Sonntag 2005).

Stationäre Behandlung

Für die Analyse der Behandlung in 106 stationären Einrichtungen wurden 23.768 Behandlungsdatensätze ausgewertet. Von den Einrichtungen fallen 84% in die Kategorie der Rehabilitationseinrichtungen, 4% der Datensätze wurden in Krankenhäusern bzw. deren Suchtabteilungen und 12% in Heimen und Übergangseinrichtungen gesammelt (Welsch & Sonntag, 2005).

Der Frauenanteil an den verschiedenen Patientengruppen im stationären Bereich entspricht weitgehend den Ergebnissen aus den ambulanten Einrichtungen. Allerdings liegen die Frauenanteile für verschiedene Teilgruppen noch niedriger als dort (Welsch & Sonntag, 2005) (Tabelle 31).

Tabelle 31: Frauenanteil an den Klienten stationärer Einrichtungen

	Hauptdiagnose	Anteil Frauen
10	Alkohol	22,4%
11	Opioide	16,8%
12	Cannabinoide	10,9%
13	Sedativa/Hypnotika	53,7%
14	Kokain	10,7%
15	Stimulantien	16,7%
16	Halluzinogene	14,3%
18	Flüchtige Lösungsmittel	--
19	andere psychotrope Substanzen	19,3%

Quelle: Welsch & Sonntag (2005)

64,3% aller Frauen und 53,6% aller Männer kommen freiwillig in die stationären Einrichtungen. Aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz unterzogen sich mehr als ein Viertel der Frauen (27,0%) und zwei Fünftel der Männer (40,3%) einer stationären Behandlung. Infolge anderer straf- und zivilrechtlicher Verfahren wurden 6,6% der Frauen und 4,7% der Männer in stationären Einrichtungen aufgenommen (Sonntag & Welsch 2004).

Stationäre Behandlungen weisen mit durchschnittlich 13 Wochen eine deutlich kürzere Verweildauer auf als ambulante. Der Anteil der Opiatabhängigen, die ihre Behandlung planmäßig beenden, ist gegenüber Alkoholabhängigen im stationären Setting deutlich geringer. So werden 33,2% der Frauen und 37,7% der Männer regulär aus ihrer Behandlung entlassen. 52,7% der Frauen und 47,5% der Männer brechen ihre Behandlung vorzeitig ab oder werden aus disziplinarischen Gründen vorzeitig entlassen.

18,3% der drogenabhängigen Frauen und 31,3% der Männer schlossen ihre Behandlung erfolgreich ab. 38,5% der Frauen und 29,4% der Männer verließen die stationären Einrichtungen in gebessertem Zustand. In diesen Fällen wurde durch die Behandlung eine weitgehende Stabilisierung des physischen und psychischen Zustandes sowie der gesamten Lebensumstände erreicht, jedoch (noch) keine Drogenabstinenz (Sonntag & Welsch 2004).

11.2.5 Drogenkriminalität und Strafvollzug

Frauen sind erheblich weniger in Drogendelikte involviert als Männer. Dies zeigt sich auch im Strafvollzug, in dem der Frauenanteil deutlich unter 50% liegt.

Kriminalität

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 232.502 Tatverdächtige im Bezug auf Rauchgiftdelikte ermittelt. Abbildung 17 zeigt die Entwicklung der letzten 10 Jahre. Der Frauenanteil an den Tatverdächtigen veränderte sich zwischen 1995 (11,9%) und 2004 (11,8%) nur geringfügig. Seit 1995 hat sich die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen an den allgemeinen Verstößen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern verdoppelt. So waren es bei den Frauen 1995 insgesamt 10.947 Verstöße und 2004 20.856, bei den Männern 1995 74.276 bzw. 2004 150.395 (BKA 2005).

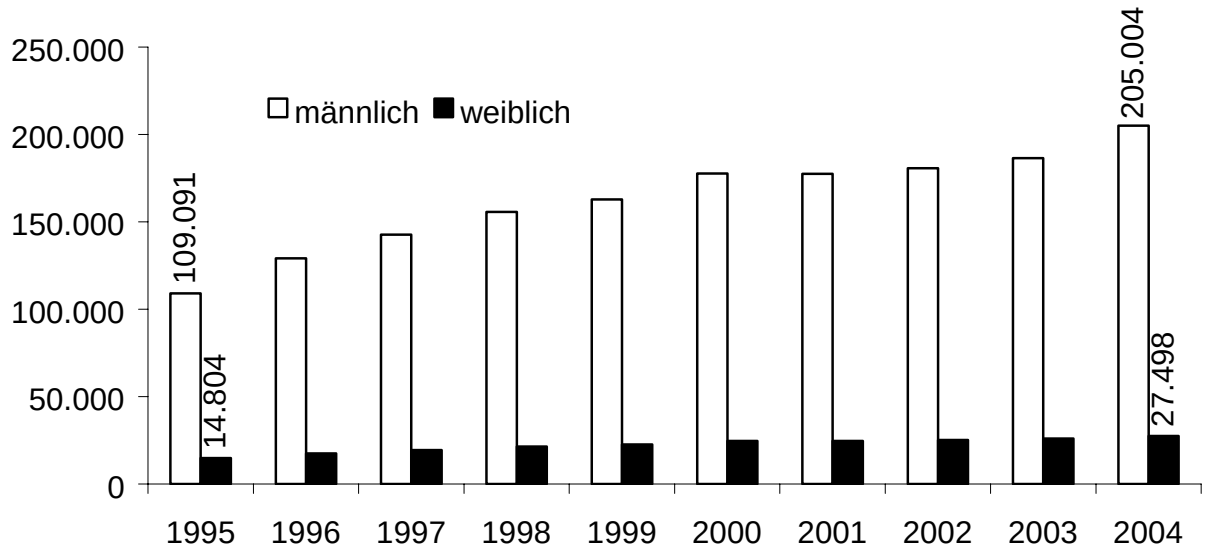


Abbildung 17: Ermittelte Tatverdächtige bei Rauschgiftdelikten

Quelle: BKA 2005

2004 wurden 62.131 Tatverdächtige ermittelt, die Drogen gehandelt bzw. geschmuggelt haben. Frauen sind darunter nur mit 10% vertreten. Insgesamt unterliegt die Entwicklung in den letzten 10 Jahren einigen Schwankungen, wobei sich die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf einem fast gleich bleibenden Niveau bewegt (BKA 2005). Ähnliche Schwankungen sind auch bei den Tatverdächtigen zu beobachten, die aufgrund der Einfuhr *nicht geringer Mengen* ermittelt wurden, wobei es hier mit 5.139 ermittelten Fällen geringfügig weniger Tatverdächtige waren als 2003 (BKA 2005).

Strafvollzug

Daten über suchtkranke, inhaftierte Männer und Frauen liegen derzeit nicht vor. Kreuzer (2002) schätzte jedoch, dass im Jahr 2000 von 75.300 Inhaftierten etwa 15.000 (20%) drogenabhängig waren. Von der Gesamtpopulation der Drogenabhängigen wären dies ca. 10%. Eine geschlechtsspezifische Unterscheidung liegt nicht vor.

Insgesamt sind deutlich weniger Frauen als Männer in den Haftanstalten untergebracht: 94,9% aller Inhaftierten sind Männer. Bezogen auf Rauschgiftdelikte ist der Frauenanteil mit 6,1% nur unwesentlich höher. Frauen begehen – wie bereits in der Kriminalitätsstatistik gezeigt – wesentlich seltener Drogendelikte und werden in der Regel auch milder bestraft (Schaper & Heumüller, 2003). Analysen ergaben aber auch, dass Straftaten von Frauen häufiger als bei Männern trotz Verbindung mit der Suchtmittelabhängigkeit zu einer Verurteilung wegen anderer Straftatbestände (z.B. wegen Diebstahl) führen. Schaper und Heumüller (2003) schätzen, dass der Anteil von Drogenabhängigen unter den Frauen im Strafvollzug vergleichsweise unterschätzt wird. In der JVA Vechta (ausschließlich für Frauen) wurde 2002 ein Anteil von 57% festgestellt (Schaper & Heumüller 2003).

In einem Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe durch Vergabe steriler Einmalspritzen im niedersächsischen Strafvollzug wurden einige geschlechtspezifische Unterschiede festgestellt: So äußerten die Projektteilnehmer aus dem Männerstrafvollzug, dass sie eine Verschlechterung der eigenen Situation befürchteten, falls ihr Drogenkonsum bekannt würde. Aus diesem Grund reduzierte sich der Anteil der Projektteilnehmer. Dagegen bestanden bei den inhaftierten Frauen diese Befürchtungen nicht. Sie frequentierten sehr stark die Spritzenautomaten und hielten sich weitgehend an die Projektregeln. Das größere Misstrauenspotenzial der Männer wurde durch den längeren Haftaufenthalt begründet. So verbüßten die Männer vor Projektbeginn durchschnittlich ca. 55 Monate und die Frauen 15,7 Monate im Strafvollzug. In Bezug auf ihren Drogenkonsum zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Beide Gruppen konsumierten seit durchschnittlich 10 Jahren regelmäßig Heroin. Die Infektionsrisiken wurden von beiden Gruppen ähnlich bewertet. Der Drogenkonsum in Haft wurde mangels Austauschspritzen als riskanter angesehen als der Konsum außerhalb der Haftanstalten. Als Infektionswege für HIV oder andere Infektionen wurde von 44% der Frauen und von 14% der Männer Prostitution angegeben. Darüber hinaus hatten die weiblichen Häftlinge häufiger einen intravenös gebrauchenden Partner als die männlichen Insassen (Meyenberger et al. 1996). Ergänzend sei angemerkt, dass alle deutschen Pilotprojekte zum Spritzentausch mit Ausnahme einer Frauenhaftanstalt in Berlin eingestellt worden sind.

11.3 Genderspezifische Programme in der Prävention

Die Praxiserfahrungen belegen in unterschiedlichsten Teilbereichen der Gesundheitsförderung, dass ein *differenzierter Adressatenbezug* die Effektivität präventiver Botschaften und Strategien steigern kann. Gerade in der Suchtprävention hat es sich zunehmend als sinnvoll erwiesen, die Funktion von gesundheitsschädlichen („Risiko“-)Verhaltensweisen im

lebensweltlichen Kontext aufzugreifen, „funktional äquivalente“ Handlungsalternativen zum Drogenmissbrauch und alternative Leitbilder anzubieten sowie die Förderung von Lebenskompetenzen in das Konzept aufzunehmen.

Zunehmend wird deutlich, dass das *Geschlecht als bedeutsames Differenzierungsmerkmal* zu sehen ist und in die Planung der Interventionen mit einbezogen werden muss. Dieser Aspekt ist bislang konzeptionell unterentwickelt und wird nur in Nischen praktisch umgesetzt, obwohl die Jugendgesundheits- und Risikoforschung allgemein aufzeigen konnte, dass

- sich die Belastungen und Entwicklungsprobleme in der Jugendphase bei Mädchen und Jungen unterscheiden;
- Mädchen und Jungen über unterschiedliche Ressourcen zur Bewältigung der Belastungen verfügen.

Unabhängig von den beschriebenen Forderungen nach geschlechtsbezogener Suchtprävention fehlen empirische Untersuchungen zu solchen Präventionsmaßnahmen fast völlig (Franzkowiak & Helfferich 2000).

Einer der wenigen Hinweise zu genderspezifischen Präferenzen in Bezug auf Inhalte und Methoden von allgemeinen Präventionsprogrammen stammen von Schinke (1994). Demnach wünschten sich junge Männer eher Methoden, die sie beim Nein sagen in ihrem sozialen Umfeld unterstützten und die das Erlernen weiterer sozialer Fertigkeiten vermittelten. Junge Frauen hingegen bevorzugten Maßnahmen zur Selbstdefinition und zum Selbstausdruck sowie Hilfen zur Reduktion von Anspannung und das Erlernen von Affektkontrolltechniken. Frauen bevorzugen Settings, die einen persönlichen, informellen Austausch oder Kleingruppenarbeit ermöglichen (Leppin et al. 2000).

Geschlechtsbezogene Projektpraxis in der Suchtprävention wird offenbar noch weitestgehend außerhalb wissenschaftlicher Kommunikationsbahnen und ohne Dokumentation durchgeführt und kommuniziert. Tatsächlich finden diese Maßnahmen vereinzelt und noch vorwiegend in der außerschulischen Jugendarbeit statt. Austausch und potenzielle Vernetzungen von engagierten professionellen Mitarbeitern in diesem Feld sind bisher auf abgeschottete regionale Umfelder beschränkt, beruhen oft auf Zufallskontakten und sind nur gering ausgeprägt.

11.3.1 Universalprävention unter Berücksichtigung spezifischer Verhaltensweisen von Mädchen und Jungen

Bisher wurden nur wenige universalpräventive Projekte erfasst, die auch genderspezifische Verhaltensweisen unterstützen. Herauszuheben ist die Wanderausstellung „Boys and Girls – Jugendliche auf der Suche nach dem eigenen Ich“, die mit ihren interaktiven Elementen eine nach Geschlechtern differenzierte Unterstützung in der Phase der Pubertät anbietet. Ziel ist es, die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstständigkeit sowie von Kommunikations- und Konfliktfähigkeit zu fördern. Darüber hinaus soll es zu eigenständigem Verhalten in verschiedenen Lebenssituationen – auch im Bezug auf Substanzen mit Suchtpotenzial – befähigen.

11.4 Zielgruppenspezifische Prävention unter Berücksichtigung besonderer Aspekte

Vergleichbar mit der Universalprävention, sind genderspezifische Ansätze auch in der zielgruppenorientierten Prävention selten. Trotzdem bleiben sie nicht unberücksichtigt, zumal bei den legalen Drogen und bei den Interventionen von Risikogruppen konzeptionell solche Aspekte berücksichtigt werden.

Interventionen für Risikogruppen

Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 18 Jahren, die Fragen zu Suchtmitteln haben oder selbst Suchtmittel konsumieren und diesen Konsum verändern möchten, werden im Rahmen des Projekts „Kajal“ beraten. Es besteht für sie auch die Möglichkeit Telefonberatung in Anspruch zu nehmen. In diesem niedrigschwelligen Angebot wird sehr großer Wert auf die Wahrung der Anonymität gelegt.

Ziel des Angebots ist es, tragfähige und barrierefreie Beratungssituationen zu schaffen, die es den Mädchen bzw. jungen Frauen ermöglichen, sich mit ihren Problemen auseinander zu setzen. Erweist sich die Drogenproblematik als behandlungsbedürftig, ist eine Vermittlung in eine stationäre Einrichtung möglich. Das Projekt qualifiziert außerdem Multiplikatoren aus Mädchen- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie aus Schulen und berufsorientierten Einrichtungen und vermittelt Wissen über mädchenspezifische Verarbeitungsstrategien. Dies soll dazu beitragen, den alltäglichen Umgang mit der Zielgruppe zu verbessern.

Setting Schule

Suchtexperten bestätigen, dass die Schule eines der besten Settings für die Implementierung suchtpräventiver Maßnahmen darstellt. Exemplarisch seien hierzu zwei Projekte genannt, die einen genderspezifischen Ansatz verfolgen:

- In der 8. Klasse einer Haupt- und Realschule im Hamburger Raum erfolgt eine genderorientierte sexualpädagogische und suchtpräventive Begleitung im Rahmen einer umfassenden Konzeption. Die Schülerinnen und Schüler dieser Schule leben überwiegend in einem sozialen Spannungsfeld, was einen nicht unerheblichen Einfluss auf ihr Verhalten hat. Ziel des Projekts ist es, die 13 bis 16-jährigen Schülerinnen und Schüler bei Fragen zu psychoaktiven Substanzen und Essstörungen zu beraten und letztlich riskantes Verhalten zu reduzieren oder zu stoppen.
- Ein ähnliches Konzept wird für alle Schulformen in Niedersachsen angeboten. Bei dem Präventionsprojekt „Sign“ handelt es sich um ein Schulpräventionsprogramm für Schülerinnen zwischen 12 und 16 Jahren sowie für deren Eltern. Das nicht-drogenspezifische Präventionsprogramm soll die sozialen Kompetenzen, das Selbstbewusstsein und die Kritikfähigkeit stärken, damit sich die Zielgruppe gegen Suchtgefahren und andere Risiken (z.B. Gewalt) adäquat abgrenzen kann. Dabei werden genderspezifische Aspekte in die Konzeption einbezogen.

11.5 Genderspezifische Behandlung und Nachsorge

Die Prävalenzen haben bereits gezeigt: das Suchtverhalten ist bei den Geschlechtern unterschiedlich. Zenker et al. (2005) halten fest, dass sich das Hilfesystem, bedingt durch die Geschlechtsverteilung der Klienten, implizit am männlichen Süchtigen orientiert und somit die Bedürfnisse und Nöte süchtiger Frauen in der Betreuung und Therapie kaum aufgegriffen werden. Für die stationäre Behandlung liegen lediglich Daten aus Kliniken für Alkoholabhängige vor. Danach stehen für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen 11 stationäre Einrichtungen zur Verfügung. 30 Fachkliniken behandeln nur Männer und 70 Einrichtungen behandeln sowohl Männer als auch Frauen (Franke & Winkler 2005).

Behandlung

Ein Modell der Suchtforschung für die Entstehung von Sucht sieht diese als eine mögliche Strategie der Konfliktlösung, um traumatische oder kritische Lebensereignisse zu bewältigen. So haben z.B. sowohl Männer als auch Frauen häufig seelische, körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen gemacht, die sich in unterschiedlichen Bewältigungsmustern ausdrücken. Männer externalisieren ihre damit zusammenhängenden Gefühle eher und werden häufiger aggressiv. Frauen internalisieren hingegen stärker (Beg & Quinten 2002, Elsesser & Sartory 2001). Eine erfolgreiche Therapie muss sich an diesem Entstehungshintergrund und den geschlechtsspezifischen Reaktionen orientieren.

Die aktuelle Suchttherapie geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der auf den Bedarf der Klientinnen und Klienten abgestimmt ist (Franke & Winkler 2005). In vielen stationären Einrichtungen ist die Klinikleitung dazu übergegangen, indikative Angebote zu implementieren, die diesem Ansatz Rechnung tragen und zumindest in Ansätzen eine individuelle Behandlung von Frauen und Männern ermöglichen.

Darüber hinaus haben sich in Deutschland etwa 15 spezielle Einrichtungen gebildet, die Hilfeangebote für suchtkranke Frauen anbieten. Hinsichtlich ihrer Konzeption arbeiten sie weitgehend vor einem feministischen Hintergrund (BMGS 2002)

Behandlung unter Berücksichtigung spezifischer Situationen

Bei schwangeren Opiatabhängigen ist ein schnellstmögliches, individuelles Beratungs- und Behandlungskonzept erforderlich. Dazu exemplarisch ein Situationsbericht aus Berlin: Von den 3.500 Menschen, die im Jahr 2001 in Berlin substituiert wurden, waren 1.100 Frauen. Unter ihnen gab es 45 Schwangerschaften und 34 Geburten (Klotzbach & Andresen 2005). Nach aktuellem Kenntnisstand, sollte in diesen Fällen der Einsatz von Buprenorphin zur Substitution grundsätzlich geprüft werden, da damit offensichtlich weniger Komplikationen für das Neugeborene verbunden sind (vgl. Kapitel 5.4).

Die Erfahrungen zeigen, dass bei einer Substitutionsbehandlung häufig die Empfängnisfähigkeit wieder einsetzt, die durch den Heroingebrauch ganz aussetzen kann oder zumindest erheblich beeinträchtigt ist. Schon aus diesem Grund ist eine umfassende Beratung von substituierten Frauen im entsprechenden Alter unbedingt erforderlich. Neben den Risiken durch den Beigebrauch anderer Substanzen, bestehen weitere Risiken durch

Hepatitiden und eine HIV-Infektion. Studien zeigen, dass durch eine rechtzeitig diagnostizierte und behandelte HIV-Infektion das Risiko einer Transmission des Virus von 15-20% auf unter 2% gesenkt werden kann (Klotzbach & Andresen 2005).

Um drogenabhängigen Frauen mit Kind eine Entwöhnungsbehandlung zu ermöglichen, gibt es mittlerweile stationäre Einrichtungen, die eine gemeinsame Unterbringung ermöglichen. Im Rahmen des Bundesfrauenkongresses Sucht „Ungeschminkt“ wurden bundesweit 26 Einrichtungen mit einem entsprechenden Angebot ermittelt. Viele ambulante Einrichtungen haben sich auch auf drogenabhängige Mütter eingestellt und gewährleisten eine Kinderbetreuung während der Behandlung (BMGS 2002).

In Ballungszentren entstehen seit Anfang der 90er Jahre Einrichtungen für drogenkonsumierende und sich prostituierende Mädchen und Frauen. Das Angebot reicht von verschiedenen Formen der Überlebenshilfe bis hin zur Beratung. Vergleichbare Einrichtungen für drogenkonsumierende, sich prostituierende Jungen und Männer bestehen nicht.

11.5.1 Rehabilitation und soziale Reintegration

Bei den Projekten zur beruflichen Integration von Langzeitarbeitslosen werden teilweise auch Suchtprobleme thematisiert, da diese die Vermittlung in Arbeit verhindern oder erschweren. Beim Umgang mit dieser Thematik gibt es keinen umfassenden genderspezifischen Ansatz (BMWA 2004, BMGS 2005).

Eine berufliche Wiedereingliederung von langzeitarbeitslosen Suchtkranken soll nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) erfolgen. Dazu gibt es Projekte, die jedoch nicht genderspezifisch angelegt sind.

Vereinzelt gibt es Initiativen von Beratungsstellen oder Vereinen zur beruflichen Integration von Suchtkranken. Exemplarisch wird nachfolgend ein Projekt beschrieben, das im Rahmen des Bundesfrauenkongresses „Sucht“ im Jahr 2002 vorgestellt wurde. An diesem Projekt nahmen drogenabhängige Frauen teil, die sich wieder beruflich integrieren wollten. Vor dem Hintergrund der persönlichen Fähigkeiten und der berufsbezogenen Ressourcen, wurden berufliche Perspektiven entwickelt und konkrete Schritte zur beruflichen Integration vorgenommen (BMGS 2002).

11.5.2 Genderspezifische Angebote in der Selbsthilfe

In Selbsthilfegruppen arbeiten Menschen mit vergleichbaren Problemen, Erkrankungen oder Behinderungen zusammen. Diese sind entweder selbst oder aber als Angehörige betroffen. Die gemeinsame Arbeit in regelmäßigen Treffen ermöglicht den Mitgliedern, Expertinnen und Experten in eigener Sache zu werden, wodurch sie professionelle Hilfe gezielter und gegebenenfalls auch kritischer in Anspruch nehmen können. Selbsthilfegruppen ergänzen eine professionelle, medizinische oder therapeutische Behandlung, ersetzen diese aber nicht (BMGS 2005).

Eine im Jahr 2003 durchgeführte Erhebung, an der sich 59.090 Betroffene beteiligten, zeigt, dass drogenabhängige Frauen und Männer in der Selbsthilfe nur 0,8% (501 Personen) ausmachen. Der Frauenanteil in dieser Gruppe liegt bei 18% (Kreuzbund et al, 2004).

Die Drogenselbsthilfe ist im Vergleich zu der Alkohol-orientierten klassischen Selbsthilfe ein relativ junges Angebot. Sie hat sich aus der Drogenhilfe der 70er Jahre entwickelt und hat Gruppen der traditionellen Suchtselbsthilfe zunächst gemieden. Heute gibt es zwar Kooperationen, wie der Workshop „Ambulante Drogenselbsthilfe“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., jedoch bestehen zwischen beiden Gruppen nur wenig Berührungspunkte. Aber auch hier wurde ein erschwerter Zugang für Frauen festgestellt (BMGS 2003).

11.6 Schlussfolgerungen

Die epidemiologischen Daten zeigen, dass sich das Suchtverhalten von Männern und Frauen quantitativ und qualitativ unterscheidet. Es wird aber auch deutlich, dass einige Substanzen von zunehmend mehr jungen Frauen und Mädchen in ähnlicher Weise wie von Männern konsumiert werden, und dass sich das Konsumverhalten der Geschlechter damit in einigen Bereichen aneinander annähert.

Die Bewertung der Unterschiede bei der Behandlung und Strafverfolgung muss die unterschiedliche Verteilung beim (problematischen) Konsum zwischen den Geschlechtern berücksichtigen. Tabelle 33 gibt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in Bezug auf verschiedene Aspekte von Konsum, Konsumfolgen und Behandlung wider. Bei gleicher Prävalenz bzw. Fallzahl bei Männern und Frauen ergibt sich ein Wert von 1,0. Je höher der Wert, desto stärker sind Männer im Vergleich zu Frauen betroffen bzw. vertreten. Es zeigt sich durchgängig: je massiver und problematischer das Verhalten oder Merkmal, desto häufiger sind Männer betroffen. Der hohe Wert für Inhaftierungen dürfte sich zu einem großen Teil damit erklären lassen, dass der Drogenhandel – Grund für viele Haftstrafen – fast ausschließlich in Männerhand ist .

Kritisch sind die hohen Werte für männliche Klienten in stationärer Behandlung zu bewerten, die deutlich über den Werten für Konsum und Problemkonsum liegen. Hier liegt ein Hinweis auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Zugang zu Behandlung vor. Diesem sollte nachgegangen werden (Tabelle 32).

Tabelle 32: Frauenanteil an den Klienten ambulanter Beratungsstellen

Hauptdiagnose	RR Männer/ Frauen
Konsum von Cannabis im letzten Jahr	1,9
Problematischer Konsum Cannabis	4,3
Ambulante Behandlung wegen Cannabis	5,8
Stationäre Behandlung wegen Cannabis	8,2
Konsum anderer Drogen im letzten Jahr	3,0
Problematischer Konsum anderer Drogen	2,3
Problematischer Konsument von Heroin	3,6
Drogenbezogene Todesfälle	5,6
Haft wegen BtMG	17,8
Ambulante Behandlung wegen Opiaten	3,2
Stationäre Behandlung wegen Opiaten	5,0

Quelle: Welsch & Sonntag (2005)

In Deutschland konnte sich in der Vergangenheit in vielen Einzelinitiativen eine frauenspezifische und auch männer- (vorzugsweise jungen-)spezifische Suchtarbeit entwickeln. Die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Konzepts ist bisher in der Suchtkrankenhilfe jedoch insgesamt nur in Ansätzen erfolgt.

Ein Ausbau der bestehenden Angebote erfordert die uneingeschränkte Berücksichtigung der Prinzipien des Gender Mainstreaming, sowie der Verankerung dieser Prinzipien in den Strukturen der Suchtkrankenhilfe. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), in der fast alle deutschen Sucht-Fachverbände, Such-Selbsthilfeverbände und Träger von Suchteinrichtungen vertreten sind, hat dies im Positionspapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“ verdeutlicht.

Auch die Suchtforschung sollte verstärkt dazu beitragen, genderspezifische Aspekte deutlicher herauszustellen und in diesem Zusammenhang auch eine stärkere Kooperation von Forschung und Praxis zu gewährleisten.

12 Drogenpolitik: Erweiterung über illegale Drogen hinaus?

12.1 Der nationale Aktionsplan Drogen und Sucht

Im Juni 2003 hat das Bundeskabinett den von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorgelegten „Aktionsplan Drogen und Sucht“ gebilligt. Er sollte für einen Zeitraum von 5 bis 10 Jahren als Rahmenplan für die Suchtpolitik dienen und dazu beitragen, „das Gesundheitsbewusstsein zu verändern und den gesundheitsschädlichen Konsum zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren“. Grundlage sind die vier Säulen der nationalen Drogen- und Suchtpolitik (siehe Kapitel 1.1.1) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003).

Der neue Aktionsplan trat an die Stelle des „Rauschgiftbekämpfungsplans“ aus dem Jahr 1990, von welchem er sich an einigen Stellen deutlich unterscheidet. Neu war vor allem die starke Berücksichtigung legaler Suchtmittel, die das Konzept tatsächlich von einem Plan zur Bekämpfung des Drogenkonsums hin zu einem Konzept verändert hat, das Sucht ganz generell zum Gegenstand hat. Die Reihenfolge der Nennung der Problemfelder orientiert sich an ihrer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit und den damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten: Rauchen steht an erster Stelle, danach folgen Alkohol, der Missbrauch von Arzneimitteln, Drogen, Essstörungen und pathologisches Spielen. Generell hat man sich zum Ziel gesetzt, „riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln mit allem Nachdruck zu verhüten oder deutlich zu reduzieren“. Der Suchtprävention wird ein herausragender Stellenwert eingeräumt.

Daneben wurden neue Elemente in die Versorgung mit aufgenommen, die Anfang der 90er Jahre noch nicht zur Verfügung standen oder nicht ausreichend evaluiert waren. Dazu gehören beispielsweise Internetangebote für Beratung und Konsumräume für injizierende Drogenabhängige. Auf Seiten der Zielgruppen werden neue Hochrisikogruppen benannt und spezielle Angebote für diese entwickelt: Es geht hierbei um Kinder von Abhängigen und um Migranten.

12.2 Ziele

Die Suchtpolitik verfolgt nach Aussage des Aktionsplans folgende allgemeine Ziele:

- Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern
- Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren
- Das Überleben zu sichern
- Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln
- Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen

Daneben soll ein allgemeines Gesundheitsbewusstsein gefördert werden, das einen vorsichtigen Umgang mit psychotropen Substanzen unterstützt.

Auch wenn die genannten Ziele in unterschiedlicher Weise für die verschiedenen psychotropen Substanzen zutreffen und auch die Schwerpunktsetzung der Drogenpolitiken in einzelnen Bundesländern unterschiedlich sein kann, so macht die allgemeine Formulierung doch klar, dass ein Teil der Ziele legale und illegale Suchtmittel in ähnlicher Weise betreffen. Dies gilt für Früherkennung und –intervention, Behandlung der Abhängigkeit und die Vermeidung negativer Sekundärfolgen bis hin zum Tod. Ein spezieller Fall bleibt natürlich der Handel, der für die illegalen Substanzen weiter bekämpft werden soll.

Daneben wurden eine Reihe von spezifischen Zielen für die einzelnen Problembereiche bzw. für psychotrope Substanzen formuliert:

- Reduzierung des Tabakkonsums zur Verringerung tabakbedingter Krankheiten und Todesfälle durch Aktiv- und Passivrauchen
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit für einen rauchfreien Lebensstil durch Erhöhung des Kenntnisstandes über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens
- Reduzierung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums in der Bevölkerung zur Senkung alkoholbedingter Krankheits- und Todesfälle
- Verringerung des Bevölkerungsanteils mit einem riskanten Alkoholgebrauch (z. B. Rauschtrinken)
- Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums illegaler Drogen
- Reduzierung des Missbrauchs von psychoaktiven Medikamenten und Förderung von Früherkennung und Frühintervention bei unsachgemäßem Gebrauch
- Stärkung des Problembewusstseins für pathologisches Glücksspiel

Neben einer Reihe von Zielen, die indirekt auf den Konsum illegaler Drogen einwirken – etwa durch die Prävention des Tabakkonsums, der fast in allen Fällen dem Drogenkonsum vorausgeht – bezieht sich der Plan auch spezifisch auf Drogen. So wird unter Hinweis auf die besonderen Infektionsrisiken, insbesondere bei Hepatitis C, und auf mögliche hirnorganische Schädigungen durch synthetische Drogen die Vermeidung bzw. Reduzierung des Konsums illegaler Drogen gefordert. Daneben sollen bestimmte Zielgruppen (Kinder abhängiger Eltern, Hochrisikogruppen, Autofahrer, Mischkonsumenten) besonders berücksichtigt werden.

12.3 Maßnahmen zur Reduzierung der Suchtprobleme

Die Maßnahmen wurden als ein systematischer Gesamtansatz entworfen, der strukturelle (Kooperation, Finanzierung, Qualitätssicherung), gesetzgeberische und prozedurale Aspekte beinhaltet.

Besonderer Wert wird auf die verstärkte Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren gelegt, da damit eine Effizienzsteigerung ohne Zusatzkosten erreicht werden kann. Weiterhin konzentriert man sich in diesem Zusammenhang auch auf die enge Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe sowie auf Möglichkeiten zum Austausch von Erfahrungen und von Beispielen der „guten Praxis“.

12.3.1 Prävention

Am wenigsten suchtmittelspezifisch sind die Aktivitäten im Bereich Primärprävention. Maßnahmen in Kindergarten, Schule und Jugendarbeit sollen weiterentwickelt werden. Über Medien, Schulen und den allgemeinen Gesundheitsdienst soll das Thema Sucht verstärkt in die öffentliche Diskussion gebracht werden. Damit sollen einerseits Risikogruppen frühzeitig angesprochen und erkannt werden, andererseits soll die öffentliche Debatte über Drogenkonsum und seine Folgen beeinflusst werden.

Spezifische Ansätze in der Prävention betreffen zum Beispiel den Mischkonsum mehrerer Drogen und andere riskante Konsummuster bei Jugendlichen. Bei den legalen Substanzen soll Rauchen als Gesundheitsproblem beispielsweise von den niedergelassenen Ärzten in der Betreuung ihrer Patienten stärker als bisher thematisiert werden. Sowohl niedergelassene Ärzte als auch Krankenhäuser sollen verstärkt auf Alkoholmissbrauch bei ihren Patienten auch außerhalb der Suchtmedizin achten und entsprechend intervenieren.

12.3.2 Überlebenshilfen und Schadensreduzierung

Konsumrisiken sollen für Drogenkonsumenten durch Aufklärung sowie durch spezielle Angebote so weit wie möglich reduziert werden. In mehreren Bundesländern sind Drogenkonsumräume als Mittel hierzu eingerichtet worden. Auch die Hilfe für Alkoholkranke verwendet inzwischen Methoden der Überlebenshilfe und Schadensminimierung, wie sie für Opiatabhängige entwickelt wurden. Um die Zahl der Todesfälle und die gesundheitlichen Schäden durch Alkoholmissbrauch zu reduzieren, sind Case Management und bessere Kooperation zwischen unterschiedlichen Hilfebereichen (Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, medizinische Versorgung) notwendig.

12.3.3 Beratung, Behandlung und Rehabilitation

Neben sehr spezifischen Ansätzen (z.B. einheitliche Telefonnummer für die Drogenhotline) sollen ganz generell die Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Angeboten verbessert werden. Führungskräfte mit Personalverantwortung und Ärzte in eigener Praxis und im Krankenhaus sollen in der Früherkennung von Suchtmittelproblemen geschult werden.

Auf Klienten, die neben der Suchtproblematik psychische Störungen aufweisen, liegt das besondere Augenmerk, da bisher hier oft nur unzureichende Betreuungsangebote bestehen. Auch die besonderen Bedürfnisse von Frauen und Migranten sollen in geeigneter Weise berücksichtigt werden. Selbsthilfegruppen sollen noch stärker als bisher in die fachliche Arbeit mit einbezogen werden. Aufgrund neuer gesetzlicher Regelungen können Selbsthilfeaktivitäten durch die Krankenkassen und Träger der Rehabilitation in Zukunft unter Umständen finanziell besser gefördert werden.

Gemeinsam mit den Krankenkassen sollen Angebote zur Raucherentwöhnung entwickelt werden. Die substitutionsgestützte Behandlung soll verstärkt durch psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen ergänzt werden.

12.3.4 Strafverfolgung

Die Reduzierung des Angebots illegaler Drogen soll weiterhin durch Verfolgung des Handels und Kontrolle der Ausgangsstoffe, aber auch durch Maßnahmen der „Alternativen Entwicklungszusammenarbeit“ in den Produktionsländern von Heroin und Kokain erreicht werden. Im Bereich der Strafverfolgung ist eine enge Kooperation zwischen Zoll bzw. Polizei auf nationaler und auf Landesebene notwendig. Eine enge Zusammenarbeit mit den EU-Mitgliedsländern und den Nachbarstaaten, insbesondere in Ost- und Südosteuropa, wird als unbedingt notwendig erachtet.

12.3.5 Evaluation und Weiterentwicklung

Rechtliche Vorgaben für den Umgang mit dem Drogenproblem finden sich in Form von Gesetzen und Richtlinien. Es ist vorgesehen, die Ergebnisse solcher Entscheidungen und die Folgen neuer Gesetze zu verfolgen und zu analysieren. Für eine Reihe von Zielen, die in dem vorliegenden Programm genannt wurden, sollen in diesem Zusammenhang Maßnahmen und Indikatoren zur Ergebnismessung definiert werden.

Die Forschung soll in den kommenden Jahren vor allem dort gefördert werden, wo Ursachen insbesondere geschlechtsspezifisch untersucht werden. Ziel ist die Verbesserung und effiziente Gestaltung von Sekundärprävention, Prävention und Behandlung unter besonderer Berücksichtigung frauen- und männerspezifischer Anforderungen.

Neben der besonderen Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Deutschland und den Produktionsländern betont der Plan auch die besondere Bedeutung der Kooperation im Rahmen der Europäischen Union (Drogenaktionsplan 2000-2004), mit den europäischen Agenturen EBDD und Europol und mit der UNDCP.

12.4 Entwicklung und Grundgedanke

Der Begriff „Drogenpolitik“ bezog sich in Deutschland bis zum Ende des letzten Jahrhunderts eindeutig nur auf illegale Drogen, die im Fokus des politischen Interesses standen. Es gab keine vergleichbare Konzeption für eine Alkohol- oder Tabakpolitik oder für eine substanzübergreifende „Sucht“-Politik. Seit einigen Jahren stehen

(1) Störungen durch legale psychotrope Substanzen und

(2) gemeinsame Aspekte aller solcher Substanzen (z.B. in der Primärprävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch)

stärker im Mittelpunkt des politischen Interesses. Zur Verdeutlichung werden deshalb zunehmend die Begriffe „Drogen- und Suchtpolitik“ oder nur noch „Suchtpolitik“ verwendet.

Die wichtigsten Beweggründe für diese Veränderung liegen in zwei Bereichen. Zum einen hat sich zunehmend die Einsicht durchgesetzt, dass die Folgekosten der Störungen und die negativen Folgen, die durch legale Substanzen hervorgerufen werden, deutlich höher liegen als die Kosten für illegale Drogen. Bereits ökonomische Überlegungen machen deshalb eine isolierte Drogenpolitik ohne adäquate Konzepte für den Umgang mit den Folgen von Tabak- und Alkoholkonsum unzulänglich. Zum zweiten ist wegen des zunehmenden Mischkonsums

– speziell von Cannabis und Alkohol – eine Trennung der Zielgruppen oft nicht mehr möglich. Eine Primärprävention des Gebrauchs und Missbrauchs illegaler Substanzen war noch nie möglich, ohne Bezug auf Alkohol (früher Konsum und Rauschtrinken) und Tabak (früher Konsum) zu nehmen. Zum Dritten vermischt sich nicht nur bei Drogenkonsumenten, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit die Diskussion über den Umgang mit Drogen immer stärker mit der Diskussion über die negativen Folgen von Tabak- und Alkoholkonsum, so dass eine glaubwürdige Drogenpolitik ohne entsprechende Konzepte für legale Substanzen immer weniger möglich ist.

12.5 Verantwortlichkeiten und Koordination

Wie in Kapitel 1 dargestellt, verteilt sich die politische Verantwortung für die Gestaltung und Implementierung von Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland zwischen nationaler Ebene (Bund) und Ländern. Die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln in den Ländern und den weitgehend eigenverantwortlichen Trägern von Renten- und Krankenversicherung. Die Umsetzung von Prävention und Therapie wiederum geschieht häufig von Nichtregierungsorganisationen (NROs) mit staatlicher Förderung oder im staatlichen Auftrag.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ entwickelt hat, ist damit zunächst innerhalb der eigenen Regierung mit der Koordination der Aktivitäten, die einen Bezug zum Thema Sucht haben, betraut. Das betrifft etwa die Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Forschung bei speziellen Forschungsprogrammen oder mit dem Bundesministerium des Inneren, wenn es um die polizeilichen Aspekte geht. Bei der Umsetzung der Drogengesetze, die national verabschiedet werden, ist eine Kooperation und Koordination notwendig. In zunehmendem Maße können die Länder dabei über ihre Mitwirkung bei der nationalen Gesetzgebung hinaus die Drogenpolitik in ihrem Bereich auch formal beeinflussen. Ihre vorrangige Zuständigkeit für den Gesundheitsbereich sorgt ebenfalls für einen starken gestalterischen Einfluss der Länder. Sie müssen deshalb vorrangig in eine nationale Suchtpolitik eingebunden werden.

Als zentrales Gremium zur Umsetzung des Aktionsplans wurde der „Drogen- und Suchtrat“ von der amtierenden Regierung und ihrer Drogenbeauftragten eingerichtet. Eine Bund-Länder-Steuergruppe zur Vor- und Nachbereitung der Sitzungen dieses Gremiums vereinfacht die Abstimmung zwischen Bund und Ländern. Die Mittel, die der Bund für diese Aktivitäten neben dem ministeriellen Personal einsetzen kann, sind begrenzt, da die Budgets für Gesundheit und Soziales im Wesentlichen der Länderhoheit obliegen.

Über das neue Präventionsgesetz soll die Finanzierung präventiver Aktivitäten generell durch Mittel der Renten- und Krankenversicherung sowie durch die Unterstützung anderer Institutionen und privater Förderer stabilisiert und verbessert werden. Der Bund kann daneben Modellprogramme und die Entwicklung neuer Konzepte finanziell fördern.

13 Entwicklung des Drogenkonsums im Freizeitbereich

13.1 Neuere Erkenntnisse über Verfügbarkeit und Konsum von Drogen im Freizeitbereich

Es liegen nur wenige aktuelle Studien über Drogen im Umfeld von Musikszene und Discotheken vor. Dies war ein Arbeitsschwerpunkt im Zusammenhang mit der Verbreitung des Konsums von Ecstasy (MDMA) in den 90er Jahren. Seitdem hat sich jedoch der Konsum dieser Substanz stabilisiert oder ist gar rückläufig. Gleichzeitig hat sich die enge Verbindung dieser Droge mit einer bestimmten Art von Musik aufgelöst. An die Stelle des großen „Techno"-Trends sind heute viele kleinere Varianten und Musikrichtungen getreten, die verschiedene Substanzen in unterschiedlicher Weise betreffen. Die Verfügbarkeit von Ecstasy ist, gemessen an Beschlagnahmungen sowie an Umfrageergebnissen, weiterhin relativ hoch (vgl. Kapitel 10.2.2).

Ältere, bereits in früheren REITOX-Berichten beschriebene Studien und Ergebnisse sollen hier nicht wiederholt werden. Eine aktuelle Studie von Baumgärtner und Wies (2005) gibt einen recht guten Überblick über das Thema für Hamburg. Die Stadt kann von Größe, Lage und Struktur her durchaus Hinweise auf mögliche zukünftige Entwicklungen in Deutschland geben, da Drogentrends sich dort immer wieder relativ früh und oft stärker ausgeprägt gezeigt haben als in anderen Teilen des Landes. In dieser Studie wurden Personen zu Entwicklungen und Trends in Hamburg befragt, die im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit häufig Kontakt mit möglichen Drogenkonsumenten haben und über die Erfahrung verfügen, Informationen kritisch zu bewerten und Veränderungen zu beurteilen. Zu den Berufsgruppen gehören zum Beispiel Türsteher von Diskotheken, Drogenberater und Lehrer. Im Folgenden werden einige Ergebnisse der Befragung dargestellt

In den klassischen Domänen „Sportverein" und „Kirche/Pfadfinder", sind Alkohol, und an zweiter Stelle Cannabis, häufig zu finden. Maßnahmen gegen Alkoholkonsum im Stadion haben nach Aussage von Informanten den Gebrauch von Cannabis anstelle von Alkohol gefördert.

Die *Ausgeh-Szene* zerfällt in unterschiedliche Teilbereiche, in denen generell Alkohol und nachgeordnet Cannabis zu finden ist. Der bewusste Einsatz von Cannabis als Rauschmittel ist dabei aber nicht immer gegeben. Cannabis wird teilweise als soziales Element eingesetzt, teilweise dient es der Dämpfung, um am Ende der Nacht nach dem Konsum stimulierender Substanzen wieder zu entspannen. In der *Techno/ Goa-Szene* herrscht ein gewisser Trend zu halluzinogenen Substanzen. Allerdings wird viel Mischkonsum betrieben. In der *Club-Szene* spielen Kokain und Ecstasy wegen ihrer leistungssteigernden und euphorisierenden Effekte nach wie vor eine starke Rolle. In der *Reggae/ Hip-Hop-Szene* ist Cannabis stark dominierend und identitätsstiftend. Die *Gothik-Szen"* wird stark von Kokain und Amphetaminen bestimmt, die wegen ihrer leistungssteigernden und das Selbstbewusstsein fördernden Effekte konsumiert werden. Die *Heavy Metal/Rock-Szene* schließlich, die sich durch ein

etwas höheres Durchschnittsalter ihrer Mitglieder auszeichnet, konsumiert hauptsächlich Alkohol und Cannabis, teilweise in hohen Mengen. Kokain ist dort ebenfalls zu finden.

13.2 Trends

Die Verbreitung von Ecstasy hat sich – wie Daten aus den Bereichen Strafverfolgung und Gesundheit zeigen – stabilisiert. Teilweise sind bei den Konsumenten Amphetamine an die Stelle dieser Substanz getreten, teilweise Kokain. Die Zahl der Todesfälle, an denen Ecstasy-Konsum ursächlich beteiligt war, liegt seit Jahren unter 20 pro Jahr, was einem Anteil von maximal einem Prozent entspricht (BKA 2005).

Die Technowelle, die mit der Verbreitung der Substanz stark verknüpft war, hat sich in kleine Teilbereiche aufgefächert. Anstelle der großen Events sind häufig Veranstaltungen in Clubs getreten. Das Auslaufen dieser „Welle“ wird auch durch das Ende der jährlichen „Loveparade“ in Berlin verdeutlicht.

Weiterhin fortgesetzt werden die Bemühungen verschiedener Forschungsgruppen, langfristige, insbesondere neurotoxische Effekte von MDMA zu verifizieren und vor allem die Frage zu klären, ob und wie solche Effekte rückgängig gemacht werden können (z.B. Quednow et al. 2004). Daneben geht es um die Frage, wie Ecstasy-Konsum mit dem Gebrauch anderer Drogen bzw. mit psychopathologischen Störungen zusammenhängt (z.B. Wartberg et al. 2004; Zimmermann et al. in Druck) .

Die Politik hat auf diese Entwicklung schon vor Jahren reagiert, indem sie Medien zur Sekundärprävention entwickelt und vorhandene Einrichtungen zur Arbeit mit dieser Zielgruppe motiviert hat. Ein Großteil der spezifischen Maßnahmen für diese Thematik sind inzwischen in die Curricula von Fachleuten bzw. in den Arbeitsalltag der Schulen und Hilfeeinrichtungen eingegangen, so dass das Thema als solches auf der politischen Agenda aktuell eher unten steht.

13.3 Suchtpräventive Maßnahmen im Freizeitbereich/Nachtleben

Im nicht-organisierten Freizeitbereich gehört die Suchtprävention – und gerade Maßnahmen für das Nachtleben – nur in Ausnahmen zum Regelangebot. Da der Einstieg in den Konsum illegaler Drogen häufig in bestimmten Teilgruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wie z.B. der Techno-Party-Szene, stattfindet, wird mit Hilfe aufsuchender Maßnahmen ein spezifischer Zugang zu diesen Teilgruppen gesucht. Das Ziel ist eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum im Rahmen einer möglichst gesundheitsverträglichen Partyorganisation.

Das Angebot reicht von Infoständen über Beratungsgespräche, von kulturellen Angeboten und Entspannungstechniken bis hin zu strukturellen Maßnahmen, wie das Angebot alkoholfreier Getränke, die billiger sind als alkoholische, frei verfügbares kühles Trinkwasser, Chill-out-Bereiche, Kooperationen mit lokalen Akteuren (z.B. relevante Behörden) sowie geschultes Personal für medizinische Notfälle. Beispiele hierfür sind unter www.partypack.de (Köln), www.drugscouts.de (Leipzig), www.drogen-und-du.de (Berlin), www.party-project.de (Bremen), www.chill-out.de (Aachen), www.alice-project.de (Frankfurt), www.drobs-

hannover.de (Hannover) zu finden. Diese Entwicklung wurde von lokalen Szeneinitiativen begonnen und findet inzwischen politische Unterstützung. (Drogen- und Suchtbericht 2004).

Zwischen den eher szenenahen Projekten und den klassischen Drogenberatungsstellen besteht eine Kluft. Auf der einen Seite führen die leeren Kassen der Länder und Kommunen zu Schließungen von Drogenberatungsstellen und zu Kürzungen. Auf der anderen Seite sind die Szeneinitiativen nicht so etabliert, wie die klassischen Beratungsstellen, so dass sie oftmals als Kooperationspartner nicht ernst genommen werden. An einigen Stellen wird versucht, statt einer Abgrenzung die Kooperation zu fördern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004b). Einige Beispiele sollen dies erläutern:

- In dem von der BZgA initiierten Arbeitskreis „Healthy Nightlife“ zur Vernetzung von Akteuren im Freizeitsektor (Vertreter von Drogenberatungsstellen, Szene-Initiativen, kommunale Behörden und Partyveranstalter), findet ein überregionaler Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und Organisationen über bewährte suchtpräventive Strategien zur Risikominimierung im Nachtleben statt. Der Arbeitskreis will suchtpräventive Mindeststandards für Parties setzen.
- Im Jahr 2004 wurde ein Leitfaden zu suchtpräventiven Maßnahmen im Nachtleben entwickelt, in den auch die Erfahrungen aus fünf Techno-Parties in deutschen Großstädten unter dem Motto „NACHTS LEBEN – statt krank feiern“ eingingen. Der Leitfaden besteht aus einzelnen Modulen für Drogenberatungsstellen, Szene-Initiativen, Jugend- und Gesundheitsämter sowie Party-Veranstalter. Module zum Sponsoring sowie kommunale Beispiele und Checklisten sollen die Kooperation bei suchtpräventiven Aktivitäten vor Ort erleichtern.

Immer häufiger wird auch mithilfe des Internets versucht, einen niedrigschwelligen Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen herzustellen, um sie in einem ersten Schritt zu informieren, bei der Reflektion des eigenen Konsumverhaltens zu unterstützen und zu beraten sowie in einem zweiten Schritt gegebenenfalls in weiterführende Hilfen zu vermitteln (s.o.).

Zwei innovative, speziell auf die Zielgruppe der drogenaffinen Jugendlichen zugeschnittene, Module sind auf dem Internetportal www.drugcom.de zu finden: Sie dienen der Abschätzung des persönlichen Risikos durch Mischkonsum und sollen den Ausstieg bzw. die Begrenzung des Cannabiskonsums („quit the shit“) fördern. Details hierzu finden sich in Kapitel 3.3.2.

Daneben werden verstärkt neue Wege der Ansprache und Fortbildung von Mitarbeitern aus dem Bereich Jugendhilfe/Jugendfreizeit für den Umgang mit auffälligen Jugendlichen gesucht. Ein Beispiel hierfür ist „MOVE“, ein Interventionskonzept zur Förderung und Unterstützung der Veränderungsbereitschaft von jungen Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum (http://www.ginko-ev.de/FstMH/rubrik.aspx?M=1&Page=144).

Teil C – Bibliographie und Anhang

14 Bibliographie

14.1 Literatur zum Bericht

Akzept, Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), LaBas (Hrsg. (2005)) 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004. Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch. Dokumentation. Akzept, Berlin.

Ates, T., Langer, B., Erbas, B., Tretter, F., Wehner, B. (2005). Evaluierung von Arbeitsprojekten bei Drogenabhängigen im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse. Gesundheitswesen, **67**, 159-162.

Augustin, R., Orth, B., Kraus, L. (2005). Veränderungen des Konsumverhaltens von Frauen bei Alkohol, Tabak und Drogen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2005, 119-147, Neuland Verlag, Geesthacht.

Augustin, R. & Kraus, L. (2004). Changes in Prevalence of Problem Opiat Use in Germany between 1990-2000. European Addiction Research, **10**, 61-67.

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

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

Backmund, M., Henkel, C., Scelsi, M., Meyer, K. (2005). Hepatitis C-Therapie während der Substitutionsbehandlung. Suchtmed, **7**, 129.

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

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

Baumgärtner, T., (2004b). Hamburger Schulbus, Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln. www.suchthh.de/projekte/schulbus.htm

Baumgärtner, T., & Gies, A. (2005). Zur Topographie des Drogenkonsums in Hamburg. Ausgewählte Ergebnisse der Key-Person-Befragungen im Rahmen des Local Monitoring Systems (LMS) 2004. Büro für Suchtprävention, Hamburg.

Beg, D., Quinten, C. (2000). Gewalterfahrungen von Suchtpatienten – Eine empirische Untersuchung zum Ausmaß und zu den wahrgenommenen psychischen Folgen zurückliegender Gewalterfahrungen. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, **50**, 86-92.

Bonnet U., Harries-Hedder K., Leweke F.M., Schneider U., Tossmann P. (2004). AWMF-Guideline: Disorders Related to Cannabis. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2004, **72**, 318-329.

Brack, J., Behrendt, K. (2004). Erfahrungen mit dem Einsatz von Buprenorphin in der qualitfizierten stationären Entzugsbehandlung Opiatabhängiger. Suchtmed, **6**, 241-248.

Bratzke, H., Parzeller, M., Köster, F. (2004). Deutsches Forensisches Sektionsregister startet. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. Deutsches Ärzteblatt, **101**, 30. April 2004, A1258-A1260.

Bühler, A- & Kröger, C. (2005). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Abschlussbericht. IFT, München.

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drucksache 18/2292 vom 3.5.2005.

Bundesamt für Arbeit (29.6.2005).
http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/aktuell/iiia4/eu_quoted.pdf

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2005a). Bundeslagebild Rauschgift 2004. BKA, Wiesbaden.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004). MoZArt Neue Strukturen für Jobs. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. www.bmwa.bund.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004a). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilbände Alkohol, Rauchen, Illegale Drogen. BZgA, Köln. www.bzga.de/

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004b). Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops in der Bundesrepublik Deutschland 2003. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005a). Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen – unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops (Alcopops-Studie). Manuskript.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005b). Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen. Manuskript

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005c). ADHS…was bedeutet das? Broschüre. Hrsg. BZgA, Köln.

Davids, E., Gastpar, M. (2004). Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. European Neuropsychopharmacology, **14**, 209-216.

de Ridder, M., Dettmer, K., Hackenberg, B., Leicht, A. (2004). Hepatitisimpfung auf offenen Drogenszenen. Deutsches Ärzteblatt, **101**, 22. Oktober 2004, A2893-A2896.

Dettmer, K., Leicht, A. (2004). Prävention von Drogennot- und Drogentodesfällen – Erste Hilfe- Kurse und Naloxon-Einsatz durch Drogengebraucher. Akzeptanz, **12**, 21-25.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) & Gassmann, R. (2004). Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion. Lambertus, Freiburg.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2005). Sondernewsletter der DHS, des FDR und des Paritätischen zur Umsetzung von HARTZ IV und den Auswerkungen auf die Sucht- und Drogenhilfe. www.optiserver.de/dhs/veroeffentlichungen_hartz4.html

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin/Bonn.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004a). Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin/Bonn.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004b). Ecstasy. Bedeutung aktueller Forschungsergebnisse für Prävention und Risikobewertung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin/Bonn.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004c). Hepatitis. Verbesserung der Hepatitis-Prävention und Behandlung für Drogenabhängige. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin/Bonn.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005a). Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin/Bonn.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005b). Zusammenfassende Broschüre Drogen und Sucht. Ein Plan in Aktion. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005c). Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30.11. 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Difu, Deutsches Institut für Urbanistik (2004). Bundeswettbewerb "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention": September 2003 bis Mai 2004. Dokumentation. Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin.

Difu (Deutsches Institut für Urbanistik) (ed.) (2002). Bundeswettbewerb "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention": Oktober 2001 bis Juni 2002. Dokumentation. Berlin.
Englert, E. Ziegler M. Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick. Suchttherapie 2001; 2: 143-51

Elsesser, K., Sartory, G. (2001). Medikamentenabhängigkeit. Hogrefe, Göttingen.

Farke W., Graß H., Hurrelmann K. (Hrsg.) (2003). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme Verlag, Stuttgart.

Franke, A., Winkler, K. (2005). Frauenspezifische Suchtarbeit – Probleme und Lösungsangebote. Legale Suchtmittel. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2005, 148-159, Neuland Verlag, Geesthacht.

Franzkowiak, P. (2002). Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung - Präventionsstrategien im Wandel. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, **19**, 107-124, BZgA, Köln.

Franzkowiak, P., Helfferich, C. (2000). Geschlechtsbezogene Suchtprävention: Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definition. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Gölz, J. (1999). Folgeerkrankungen des intravenösen Drogenkonsums. Hepatitiden. In: Gölz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome, C 4.2.1-1 – C 4.2.1-15, Thieme, Stuttgart.

Görgen, W., Oliva, H., Schu, M. (2004). Abschlussbericht Evaluation des Hamburger Suchthilfe-systems. Im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg. FOGS, Köln.

Grabowski J., Rhoades H., Stotts, A, Cowan K, Kopecky C, Dougherty A, Moeller FG, Hassan S, Schmitz J.. Agonist-like or antagonist-like treatment for cocaine dependence with methadone for heroin dependence: two double-blind randomized clinical trials. Neuropsychopharmacology, 2004, **29**, 969-981.

Guggenbühl, L., (1999). euro net. Europäische Vernetzung in der Suchtprävention. Schlussbericht einer qualitativen Prozessevaluation der Netzwerkentwicklung, Zürich: Institut für Sozialforschung. www.suchtforschung.ch

Hanewinkel, R.and Isensee, B. (2005) Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Dezember 2004. Erste Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Befragung vor und nach der Tabaksteuererhöhung. Manuskript.

Havemann-Reinecke, U., Küfner, H, Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N., Vollmer, H.C. (2004). AWMF-Leitlinien: Post-Aktubehandlung bei Störungen durch Opioide. Sucht, **50**, 226-257.

Henquet, C.E.C., Krabbendam, L, Spauwen, J., Kaplan, C.D., Lieb, R., Wittchen, H..-U., Van Os, J.. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition of psychosis and psychotic symptoms in young people. British Medical Journal, **330**,11-14.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2004). Landesauswertung der computergestützten Basisdokumentation des ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) – Grunddaten 2003. Frankfurt: Hessische Landesstelle für Suchtfragen.

Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2004). Zweiter Suchtbericht für das Land Hessen. 2001-2002. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (2003). Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

Keppler, K.-H., Knorr, B. & Stöver, H. (2004). Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, **4**, 202-207.

Kleiber, D. & Söllner, R.(1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim.

Klein M. (1996). Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit – Kinder und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien – eine Bestandsaufnahme. Psychomed, **8**, 154-8

Klein, M. (2004). Kinder aus suchtbelasteten Familien - immer noch die vergessenen Kinder? Vortrag im Rahmen des 5. Kinderschutzforums vom 22-24. September 2004 in Köln (http://www.addiction.de/documents/KleinM2004Vortrag1.pdf)

Klotzbach, H., Andresen, H. (2005). Frauenspezifische Suchtarbeit – Probleme und Lösungsangebote. Illegale Suchtmittel. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2005, 160-174, Geesthacht: Neuland Verlag.

Knorr, B. (2004). Gesundheit und Prävention in Haft. In: Klee, J., Stöver, H. (Hrsg.) Drogen HIV/AIDS Hepatitis, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 2004, 144-164.

Kraus, L., Bauernfeind, R. & Bühringer, G., (1998). Epidemiolgogie des Drogenkonsums. Ergebnisse aus Bevölerungssureys 1990 – 1998. Baden-Baden: Nomos.

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**, 471-485.

Kraus, L. & Augustin R.(2004). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht, **50** **(**Sonderheft 1), S1-S57.

Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B. (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Forschungsbericht 310/ Gesundheitsforschung. Berlin: Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Kraus, L., Semmler, C., Kunz-Ebrecht, S., Orth, B., Hüffer, I., Hose, A., Welsch, K., Sonntag, D.& Augustin, R. (2004). Kokainkonsum und kokainbezogene Störungen: Epidemiologie, Therapie und Prävention. München: Institut für Therapieforschung.

Kraus, L, Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, L. & Augustin R.. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland: Sucht, **50**. Sonderheft 1, S19-S28

Kraus, L., Semmler, C. & Augustin, R. (2005). Konsummuster und Trends des Kokaingebrauchs in Deutschland. Sucht, **51**, 199-208.

Küfner, H., Hackmann, K., Schnabel, A., Soyka, M. (2004). Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger 8OSTD): Entzugssymptome und Suchtverlangen in der ersten Einstellungswoche. Suchtmed, **6**, 95-97.

Künzel-Böhmer J., Bühringer G.& Janik-Konecny T. (1993). Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 20. Baden-Baden: Nomos.

Kreuzbund, Blaues Kreuz in Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz in der ev. Kirche, Guttempler in Deutschland (2004). Erhebung für das Jahr 2003: Angebote und Leistungen, Mitarbeiterstruktur und demografische Merkmale für fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände der freien Wohlfahrtspflege
www.kreuzbund.de/download/kreuzbund_gesamtstatistik_5verbaende2003.pdf

Kreuzer, A. (2002). Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug. Freiburg: Lambertus, 35-63.

Lampert, T. & Burger, M. (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. Das Gesundheitswesen, **66**, 511-517.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2003). "Frühintervention bei erstauffälligen Drogen-konsumenten - FreD" - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Köln.

Leppin, A., Hurrelmann, K., Petermann, H. (2000). Jugendliche und Alltagsdrogen: Konsum und Perspektiven der Prävention. Berlin: Luchterhand.

Leppin, A. (2004). Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung "Qualität schulischer Suchtprävention" am 20.04.04 in Kärnten. (http://www.schule.at/community)

Lines, R. & Stöver, H. (2005a). HIV/AIDS prevention, care, treatment und support in prison settings. A framework for an effective national response. Prepared for the United Nations Office on Drugs and Crime. Draft paper.

Lines, R. & Stöver, H. (2005b). HIV/AIDS prevention, care, treatment und support in prison settings. Background notes . Prepared for the United Nations Office on Drugs and Crime. Draft paper.

Massa, F., Marsicano., G.., Hermann, H., Cannich, A., Monory, K., Cravatt, B.F., Ferri, G.-L., Sibaev, A., Storr, M., Lutz, B. (2004). The endogenous cannabinoid system protects against colonic inflammation. The J. of Clin. Investigation, **113**, 1202-1209.

Martens, M.-S., Schütze, C., Kalke, J., Kloss, M., Raschke, P. (2004). Jahresbericht 2002: Jugendliche und junge Erwachsene in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Bd. 4. Hamburg: Institut für inderdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung ISD.

Mauss, S., Berger, F., Goelz, J., Jacob, B., Schmutz, G. (2004) A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. Hepatology, **40**,120-124.

Meyenberger, R., Stöver, H., Jacob, J. (1996). Auswertung und Diskussion der Zwischenergebnisse des Modellprojekts „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Strafvollzug“. http://www.uni-oldenburg.de/presse/f-aktuell/96-065zw.htm

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (o. J.). Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS III). Magdeburg: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.

Miró, J.M., Moreno, A., Wilson, W.R. (1999). Folgeerkrankungen des intravenösen Drogenkonsums. Bakterielle Endokartitis. In: Gölz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. Stuttgart Thieme, C 4.2.5-1 – C 4.2.5-11.

Montoya, I.D., Gorelick, D.A., Preston, K.L., Schroeder, J.R., Umbricht, A., Cheskin, L.J., et al. Randomized trial of buprenorphine for treatment of concurrent opiate and cocaine dependence. Clin. Pharmacol Ther., 2004, **75**, 34-48.

Nestler, E.J.. Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. Nat Rev Neurosci, 2001, **2**, 119-128.

Nöller, S., Küfner, H. (2005). Evaluation der Suchthilfe in Erfurter Allgemeinkrankenhäusern: Jahresbericht 2003. IFT-Bericht Bd. 152. München: Institut für Therapieforschung..

Perkonigg, A., Pfister, H., Liebe, R., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004). Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. Suchtmed, **6**, 22-31.

Perkonigg, A., Settele, A., Pfister, H., Höfler, M., Fröhlich, C., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (in print). Where have they been? Lifetime service use of regular substance users with and without abuse and dependence. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

Pfab, R., Eyer, F., Jetzinger, E., Zilker, T., (2005). Cause and motivation in cases of non-fatal drug overdoses of opiate addicts. Manuskript

Preuss, U. W., Barnow, S., Zimmermann, J., Watzke, A. B., Schultz, G., Wong, W.M. (2004) Suizidalität bei Abhängigkeitserkrankungen : Eine Übersicht. Suchtmedizin, **6**, 271-285.

Prinzleve, M., Müller, O., Werse, B. & Bernard, C. (2004). MoSyd Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt : Johann Wolfgang Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

Prochaska J.O., DiClemente C., (1986). Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (editors). Treating Addictive Behaviours. New York: Plenum Press.

Quednow, B. B., Kühn, K. –U., Hoenig, K., Maier, W., Wagner, M. (2004). Prepulse Inhibition and Habituation of Acoustic Startle Response in Male MDMA ('Ecstasy') Users, Cannabis Users, and Healthy Controls. Neuropsychopharmacology, **29**, 982-990.

Reese, A., (1999). Entwicklungsorientierte Evaluation des suchtpräventiven Lebenskompetenzprogramms ALF. Vortrag, 12.04.1999, am IFT, Institut für Therapieforschung, München.

Rehm, J., Room, R., van den Brink, W. & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. European Neuropsychopharmacology, **15**, 389-397.

Reimer, J., Lorenzen, J., Schäfer, I., Backmund, M., Bätz, B., Haasen, C.(2005). Virale Leberinfektionen bei intravenösen Drogengebrauchern. Suchtmed, **7**, 128

Reis, O., Raphael, A., Sommer, J.-C., Steffen, H., Häßler, F. (2004). Abschlussbericht über das Bundesmodellprojekt Designerdrogen-Sprechstunde der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock. Rostock: Manuskript.

Reymann, G., Gastpar, M., Tretter. F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poethke, T., Wolstein, J. (2003). Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-002.htm

Robert Koch-Institut (RKI) (2004a). Hepatitis C. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 15. Berlin: RKI.

Robert Koch-Institut (RKI) (2004b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2003. Berlin: Robert Koch-Institut.

Rockstroh, J.(2004) HIV and hepatitis C virus co-infection. Lancet Infect. Dis., 4(7), 437-44

Robert Koch-Institut (2005a). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 31.12.2004). Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A, 12.April 2005.

Robert Koch-Institut (2005b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2004. Datenstand 1.März 2005. Berlin o. unter http://www.rki.de/cln_011/nn_226624/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch__2004,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Jahrbuch_2004

Rösner, S. & Küfner, H. (2005). Jahresbericht 2003 Medikamentenmissbrauch bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen (Monitoring.System ebis.-med), Berichtszeitraum 1.1.2003 - 31.12.2003. IFT Berichte Bd. 151. München: Institut für Therapieforschung

Schäfer, M. (2005). Therapie der chronischen Hepatitis C bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Suchttherapie, **6**, 66-69.

Schäfer, M., Berg, T. (2005). Die chronische Hepatitis C-Infektion: Häufigkeit, Verlauf und Stand der Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten mit intravenöser Drogenabhängigkeit. Sucht, **51**, 97-108.

Schäfer, M., Heinz, A., Backmund, M. (2004). Treatment of chronic hepatitis C in patients with addiction: time to change the rules. Addiction, **99**, 1167-1175.

Schäfer, M, Schmidt, F., Folwaczny, C., Lorenz, R., Martin, G., Schindlbeck, N., Heldwein, W., Soyka, M., Grunze, H., Koenig, A., Loeschke, K. (2003). Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with Interfon Alfa and Ribavirin in psychiatric risk groups. Hepatology, **37**, 443-451.

Schaper, G., Heumüller, M. (2003). Frauen in Haft. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug, Berlin, 79-89.

Schinke, S.P. (1994). Prevention science and practice: an agenda for action. The Journal of Primary Prevention, **15**, 45-57.

Schmidt, B. (2004). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (24). Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln.

Schneider, Wolfgang (2004). Zwischen Anspruch und Wirklichkeit von Drogenkonsumräumen. Erfahrungen aus Münster. Akzeptanz, **12**, 21-25.

Schottenfeld, R.S., Pakes, J.R., Oliveto, A., Ziedonis, D., Kosten, T.R..Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. Arch Gen Psychiatry, 1997, **54**, 713-720.

Schütz, C.G., Indlekofer, F., Piechatzek, M., Daamen, M., Waszak, F., Lieb, et al. (2004). Ecstacykonsumenten: Neurokognitive und funktionelle Problemkonstellationen und Ansätze zu spezifischen Frühinterventionen. Suchtmed, **6**, 67-72.

Schütze, C., Kalke, J., Buth, S., Raschke, P. (2004). Jahresbericht 2003: Analysen zur Struktur des ambulanten Suchthilfesystems. Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Bd. 5. Hamburg: Institut für inderdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung ISD.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, (2002). Schule in Deutschland - Zahlen, Fakten, Analysen zur Dokumentation: Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2004). Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2003/2004. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin: Pressestelle der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

Simmedinger, R., Vogt, I. (2005). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2004. Endbericht. Frankfurt: ISFF

Simon, R. (2004). Analyse der Länderkurzberichte zum Umfang substanzbezogener Störungen und zur Betreuungssituation 2003. DBDD, München.

Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004). Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. München: IFT, Institut für Therapieforschung.

Speck, A., Sperber, P., Reimers, S., Raack, N., Hermanns, J., Pagels, M. (2005). Aussiedlerinnen und Aussiedler in der Drogenhilfe Schleswig-Holstein: Versorgungssituation, Konsummuster und Zugangsbarrieren zum Hilfesystem. Abschlußbericht. Kiel: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein.

Statistisches Bundesamt (2004). Statistisches Jahrbuch 2004 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2005a). Lange Reihen zur Strafverfolgungsstatistik: Verurteilte nach ausgewählten Straftaten, Geschlecht und Altersgruppen. http://www.destatis.de/download/d/veroe/fach_voe/strafzeitreihen03.pdf

Statistisches Bundesamt (2005b). Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzuges jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres

(Stand: 02.06.2005). http://www.destatis.de/download/d/veroe/fach_voe/justizvollzug05.pdf

Statistisches Bundesamt (2005c). Verkehrsunfälle 2003. Fachserie 8/ Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2005d). Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten 2003. Fachserie 12, Reihe 6.2,1 Gesundheitswesen http://www-ec.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2005e). Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. - Rechtspflege, Fachserie 10, Reihe 4.1. www.rechtspflegestatistik@destatis.de

Stempel, K. (2005). Illegale Drogen/Rauschgift – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2005, 69-82, Geesthacht: Neuland Verlag.

Stöver H.& Kolte B. (2003). Drogengebrauch und drogenpräventive Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Universität Bremen. Bremener Institut für Sozialforschung (BISDRO)

Stöver H., Hennebel L. & Casselman, J. (2004). Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prison in 18 countries. Oldenburg: BIS-Verlag.

Stöver H., Kolte B., (2003). Drogengebrauch und drogenpräventive Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren, Bremen.

Stöver, H.; Nelles, J. (2003). 10 years of experience with needle exchange programmes in European prisons: A review of evaluation studies. International Journal of Drug Policy, **14**, 437-44.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2005a). Suchthilfestatistik 2004 für Deutschland. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe. www.dshs.de

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2005b). Suchthilfestatistik 2004 für Deutschland. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe. www.dshs.de

Sonntag, D. & Welsch, K. (2004). Jahresstatistik 2003 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, **50**, Sonderheft 2.

Thomasius, R., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, **72**, 679-695.

Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention (TKS) (2001). Konzeption zur Datenerhebung als Begleitung und Evaluation von Maßnahmen zur Hepatitis-Prophylaxe für ausgewählte Standorte Thüringens im Themenzusammenhang „Infektionskrankheiten und Drogenkonsum“. Manuskript.

Tielking, K., Becker, S., Stöver, H. (2003). Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Tielking, K., Kuß, G. (2003). Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger - Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Schriftenreihe "Sucht- und Drogenforschung“, Band 7. Oldenburg: BIS-Verlag.

Tobler, N.S., Roona,M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. & Stackpole, K.M., (2000). School based adolescent drug prevention programs: meta-analysis. Journal Primary Prevention, 20,4, 275-336.

Tossmann, R. (2003). Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen – gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf? Sucht, **49**, 212-220.

Vellemann R.& Orford J. Risk and resilience (1999). Adults who were the children of problem drinkers. Amsterdam: Harwood Academic Publishers

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), (2003). Rehabilitation des Jahres 2002. VDR-Statistik. Frankfurt am Main: Universitätsdruckerei.

Verthein, U., Prinzleve, M., Degkwitz, P., Farnbacher, G. & Krausz, M. (2003). Ambulanter Entzug mit Buprenorphin. Suchttherapie, **4**,150-158.

Verthein, U., Prinzleve, M., Farnbacher, G., Haasen, C., Krausz, M (2004). Treatment of opiate addicts with buprenorphine – a prospective naturalistic trial. Addictive disorders and their treatment, **3**, 58-70.

Vogt, I., Zeissler, E. (2005). Abschlussbericht der Evaluation des Projektes Rauchraum im Drogennotdienst Frankfurt des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt: ISFF

Wartberg, L., Petersen, K.,-U., Schwab, R., Thomasius, R. (2004). Erstkonsumalter von Ecstasy und psychische Befindlichkeit. Sucht, **50**, 361-367.

Weber, I. (2001). Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige unter veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen. Studie zur Implementation neuer Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung. Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Welsch, K., Sonntag, D. (2004). Deutsche Suchthilfestatistik 2003. Sucht, **50**, Sonderheft 1.

Welsch, K., Sonntag, D. (2005). Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Frauen und Männer mit substanzbezogenen Problemen in deutschen Suchthilfeeinrichtungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2005, 131-147, Geesthacht: Neuland Verlag.

Welsch, K., Sonntag, D. (2005a). Jahresstatistik 2004 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. in Vorbereitung.

Welsch, K., Sonntag, D.(2005b). Jahresstatistik 2004 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. In Vorbereitung.

Werse, B., Müller, O., Bernard, C. Prinzleve, M., Kemmesies, U.E (2005). Jahresbericht MoSyD (Monitoring-System Drogentrends). Drogentrends in Frankfurt am Main 2004. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Centre For Drug Research, Frankfurt am Main 2005.

Wittchen, H.-U., Apelt, S.-M., Christl, B., Hagenau, K., Groß, A., Klotsche, J. & Soyka, M. (2004). Die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Suchtmedizin, **5**, 80-87.

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Bühringer, G., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Klotsche, J., Siegert, J., Pittrow, D. & Soyka, M. (2005). Buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence: methods and design of the COBRA study. International Journal of Methods in Psychiatric Research, **14**, 14-28

Wodarz, N., Unglaub, W., Johann, M.& Rehberg, K. (2004). Anwendungsbeobachtung von Buprenorphin (subutex®) in der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Patienten. Suchtmedizin, **6**, 287-296.

Wojak, M. (o. J.). Die Therapievorschriften des Betäubungsmittelgesetzes: Eine Untersuchung über das Antragsverfahren in der Berliner Justiz 1989-1991. Senatsverwaltung für Jugend und Familie, Berlin.

Zenker, C., Bammann, K.& Jahn, I. (2003). Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 148. Baden-Baden: Nomos.

Zenker, C., Winkler, K., Walcker-Mayer, C., Vogt, I., Soltau, R., Schumann, M., Ohnmeiss, U., Merfert-Diete, C., Korthaus, U., Kerschl, V., Helfferich, C. (2005). Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Eine Expertise. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., FDR-Text Nr. 4.

Zerell, U., Walz, J, Thalheim, J, Bender, C. (2005). Statistisches Auswerteprogramm Rauschgift (SAR). Zusammenfassung für den Rauschgiftjahresbericht 2004. Wiesbaden: Bundeskriminalamt, Fachbereich Toxikologie, Manuskript.

Zimmermann, P. Wittchen, H.-U., Waszak, F., Höfler, M., Lieb, R. (in press). Pathway into ecstasy use: The role of prior cannabis use and ecstasy availability. Drug and alcohol dependence.

Zurhold, H., Degkwitz, P, Verthein, U. & Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. Journal of Drug Issues, **33**, 663-688.

Zurhold, H. (2005). Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.

14.2 Websites

Neben den Websites der wichtigsten Einrichtungen wurden einige innovative Angebote im Bereich der Reduzierung der Nachfrage ausgewählt. Die Liste stellt einen Auszug aus einer großen Zahl Adressen dar, die in diesem Bereich existieren.

Website	**Inhalt**
www.bmgs.bund. de	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
	Federal Ministry for Health and Social Security
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; (BZgA)
	Federal Center for Health Education (FCHE)
www.dbdd.de	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)
	German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
	German Head Office for Addiction Issues
www.drugcom.de	FCHE information for young people and party goers
	BZgA Informationen für junge Leute und Partygänger
www.drugscouts.de	Laender project from Saxony for young people
	Landesprojekt in Sachsen für junge Leute
www.emcdda.eu.int	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
www.ift.de	Institut für Therapieforschung (IFT), München
	Institute for Therapy Research
www.partypack.de	Spezielles Angebot für junge Leute, die Techno- und Partyszene besuchen
	Special offer for young people attending the techno and party scene
www.rki.de	Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

15 Anhang

Es liegen keine Einträge für den Anhang vor.

Part D – Standard Tabellen und Standardfragebogen

16 Standard Tabellen (ST) und Strukturierte Fragebögen (SQ)

Die folgenden Tabellen und Fragebögen entsprechen den Vorgaben der EBDD. Die Daten werden von allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union in diesem Format für die Europäische Berichterstattung zur Verfügung gestellt Die kompletten Tabellen und Fragebögen stehen ausschließlich in elektronischer Form unter www.dbdd.de zur Verfügung.

			Reporting Cycle
1	*Online* Standard Table 01	Basic results and methodology of population surveys on drug use	As soon as available
2	Standard Table 02	Methodology and results of school surveys on drug use	As soon as available
3	Standard Table 03	Characteristics of persons starting treatment for drugs	Yearly
4	Standard Table 04	Evolution of treatment demands	Yearly
5	Standard Table 05	Acute/direct related deaths	Yearly
6	Standard Table 06	Evolution of acute/direct related deaths	Yearly
7	Standard Table 07	National prevalence estimates on problem drug use	As soon as available
8	Standard Table 08	Local prevalence estimates on problem drug use	As soon as available
9	Standard Table 09	Prevalence of hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users	Yearly
10**	Standard Table 10	Syringe availability	Every two years (2004, 2006, 2008 etc)
11	Standard Table 11	Arrests/Reports for drug law offences	Yearly
12	Standard Table 12	Drug use among prisoners	Yearly
13	Standard Table 13	Number and quantity of seizures of illicit drugs	Yearly
14	Standard Table 14	Purity at street level of illicit drugs	Yearly
15	Standard Table 15	Composition of tablets sold as illicit drugs	Yearly
16	Standard Table 16	Price in Euros at street level of illicit drugs	Yearly
17	Standard Table 17	Leading edge indicators for new developments in drug consumption	Voluntary
18	Standard Table 18	Overall mortality and causes of deaths among drug users	As soon as available
19**	Standard Table 19	Universal school based prevention programmes	Once and updates every two years (2004, 2006, 2008)
22	Structured Questionnaire 22	Universal school-based prevention	2004 and updates –(only if new information)
23**	Structured Questionnaire 23	Harm reduction measures to prevent infectious diseases among drug users	2004 and updates
24**	Standard Table 24	Drug related treatment availability	Every two years (2004, 2006 ..)
25	Structured Questionnaire 25	Community-located prevention	2005 and updates (only if new information available)
26	Structured Questionnaire 26	Selective and indicated prevention	2005 and updates (..)
27	Structured Questionnaire 27	Treatment programmes	2005 and updates (..)
28	Structured Questionnaire 28	Social Reintegration	2005 and updates (..)
29	Structured Questionnaire 29	Reduction of acute drug-related deaths	2005 and updates (..)
30	Standard Table 30	Methods and Results of youth surveys	Voluntary
34		TDI data[2]	Yearly

[2] 34 is a number given according to the EISDD; it is not meant to be consecutive