Hedwig Spegel, IFT Institut für Therapieforschung

Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung

ROLF HÜLLINGHORST, DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN

Marion David-Spickermann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BERICHT DES NATIONALEN REITOX KNOTENPUNKTS

DEUTSCHLAND

AN DIE EBDD

DROGENSITUATION 2002

REITOX

Die Erstellung des Berichts wurde finanziell gefördert durch die
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
und das deutsche Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)

Stand: 29.10.2003

REITOX_2003_fin_a_D.doc, 29.10.2003 12:27

IFT Institut für Therapieforschung (Bereich Epidemiologie und Koordination)

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

Hedwig Spegel (Dipl. Soz., M.P.H.)

Parzivalstr. 25

D - 80804 München

Tel.: +49 (0) 89 - 36080440/42

Fax: +49 (0) 89 - 36080449

Email: simon@ift.de / spegel@ift.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bereich Prävention)

Marion David-Spickermann

Ostmerheimer Str. 220

D - 51109 Köln

Tel.: +49 (0) 221-8992247/90

Fax: +49 (0) 221-8992300

Email: spickermann@bzga.de

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Bereich Behandlung)

Rolf Hüllinghorst

Westring 2

D - 59065 Hamm

Tel.: +49 (0) 238-901510

Fax: +49 (0) 2381-901530

Email: huellinghorst@dhs.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltverzeichnis.....I
Tabellenverzeichnis.....VI
Abbildungsverzeichnis.....VII
Abkürzungen.....VIII
Vorwort.....IX
Zusammenfassung..... XI
Summary..... XV

TEIL I: NATIONALE STRATEGIEN, INSTITUTIONELLE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

1 ENTWICKLUNGEN IN DER DROGEN- UND SUCHTPOLITIK 1

1.1 Politische Rahmenbedingungen 1
1.2 Die Rechtslage 7
1.3 Die Rechtswirklichkeit 8
1.4 Entwicklung der öffentlichen Meinung und Diskussion 9
1.5 Haushaltsmittel und finanzielle Regelungen..... 10

TEIL II: EPIDEMIOLOGIE

2 PRÄVALENZ, KONSUMMUSTER UND ENTWICKLUNGEN DES DROGENKONSUMS 13

2.1 Wesentliche Entwicklungen und Trends 13
2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung 14
2.3 Problematischer Drogengebrauch 19

3 GESUNDHEITLICHE FOLGEN 25

3.1 Behandlungsnachfrage 25
3.2 Drogentodesfälle 29
3.3 Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen..... 35
3.4 Andere Krankheiten bei Drogenabhängigen..... 39

4 SOZIALE UND RECHTLICHE KONSEQUENZEN..... 40

4.1 Soziale Probleme 40
4.2 Polizeiliche und justizielle Probleme..... 42
4.3 Soziale und ökonomische Kosten des Drogenkonsums 46

5 DROGENMARKT 47

5.1 Verfügbarkeit und Beschaffbarkeit von Drogen 47
5.2 Sicherstellungen von Betäubungsmitteln 47
5.3 Preise und Reinheit 50

6 TRENDS 56
6.1 CANNABIS 56
6.2 SYNTHETISCHE DROGEN (AMFETAMINE, ECSTASY, LSD, ANDERE/NEUE DROGEN) 56
6.3 HEROIN/OPIATE 57
6.4 KOKAIN/CRACK 57
6.5 MEHRFACHGEBRAUCH (EINSCHLIEßLICH ALKOHOL, ARZNEIMITTEL, SCHNÜFFELSTOFFE) 58
7 SCHLUSSFOLGERUNGEN 60
7.1 KONSISTENZ ZWISCHEN DEN INDIKATOREN 60
7.2 METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN UND DATENQUALITÄT 60
7.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN 61

TEIL III: REDUZIERUNG DER NACHFRAGE

8 STRATEGIEN DER NACHFRAGEREDUZIERUNG AUF NATIONALER EBENE 63
8.1 ZENTRALE STRATEGIEN UND AKTIVITÄTEN 63
8.2 ANSÄTZE UND NEUE ENTWICKLUNGEN 64
9 PRÄVENTION 70
9.1 ÜBERBLICK 70
9.2 SCHULPROGRAMME 72
9.3 JUGENDPROGRAMME AUßERHALB DER SCHULE 75
9.4 FAMILIE UND KINDHEIT 78
9.5 PRÄVENTION IM NICHT ORGANISIERTEN FREIZEITBEREICH 80
10 HILFEN ZUR SCHADENSREDUZIERUNG 82
10.1 ÜBERBLICK 82
10.2 BESCHREIBUNG DER INTERVENTIONEN 83
10.3 STANDARDS UND EVALUATION 85
11 BEHANDLUNG 86
11.1 DROGENFREIE BEHANDLUNG 86
11.2 SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG 89
11.3 NACHSORGE UND REINTEGRATION 93
12 INTERVENTIONEN IM STRAFVOLLZUG 95
12.2 UNTERSTÜTZUNG FÜR DROGENABHÄNGIGE IM GEFÄNGNIS 95
12.3 ALTERNATIVEN ZUM GEFÄNGNIS FÜR DROGENABHÄNGIGE STRAFFÄLLIGE 96
12.4 EVALUATION UND TRAINING 98
13 QUALITÄTSSICHERUNG 101
13.1 NEUE TRENDS UND ENTWICKLUNGEN 101
13.2 FORMALE ANFORDERUNGEN 101
13.3 KRITERIEN UND INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG 101
13.4 DURCHFÜHRUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN UND ERGEBNISSE 102

Teil IV: Schlüsselthemen

14 EVALUATION DER NATIONALEN DROGENSTRATEGIE 104

14.1 ANSÄTZE ZUR EVALUATION 104

14.2 METHODIK DER EVALUATION 105

15 CANNABISPROBLEME IM KONTEXT: ZUR ZUNAHME DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE 106

15.1 BEHANDLUNGSNACHFRAGE BEI CANNABISKONSUM 106

15.2 PRÄVALENZ VON PROBLEMATISCHEM CANNABISKONSUM UND KONSUMMUSTER 111

15.3 SPEZIFISCHE INTERVENTIONEN FÜR PROBLEMATISCHEN CANNABISKONSUM 112

16 KOMORBIDITÄT 113

16.1 DIE HÄUFIGSTE DIAGNOSEN UND IHRE PRÄVALENZ 114

16.2 AUSWIRKUNGEN VON KOMORBIDITÄT AUF EINRICHTUNGEN UND MITARBEITER 117

16.3 BEHANDLUNGSANGEBOTE 118

16.4 „EXAMPLES OF BEST PRACTICE“ UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZUKÜNFTIGE VORGEHENSWEISEN 119

Anhang

17 LITERATURVERZEICHNIS 122

17.1 BROSCHÜREN 122

17.2 LITERATUR ZUM BERICHT 122

17.3 WEBSITES ZUM BERICHT 128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktuelle Änderungen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften 7
Tabelle 2: Haushaltsmittel für Drogen und Sucht in Deutschland 2001/2002 11
Tabelle 3: Finanzielle Leistungen der Rentenversicherung 12
Tabelle 4: Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland 16
Tabelle 5: Personen mit problematischem Konsum: Schätzergebnisse für das Jahr 2000 aus verschiedenen Schätzverfahren 20
Tabelle 6: Vergleich von Ergebnissen aus verschiedenen Jahren 21
Tabelle 7: Polyvalenter Drogenkonsum bei Crack-Konsumenten 22
Tabelle 8: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 23
Tabelle 9: Studien mit Fokus auf Needle Sharing 24
Tabelle 10: Die häufigsten Hauptdiagnosen (Deutsche Suchthilfestatistik) 27
Tabelle 11: Die häufigsten Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (Deutsche Suchthilfestatistik) 28
Tabelle 12: Drogentodesfälle 2002 33
Tabelle 13: Hepatitis B und C: Seroprävalenz (%) bei Drogengebrauch 38
Tabelle 14: Verlaufsdaten zur Prävalenz von Hepatitis B und C 38
Tabelle 15: Sicherstellungsmengen 1991 - 2001 49
Tabelle 16: Wirkstoffe in beschlagnahmten Amfetaminen 53
Tabelle 17: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Männern 58
Tabelle 18: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Frauen 59
Tabelle 19: Evaluation und Ergebnisse schulischer Präventionsprogramme 75
Tabelle 20: Evaluationsstudien und Ergebnisse im organisierten Jugendfreizeitbereich 77
Tabelle 21: Übersicht über Konsumräume in Deutschland 85
Tabelle 22: Bewilligte Reha-Behandlungen für Drogenabhängigkeit 87
Tabelle 23: Medikamente zur Substitution 90
Tabelle 24: Hauptdiagnosen bei Personen mit eigener Störung 106
Tabelle 25: Entwicklung der Zugänge für die wichtigsten Hauptdiagnosen 107
Tabelle 26: Vermittlung 108
Tabelle 27: Beikonsum weiterer psychoaktiver Substanzen bei Cannabisklienten 109
Tabelle 28: Aufnahmegrund 110
Tabelle 29: Angst und depressive Störungen bei Konsumenten von Ecstasy in der Altersgruppe 14- 24 114
Tabelle 30: Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 bei Opiatabhängigen 116
Tabelle 31: Psychiatrische Komorbidität bei 200 HIV-infizierten i.v. in einer Berliner Praxis 1996-2000 116

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ALTERSVERTEILUNG DER AMBULANT BEHANDELTEN KLIENTEN (2002) 26
ABBILDUNG 2: TODESFÄLLE IM ZUSAMMENHANG MIT DROGEN NACH GESCHLECHT 31
ABBILDUNG 3: TODESFÄLLE IM ZUSAMMENHANG MIT DROGEN NACH ALTERSGRUPPEN 31
ABBILDUNG 4: DROGENTODESFÄLLE 2001 34
ABBILDUNG 5: AIDS-FÄLLE IN DEN BUNDESLÄNDERN (PRO 1 MIO. BEVÖLKERUNG) 36
ABBILDUNG 6: ANTEIL VON INTRAVENÖS DROGENABHÄNGIGEN (IVDA) AN AIDS-FÄLLEN 36
ABBILDUNG 7: WOHNUNGSSITUATION VON KLIENTEN MIT SUBSTANZBEZOGENEN STÖRUNGEN 40
ABBILDUNG 8: ERWERBSTÄTIGKEIT VON AMBULANT BEHANDELTEN KLIENTEN 41
ABBILDUNG 9: WEITERE PROBLEMFELDER VON AMBULANT BEHANDELTEN KLIENTEN 41
ABBILDUNG 10: RAUSCHGIFTDELIKTE, VERTEILUNG NACH DELIKTSGRUPPEN 43
ABBILDUNG 11: VERSTÖßE GEGEN DAS BTMG – ENTWICKLUNG DER DELIKTE SEIT 1988 43
ABBILDUNG 12: VERSTÖßE GEGEN DAS BTMG – ENTWICKLUNG DER KONSUMDELIKTE SEIT 1982 44
ABBILDUNG 13: ERSTAUFFÄLLIGE KONSUMENTEN HARTER DROGEN 45
ABBILDUNG 14: HANDEL, SCHMUGGEL UND ILLEGALE EINFUHR VON DROGEN (FALLZAHLEN)) 48
ABBILDUNG 15: ANZAHL DER SICHERSTELLUNGEN VON BETÄUBUNGSMITTELN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 50
ABBILDUNG 16: PREISE PRO GRAMM HASCHISCH FÜR KLEIN- UND GROßMENGEN 51
ABBILDUNG 17: THC-GEHALT VON HASCHISCH 51
ABBILDUNG 18: PREISE PRO GRAMM AMFETAMIN FÜR KLEIN- UND GROßMENGEN 52
ABBILDUNG 19: WIRKSTOFFGEHALT VON AMFETAMIN 52
ABBILDUNG 20: PREISE PRO GRAMM KOKAIN FÜR KLEIN- UND GROßMENGEN 54
ABBILDUNG 21: KOKAIN-BASE GEHALT VON KOKAIN 54
ABBILDUNG 22: PREISE PRO GRAMM HEROIN FÜR KLEIN- UND GROßMENGEN 55
ABBILDUNG 23: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DES DIACETYLMORPHINGEHALTES IN HEROINPROBEN 55
ABBILDUNG 24: HIV-INFEKTIONEN BEI GEFANGENEN 99
ABBILDUNG 25: ZAHL DER ZUGÄNGE VON AMBULANTEN KLIENTEN MIT PRIMÄREN CANNABISPROBLEME 107
ABBILDUNG 26: HÄUFIGKEIT DES KONSUMS VON CANNABIS BEI PRIMÄREN CANNABISKLIENTEN 109

Abkürzungen

AMG	Arzneimittelgesetz
ANOMO	Anonymes Monitoring in den Praxen niedergelassener Ärzte
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
BUND	Bundesstudie
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BLV	Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren
DAS	Drogenaffinitätsstudie
DBDD	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DFB	Deutscher Fußball Bund
DND	Drogennotdienst
DSB	Deutscher Sport Bund
DTB	Deutscher Turner Bund
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECDP	European Cities on Drug Policy
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action (Austausch über Aktivitäten zur Reduzierung der Drogennachfrage)
EU	Europäische Union
FAW	Fachverband für Außenwerbung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherungen
HAART	Highly Activating Antirectrovirale Treatment
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
IVU	Intravenös applizierende Drogenkonsumenten
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
LAAM	Levoalphaacetylmethadol
NGOs	Non-governmental organizations (Nicht-staatliche Organisationen)
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
BR	Berlin	RP	Rheinland-Pfalz
BB	Brandenburg	SL	Saarland
HB	Bremen	SN	Sachsen
HH	Hamburg	AN	Sachsen-Anhalt
HE	Hessen	SH	Schleswig-Holstein
MV	Mecklenburg-Vorpommern	TH	Thüringen

Vorwort

Die Verordnung zur Einrichtung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) besteht in diesem Jahr seit 10 Jahren. Die nationalen Partner – die sogenannten Knotenpunkte – wurden kurz danach von den nationalen Regierungen bestimmt und spielen seitdem eine wichtige Rolle in den Aktivitäten dieser Einrichtung.

Arbeitsweise und Arbeitsergebnisse haben sich in diesem Zeitraum konsolidiert. Der Europäische Drogenbericht zeichnet inzwischen regelmäßig ein Gesamtbild der Situation in Europa und die Vergleichbarkeit vieler Informationen zur Drogenproblematik in den Mitgliedsländern der EU hat deutlich zugenommen. In Umfragen, Statistiken zu Behandlung und Todesfällen ebenso wie bei beispielhaften Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage spielt dieses europäische Netzwerk heute eine wichtige Rolle.

Die Einbeziehung der neuen Mitgliedsländer in die Europäische Union ab 2004, eine Verbesserung der Datenqualität und die Schließung vorhandener Lücken in der Berichterstattung sind Herausforderungen für die Zukunft. Der Wunsch nach Verbreiterung der Thematik bei gleichzeitig immer schwieriger werdenden Finanzierungsbedingungen wird allen Beteiligten in den nächsten Jahren einen hohen Arbeitseinsatz ebenso wie die verstärkte Bereitschaft zur Schwerpunktsetzung abverlangen.

Die nationalen Berichte, die als Grundlage des europäischen Gesamtbildes jährlich an die EBDD gehen, haben in dieser Zeit Aussehen und Charakter geändert. Zu Beginn waren es vor allem Lagebeschreibungen, die sich auch mit methodischen Fragen zur Vergleichbarkeit nationaler Daten beschäftigten. Mehr und mehr wurde in den Berichten der Schwerpunkt auf Veränderungen der Problemlage und auf innovative Ansätze im Umgang damit gelegt. Die für 2004 geplante Neukonzeption der europäischen Berichtserstattung wird diese Tendenz fortsetzen. Damit stellen die Berichte nicht mehr eine umfassende Beschreibung der Drogensituation und der Interventionsstrategien in Deutschland dar, sondern geben anhand eines detaillierten Fragenkatalogs primär die wichtigsten Veränderungen zum Vorjahr wieder.

Die europäische Kooperation bietet heute mehr denn je Möglichkeiten zur Entwicklung von Standards und Methoden, die auf nationaler Ebene in dieser Form nicht gegeben sind. In diesem Sinne ist der EBDD und ihren Partnern auch für die nächsten 10 Jahre alles Gute zu wünschen. Allen an diesem Prozess Beteiligten sei gedankt und auch für die Zukunft ein langer Atmen gewünscht.

Roland Simon, Dipl. Psych.

Leiter der DBDD

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht zur Drogensituation in Deutschland wird für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) erstellt. Sie ist 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 gefördert. Der Gesamtbericht ist entsprechend der Vorgaben der EBDD strukturiert und steht unter www.dbdd.de zum Herunterladen zur Verfügung.

Politische Strategien auf Bundes- und Landesebene

Aus dem früher engen Konzept einer Drogenpolitik ist in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend eine substanzübergreifende „Sucht"-Politik entstanden, die gemeinsame Aspekte aller psychotroper Substanzen stärker in den Mittelpunkt des fachlichen und politischen Interesses stellt. Der „Aktionsplan Drogen und Sucht", den die Drogenbeauftragte des Bundesregierung im Juni 2003 vorgestellt hat und der den Rahmen für die nationale Suchtpolitik der nächsten 5 bis 10 Jahre bilden soll, macht diesen Ansatz erstmals auch in einem politischen Gesamtkonzept deutlich.

Die vier Säulen der Suchtpolitik sind die Prävention, die Beratung und Behandlung von Konsumenten, Überlebenshilfen und Schadensreduzierung sowie Repression und Reduzierung des Angebots besonders bei illegalen Drogen. Im Hinblick auf präventive Aspekte steht eine Reduktion des Konsums von Tabak als Ziel an erster Stelle. Beratungs- und Behandlungsangebote sollen weiter entwickelt und ergänzt werden. Ihre Qualitätssicherung und –entwicklung ist eine dauerhafte Aufgabe. Die Intensivierung der Kooperation zwischen verschiedenen beteiligten Institutionen – zum Beispiel der Notfallhilfe, der psychosozialen Beratung, aber auch der Jugendhilfe – soll die Versorgung effektiver und effizienter machen. Die besonderen Bedürfnisse von Frauen sollen dabei besonders berücksichtigt werden.

Eine Reihe von rechtlichen Rahmenbedingungen zur Substitution wurde bereits verändert, um den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern und um die Qualität der Maßnahmen zu sichern. Diese Veränderungen ebenso wie andere suchtpolitische Maßnahmen sollen in Zukunft in Hinblick auf ihre Effekte evaluiert werden.

Die Bundesländer unterstützen den nationalen Sucht- und Drogenplan generell, wobei sie teilweise andere Schwerpunkt setzen bzw. einzelne Initiativen nicht unterstützen .

Epidemiologische Situation

Im Berichtszeitraum wurden keine neuen nationalen epidemiologischen Studien für Deutschland veröffentlicht. Eine Übersicht über die Situation mit dem Bezugsjahr 2000 findet sich im letzten REITOX Bericht. Einige Hinweise über Trends ergeben sich jedoch aus den

Beschlagnahmungszahlen der Polizei, aus neueren Behandlungsstatistiken sowie aus ersten Ergebnissen der HBSC Studie.

Der Heroinkonsum hat sich in letzter Zeit eher stabilisiert oder ist rückläufig. Für Kokain, das bis vor einigen Jahren fast ausschließlich bevorzugte Sekundärdroge von Heroinkonsumenten war, zeigt sich inzwischen auch eine Zunahme von primären Kokainkonsumenten. Ihre Zahl liegt heute in Behandlungseinrichtungen höher als die der Heroinkonsumenten. Allerdings zeigen die Behandlungsstatistiken bei Personen, die Kokain ohne den Gebrauch weiterer Drogen einnehmen, weniger problematische somatische oder soziale Folgen als bei primären Heroinkonsumenten. Eine vertiefende Untersuchung hierzu ist im Augenblick im Gange. Die deutlichsten Hinweise auf eine Zunahme der Fallzahlen finden sich bei Cannabis. Während sich die Verbreitung von Ecstasy stabilisiert hat, haben auch Amfetamine deutlich gegenüber dem Vorjahr zugenommen.

Die meisten Drogen sind zumindest für Drogenerfahrene in ganz Deutschland relativ leicht verfügbar. Es gibt allerdings Hinweise, dass in einigen Metropolen zeitweise Kokain in Pulverform kaum auf dem Markt zu finden war, weshalb dort verstärkt Crack gebraucht wurde.

Die Bevölkerungsumfrage zum Konsum psychotroper Substanzen wurde im Jahr 2003 durchgeführt, Ergebnisse hierzu ebenso wie zur nationalen Jugendbefragung (Drogenaffinitätsstudie), einer Schülerstudie (ESPAD) und einer allgemeinen Gesundheitsstudie unter Jugendlichen (HBSC) in mehreren Bundesländern werden 2003 vorliegen.

Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage

Prävention hat ein hohes Gewicht, was auch im Aktionsplan Drogen und Sucht zum Ausdruck kommt. Deutschland verfügt über ein sehr entwickeltes Hilfesystem im Bereich Sucht, das medizinische, soziale und psychotherapeutische Elemente verbindet. Spezialisierte Einrichtungen bieten ambulante oder stationäre drogenfreie Behandlung, Entgiftung, Substitution und Maßnahmen zur Rehabilitation an.

Allein Substitutionsangebote erreichen schätzungsweise über 50.000 Heroinabhängige pro Jahr, rund 10.000 Rehabilitationsmaßnahmen werden für Drogen- und Mehrfachabhängige von der Rentenversicherung finanziert. Dabei nimmt die Bedeutung ambulanter Angebote allmählich zu, was aus inhaltlichen und ökonomischen Gründen schon seit langem gefordert wurde. Der einfache Übergang von Klienten zwischen den entsprechenden Einrichtungen ebenso wie die Kooperation anderer Stellen sind Kernforderungen der Politik. Durch Veränderungen der Rahmenbedingungen hat sich der Zugang zur Substitutionsbehandlung weiter vereinfacht, der administrative Aufwand für die Ärzte wurde etwas verringert.

Schlüsselthemen

Die Beobachtung und Bewertung von Ergebnissen neuer Strategien und Ansätze in der Drogenpolitik wird zunehmend systematischer betrieben. Neben dem herkömmlichen Vorgehen, entsprechende Expertenkommissionen zur Begutachtung zu bilden, wird für den

neuen Aktionsplan auch diskutiert, empirische Erfolgsmaße festzulegen. Details sind noch in der Planung.

Personen, die vor allem wegen ihres Cannabiskonsums in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen kommen, sind in diesem Jahr von besonderem Interesse. Etwa 9% aller Klienten ambulanter Beratungsstellen im Jahr 2002 weisen diese Problematik auf. Damit steht diese Gruppe nach Alkohol (67%) und Opiaten (14%) an dritter Stelle. Ein Vergleich der Absolutzahlen der Klientenzugänge pro Jahr zeigt seit 1994 eine Zunahme dieser Klienten um fast 500%. In der gleichen Zeit hat sich die Zahl für Alkoholklienten in diesen Einrichtungen nur um 50%, für Opiate nur um 60% erhöht.

Etwa jeder vierte Mann und jede fünfte Frau aus dieser Klientengruppe gebraucht Cannabis täglich, etwa 40% mindestens mehrmals pro Woche, ein Drittel hat allerdings auch gar kein Cannabis in den letzten 30 Tagen konsumiert. Einerseits kommt ein nicht unerheblicher Anteil von Klienten ausschließlich wegen Problemen bei der Erteilung eines Führerscheins oder wegen gerichtlicher Auflagen in die Einrichtungen, ohne weitergehende Probleme mit der Droge zu haben. Andrerseits ist eine erhebliche Zahl der Klienten in Hinblick auf Konsumhäufigkeit, Beikonsum und Folgen nicht unproblematisch. Spezifische Behandlungsangebote für Cannabisklienten sind selten. Eine laufende Studie zu diesem Themenbereich wird Anfang 2004 nähere Informationen liefern. In der Bevölkerung stehen rund 10 Millionen Menschen mit Cannabiserfahrung 1,5 Millionen gegenüber, welche die Substanz während der letzten 12 Monate mindestens 10 Mal konsumiert haben. Nach klinischen Maßstäben (DSM IV) abhängig von der Droge sind nach aktuellen Berechnungen rund 200.000 Personen.

Der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und anderen psychischen Störungen war das dritte Schwerpunktthema dieses Jahres. Aktuelle Studien zeigen die deutlichsten Zusammenhänge mit Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und psychotischen Erkrankungen. An vielen Stellen ist dabei die Art des Zusammenhangs nach wie vor ungeklärt, also die Frage, was wodurch verursacht wird. In vielen Fällen scheint der Drogenkonsum jedoch die weitere Entwicklung dieser Störungen negativ zu beeinflussen.

Behandlungsangebote für diese Gruppe nehmen nur langsam zu. Die üblichen Verfahren im Drogenbereich sind häufig für diese Klientengruppe zu ambitioniert und zu wenig flexibel, andererseits sind psychiatrische Einrichtungen oft mit den speziellen Problemen von Drogenabhängigen überfordert. Neben einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsplätzen ist auch das frühe Erkennen psychischer Störungen durch den Arzt oder Berater und die Vermittlung an entsprechende Stellen wichtig.

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 work has been performed 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 Central Office against Addiction cooperate. The German Reference Center for the European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction is funded 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 to download from www.dbdd.de .

Political strategies at national and regional level

In the last years, the formerly narrow drug policy concept has gradually evolved into a cross-substance 'addiction' policy which brings the common aspects of psychotropic substances more into the foreground of the interest of drug experts and politicians. The 'Action Plan Drugs and Addiction' which has been presented by the drug commissioner of the German Federal Government in June 2003 and which is supposed to serve as a framework for the national addiction policy for the next five to ten years, makes this approach clearly visible for the first time as part of an overall political concept.

The four pillars on which the addiction policy rests, are prevention, counseling and treatment of drug users, survival aides and harm reduction as well as repression and reduction of the supply especially of illicit drugs. With regard to prevention, the reduction of tobacco consumption forms the top goal. Counseling and treatment services are to be further developed and expanded. Here, quality assurance and development require a permanent effort. The intensification of the cooperation between various institutions involved such as emergency aid, psychosocial counseling but also counseling for young people is to make drug care more effective and efficient. Hereby, the specific needs of female drugs users are to be given special attention.

A series of legal framework conditions with regard to substitution have already been changed in order to facilitate access to these services and secure the quality of these measures. Together with other drug policy measures these changes are to be evaluated in the future with respect to their effectiveness.

While the German federal states support the national Addiction and Drug Plan in general, some however have shifted the focus of the plan or do not lend their support to individual initiatives.

Epidemiological situation

During the reference period, no new national epidemiological studies have been published for Germany. The last REITOX report includes an overview of the situation for the reference year 2000. However, police figures on drug seizures, most recent treatment statistics as well as first results yielded by the HBSC study do give an indication of current trends.

Heroin consumption appears to have stabilized, showing even a slight downward trend. As for cocaine - until a few years ago the secondary drug almost exclusively preferred by heroin users – the drug is meanwhile also on the increase with primary cocaine users. In fact, they tend now to outnumber heroin users in treatment facilities. However, treatment statistics show fewer problematic somatic or social impacts for patients using cocaine without taking any additional drugs than for primary heroin consumers. A more detailed analysis is currently under way. The clearest indications of the increase of the case figures can be found with cannabis. While the expansion of Ecstasy has stabilized, the use of amphetamines too has clearly increased compared to the previous year.

Most drugs are - at least for experienced drug users - relatively easy to procure in the whole of Germany. There are indications however, that cocaine in form of powder was temporarily hard to find on the market in some metropolitan areas leading to an intensified use of crack.

The population survey on the use of psychotropic substances was carried out in 2003; results hereto as well as the results of the national youth survey (drug affinity study), a school survey (ESPAD) and a general health survey among school children (HBSC) carried out in several German federal states will be presented in 2003.

Demand reduction measures

Prevention is given great importance finding its expression also in the Action Plan Drugs and Addiction. Germany has a very developed drug aid system combining medical, social and psychotherapeutic elements. Specialized facilities provide outpatient and inpatient drug-free treatment, detoxification, substitution and rehabilitation measures.

Substitution treatment alone reach an estimated 50 000 heroin addicts per year. About 10.000 rehabilitation measures for drug and poly-drug addicts are financed by the German pension insurance fund. Hereby, outpatient offers gain in importance which has been demanded for content-related and economic reasons for a long time. The easy transfer of clients between the respective facilities as well as the cooperation of other institutions involved are political core demands. Changes to framework conditions have further facilitated access to substitution treatment and have helped to slightly decrease the administrative work of physicians.

Key topics

The monitoring and evaluation of results yielded by new strategies and approaches of drug policy is done more and more systematically. Parallel to the established approach to resort to expert commissions for evaluation, it is also in discussion as part of the action plan to define empirical effectiveness measures. Details are still in the planning.

This year, particular attention is given to people who seek help from counseling and treatment centers because of cannabis use. This group accounts for about 9% of all clients of outpatient counseling centers in the year 2002 ranking third after alcohol (67%) and opiates (14%). A comparison between absolute figures of the admissions per year shows an increase of this group of clients since 1994 by almost 500%. In the same period of time, the number of alcohol clients has risen only by 50% and of opiate users only by 60%.

Approximately one man in four and one woman in five of this group of clients use cannabis daily, 40% of them at least several times a week and a third has not used cannabis at all in the previous 30 days. On the one hand, a not insignificant portion of clients approach the facilities exclusively because of problems with obtaining a driving license or because of obligations imposed by court without having further problems with the drug. On the other hand, a significant number of the clients do have considerable problems with respect to frequency of use, use of additional substances and effects of cannabis use. Treatment specifically geared to cannabis users is rare. A current study on this topic area will provide more detailed information at the beginning of the year 2004. In the population, about 10 million people have made experiences with cannabis while 1,5 million have used the substance at least 10 times during the previous 12 months. By clinical measures (DSM IV), about 200 000 people are dependant on the drug according to current calculations.

The connection between drug use and other psychic disorders was the third central topic of this year. Current studies show the most clear connections to anxiety syndromes, post-traumatic stress syndromes, personality disorders and psychotic illnesses. The type of connection remains very often unclear, i.e. the question ‘what is caused by what’ cannot be satisfyingly answered. In many cases however, drug use appears to have a negative impact on the further development of these disorders.

Treatment possibilities for this group increase only very slowly. On the one hand, common drug treatment procedures are often too ambitious and not flexible enough for this group of clients, on the other hand, psychiatric facilities are often not capable to deal with the specific problems of drug users. Equally important as sufficient treatment capacities are the early detection of psychic disorders by the physician or the consultant and the referral to the respective facilities.

TEIL I NATIONALE STRATEGIEN: INSTITUTIONELLE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

1 Entwicklungen in der Drogen- und Suchtpolitik

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. Zur Verdeutlichung werden deshalb zunehmend die Begriffe „Drogen- und Suchtpolitik“ oder nur noch „Suchtpolitik“ verwendet. Für die jährlichen Berichte der DBDD hat das zur Folge, dass mehr und mehr auch auf legale Substanzen und gemeinsame Strategien für legale und illegale Substanzen eingegangen werden muss. Eine Trennung ist an vielen Stellen aufgrund der politischen Entwicklung nicht mehr möglich. Dennoch wird entsprechend der Themenstellung des Berichts ausschließlich auf illegale Substanzen eingegangen, wo dies möglich ist.

1.1 Politische Rahmenbedingungen

1.1.1 Ziele und Schwerpunkte der nationalen Drogenpolitik

Das Amt der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gehört seit 1998 zum Bundesgesundheitsministerium. Die Drogenbeauftragte, Frau Caspers-Merk (Parlamentarische Staatssekretärin), ist zuständig für die Suchtpolitik des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung und koordiniert die Drogen- und Suchtpolitik der gesamten Bundesregierung. Basis sind dabei 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 Suchtmittel und ihre Risiken ein und berücksichtigt die europäische Entwicklung in den nationalen Maßnahmen.

Sucht wird dabei als eine Krankheit betrachtet, die der Behandlung bedarf. Die vorhandenen Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung sollen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung gestellt werden. Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen verhütet oder zumindest deutlich reduziert werden. Suchtprävention hat einen herausragenden Stellenwert. Vorhandene Maßnahmen und Hilfeangebote sollen ergänzt und qualitativ abgesichert werden.

1.1.2 Neue Initiativen und grundlegende Änderungen

Die aktuellen Ansätze und politischen Positionen im Umgang mit Drogen lassen sich für die nationale Ebene besonders deutlich an zwei Papieren ablesen, die im Jahr 2003 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung herausgegeben wurden. Während der „Drogen- und Suchtbericht 2003“ die alljährliche Stellungnahme zu dem Themenkreis beinhaltet, ist der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ langfristig angelegt. Die wichtigsten Aspekte der beiden Texte werden im folgenden dargestellt.

Drogen- und Suchtbericht 2003

Im April 2003 stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung den aktuellen Drogen- und Suchtbericht vor. In Anbetracht einer geschätzten Zahl von 40.000 bzw. 110.000 Todesfällen pro Jahr durch die legalen Substanzen Alkohol und Tabak wird diesen deutlich mehr Aufmerksamkeit als bisher gewidmet. Eine Reihe gesetzgeberischer Maßnahmen wurde in 2002 getroffen, um Probleme im Umgang insbesondere mit diesen Suchtmitteln zu reduzierten. So ist jetzt auch der Verkauf von Tabakwaren an Kinder unter 16 verboten, Werbeeinschränkungen und Warnhinweise zu Zigaretten wurden verschärft. Ein zentrales Ziel ist die Primärprävention des Tabakkonsums unter Jugendlichen. Während die Raucherquote in dieser Altersgruppe zur Zeit in den entsprechenden Erhebungen steigt, soll sie nach dem Willen der Bundesregierung von aktuell 28% in den nächsten Jahren auf 20% gesenkt werden. Die getroffenen gesetzlichen Maßnahmen ebenso wie die fachliche Unterstützung der Suchtprävention sollen hierzu beitragen.

Tabakkonsum steht in den meisten Fällen am Beginn auch der Entwicklung von Problemen mit illegalen Drogen. Drogenprävention ist damit immer zunächst Prävention des Tabakkonsums. Die hier genannten Ziele setzen damit implizit präventive Schwerpunkte auch für Menschen mit Drogenproblemen. Daneben stehen einige spezifischere Ziele in Bezug auf Drogenprobleme:

- ausgehend vom aktuellen Forschungsstand zu den Konsumrisiken von Ecstasy soll den Partygängern ein kritischeres Bild der Substanz vermittelt werden. Als ergänzendes Medium ist dabei in den letzten Jahren zunehmend das Internet genutzt worden.
- Die oft extrem schwierige Lage von Drogenabhängigen auf dem Arbeitsmarkt soll verbessert werden. Veränderungen in der Betreuung dieser Gruppe durch die Arbeitsämter soll ihre Jobchancen erhöhen und die soziale (Re-)Integration möglich machen.

Diese Aktivitäten profitieren von einer Reihe von grundsätzlichen Ansätzen in der gesundheitspolitischen Arbeit. So soll eine stärkere Verknüpfung unterschiedlicher Arbeitsbereiche – insbesondere der Jugendarbeit und der Suchthilfe – bessere und effizientere Hilfeangebote als bisher ermöglichen. Die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse von Abhängigen („gender mainstreaming“) sollen durch geeignete strukturelle und personelle Maßnahmen berücksichtigt werden.

Eine Reihe von weiteren Punkten des Sucht- und Drogenberichts, die sich spezifisch auf die Alkoholproblematik beziehen, werden hier wegen der Ausrichtung des REITOX Berichts auf illegale Drogen nicht dargestellt.

Aktionsplan Drogen und Sucht

Im Juni 2003 hat das Bundeskabinett den von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorgelegte „Aktionsplan Drogen und Sucht" gebilligt. Er soll für die nächsten 5-10 Jahre als Rahmenplan für die Suchtpolitik dienen und tritt dabei an die Stelle des „Rauschgiftbekämpfungsplans" aus dem Jahr 1990. Er soll 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). Gegenüber dem Plan aus dem Jahr 1990 ist vor allem die starke Berücksichtigung legaler Suchtmittel sowie die Einbeziehung neuer Elemente in der Versorgung (Internetangebote, Konsumräume) festzustellen. Neben einer Reihe von Zielen, die durch die Prävention des Tabakkonsums indirekt auch auf den Konsum illegaler Drogen einwirken, bezieht sich der Plan auch spezifisch auf Drogen. So wird unter Hinweis auf die besonderen Infektionsrisiken insbesondere bei Hepatitis C und 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.

Prävention

Ein stärkeres Gewicht soll die Sekundärprävention zur Schadensminimierung insbesondere bei Mischkonsum und anderen besonders riskanten Konsummustern bei Jugendlichen erhalten. Die Rahmenbedingungen präventiver Arbeit sollen durch Hilfen zur Qualitätssicherung verbessert werden. Die finanzielle Beteiligung weiterer Zuwendungsgeber soll erschlossen werden. Mit der Tabakindustrie wurden entsprechende Vereinbarungen getroffen, mit der Sozialversicherung stehen sie in der Diskussion. Das Sponsering präventiver Maßnahmen durch die Alkohol- und Tabakindustrie wird in Deutschland kontrovers diskutiert.

Zur Umsetzung dieser Pläne werden die bisherigen Methoden und Ansätze weiterentwickelt. (Leitlinien, Wettbewerbe, Pressearbeit). Dabei wird die Unterstützung verschiedener Institutionen und ihrer Mitarbeiter gesucht: Kindergärten, Jugendhilfe, Gesundheitsämter und niedergelassene Ärzte. Diese Personengruppen sollen hierfür motiviert und mit den notwendigen Informationen und Materialien versehen werden, um diese Aufgabe besser erfüllen zu können als bisher. Die vermehrte Zusammenarbeit mit Sportvereinen, aber auch mit der Werbebranche ist ebenfalls vorgesehen.

Überlebenshilfen und Schadensreduzierung

Konsumrisiken sollen für Drogenkonsumenten durch Aufklärung sowie durch spezielle Angebote – insbesondere Konsumräume – so weit als möglich reduziert werden. Auch die Hilfe für Alkoholkranke verwendet Methoden der Überlebenshilfe und Schadensminimierung. Um die Zahl der Todesfälle und gesundheitlichen Schäden durch Alkoholmissbrauch zu reduzieren sind Case Management und bessere Kooperation zwischen unterschiedlichen Hilfebereichen (Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, medizinische Versorgung) gefragt. Das Konzept der Schadensreduzierung wird damit inzwischen sehr deutlich auch im Bereich legaler Suchtmittel verfolgt.

Behandlung

Der Zugang zu Hilfen soll durch eine einheitliche Telefonnummer für die Drogenhotline verbessert werden. Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sollen verbessert werden. Zur Qualitätssicherung sind Gütesiegel, einheitliche Katamnese-standards und Kompetenznetzwerke im Gespräch. Klienten, die neben der Suchtproblematik psychische Störungen aufweisen, dient ein besonderes Augenmerk, da hier bisher oft nur unzureichende Betreuungsangebote bestehen. 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 finanziell gefördert werden. Die substitutionsgestützte Behandlung soll verstärkt durch psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen ergänzt werden. Die Ergebnisse des Modellversuchs zur heroingestützten Behandlung sollen nach Auswertung bei der Weiterentwicklung der Hilfen berücksichtigt werden.

Strafverfolgung

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

Evaluation und Weiterentwicklung

Rechtliche Vorgaben für den Umgang mit dem Drogenproblem finden sich in Form von Gesetzen und Richtlinien. Es ist vorgesehen, die Konsequenzen einzelner Entscheidungen zu verfolgen und zu analysieren.

Bei der Substitutionsbehandlung wurde das Verfahren zum 28.10.2002 im Rahmen der BUB-Richtlinien deutlich vereinfacht. Der Kreis der Personen, denen ein Zugang zur Substitutionsbehandlung erlaubt wird, wurde auf alle manifest Opiatabhängigen ohne weitere

Einschränkungen erweitert. Die Aufnahme der Behandlung macht keinen Antrag des Arztes bei der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung mehr notwendig. Es muss jedoch eine Meldung an diese Stelle erfolgen, welche stichprobenartig Qualitätskontrollen bei durchgeführten Behandlungen vornimmt. Zudem ist eine Meldung an das nationale Substitutionsregister mit den Angaben zu Patient, Substitutionsmittel und Arzt notwendig.

Für eine Reihe von Zielen, die in dem vorliegenden Programm genannt wurden, sollen Maßnahmen und Indikatoren zur Ergebnismessung definiert werden.

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.

Neben der besonderen Bedeutung der Alternativen Entwicklungszusammenarbeit zwischen Deutschland und den Produktionsländern von Heroin und Kokain betont der Plan die besondere Bedeutung der Zusammenarbeit im Rahmen der Europäischen Union (Drogenaktionsplan 2000-2004), EBDD, Europol und UNDCP.

Modellprogramme und Forschungsprojekte

Eine Reihe von regionalen und lokalen Modellprojekten wurden mit Integrationsmitteln des Bundesministeriums des Inneren finanziell unterstützt, um suchtgefährdete jugendliche Aussiedler besser zu erreichen. Das Projekt zur „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FreD)“ wurde vom BMGS in Kooperation mit vielen Bundesländern fortgeführt. Die Ergebnisse aus dem Projekt sollen in anderen Regionen im Laufe des Jahres 2003 übertragen, die entsprechenden Erfahrungen für zukünftige Anwendungen genutzt werden.

Die mediengerechte Aufbereitung von Präventionsinhalten ist ein zentrales Thema bei der Website www.drugcom.de , bei der Selbsttests ebenso wie der Zugang zu individueller Beratung für insbesondere junge Menschen mit Suchtproblemen angeboten werden. Das Projekt wird von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Das BMGS förderte 2002 eine Reihe von Forschungsprojekten, die insbesondere der Verbesserung der Prävention und Behandlung von Abhängigen dienen sollten. Ergebnisse wurden zur Evaluation von Drogenkonsumräumen (ZEUS 2002) und zu Abhängigkeits-erkrankungen bei Frauen (Zenker 2002) vorgelegt. Laufende Projekte beschäftigen sich mit den besonderen Erkrankungsrisiken bei Kindern von Abhängigen und Möglichkeiten zur Hilfe. Neue Ansätze zur Behandlung von Schwerstabhängigen, die bisher kaum durch die Hilfeangebote erreicht werden, sollen in der Studie zur „Heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“ untersucht und evaluiert werden. Die Studie hat im März 2002 begonnen, insgesamt sollen 1.120 Patienten an der Studie teilnehmen.

Weitere Forschungsmittel werden im Rahmen des „Förderschwerpunkts Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Forschung Bildung zur Verfügung gestellt. Der Fokus liegt dabei in den Bereichen Alkohol und Tabak. Die Bildung von Verbünden aus Wissenschaft und Praxis und der Wissenstransfer sind ebenfalls wichtige Themen.

1.1.3 Koordination

Im Rahmen der föderalen Struktur Deutschlands liegt für die Bereiche Gesundheit und Strafverfolgung die Verantwortung einschließlich der Finanzierung in erster Linie bei den Bundesländern. Die Bundesregierung entwickelt im Bereich Sucht und Drogen auf nationaler Ebene die Gesamtstrategie in Kooperation mit den Bundesländern und definiert die umfassenden drogenpolitischen Ziele Sie tut dies einerseits durch die Erarbeitung von nationalen Aktionsplänen (Aktionsplan Drogen und Sucht), andererseits durch die Betäubungsmittel – Gesetzgebung (BtMG). Eine weitere Möglichkeit liegt in der Durchführung von Modellprojekten. Sie dienen dazu, neue Methoden und Organisationsformen zeitlich befristet zu erproben. Prävention wird insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine nachgeordnete Behörde des BMGS, in unterschiedlichsten Bereichen gefördert.

Implementierung des Aktionsplans

Bei der Erstellung des Aktionsplans Drogen und Sucht waren viele Personen und Institutionen bei Ländern, Verbänden und anderen gesellschaftlichen Gruppen beteiligt. Die Umsetzung des Aktionsplans soll durch einen Drogen- und Suchtrat begleitet werden, in dem alle für den Suchtbereich relevanten gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen beteiligt sind. Die Beteiligten sollen darauf hinwirken, dass die Maßnahmen in den jeweiligen Verantwortungsbereichen umgesetzt werden, der Drogen- und Suchtrat überprüft dies. Der Plan soll vor allem wirksam werden durch Kooperationen (mit Sportverbänden, Massenmedien, Jugendhilfe, Schulen und Kindergärten).

Die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder hat den Aktionsplan zur Kenntnis genommen und eine Reihe von Detailzielen unterstützt. Einzelne Bundesländer machten jedoch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen deutlich, die sich insbesondere auf Konsumräume, heroingestützte Behandlung sowie die Begrenzung von Werbung für Alkohol- und Tabakprodukte beziehen. Die Umsetzung des Plans, einzelne Schwerpunktsetzungen, aber auch der Ausbau oder Umbau von Hilfeangeboten liegen in weiten Teilen in der Verantwortung der Bundesländer und Kommunen. Aufgrund massiver finanzieller Probleme kann nicht mit einem Ausbau der Angebote gerechnet werden. Vielmehr kommt es in Einzelfällen bereits zu einer Reduzierung von Hilfeangeboten.

1.2 Die Rechtslage

1.2.1 Wesentliche Änderungen der Gesetzeslage in Bezug auf die Reduzierung der Nachfrage

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

- Anlage I: Nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel (z.B., MDMA, Heroin).
- Anlage II: Betäubungsmittel, die verkehrsfähig, aber nicht verschreibungsfähig sind (z.B. Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), Dexamphetamin).
- Anlage III: Betäubungsmittel, die verkehrs- und verschreibungsfähig sind (z.B. Amfetamin, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, LAAM, Morphin und Opium).

Im Rahmen medizinischer 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.

Eine wesentliche Änderung des BtMG fand im Berichtszeitraum nicht statt. Die letzten Änderungen in der BtMVV sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Aktuelle Änderungen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften

Datum des Inkrafttretens	BtMÄndV	Änderungen
19.06.2001/ 01.07.2002	15. BtMÄndV	Regelung über die suchttherapeutische Qualifikation substituierender Ärzte Einführung eines zentralen Melderegisters für das Verschreiben von Substitutionsmitteln Substitutionsmittel werden um Buprenorphin und Levacetylmethadon ergänzt
28.11.2001	16. BtMÄndV	Aufnahme von Isocodein in Anlage II des Betäubungsmittelgesetzes Aufnahme von Zolpidem und gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) in jeweils eingeschränkter Form, abhängig von der Menge der im Präparat enthaltenen Wirksubstanz und der Verabreichungsform in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes
12.02.2002	17. BtMÄndV	Ester und Ether von GHB wurden in Anlage II ausgenommen

[1]BtMÄndV: Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung

1.2.2 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Nachfragereduzierung

Die Sozialgesetzbücher definieren die Rahmenbedingungen für die Übernahme der Kosten für die Behandlung der 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. Mit der Verabschiedung des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und seinem Inkrafttreten am 01.07.2001 wurden suchtkranken Menschen zusätzliche Rechte eingeräumt und Verantwortlichkeiten von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern besser abgeklärt und abgestimmt. Darüber hinaus wurden die Anforderungen an Behandlungseinrichtungen teilweise neu gefasst und die Übergänge zwischen einzelnen Leistungsformen (ambulant, teilstationär und stationär) erleichtert.

1.2.3 Weitere wichtige Projekte

1.2.4 Gesetzgebung zum grenzüberschreitenden Verkehr

Zur besseren Kontrolle von Vorläufersubstanzen zur Herstellung illegaler Drogen wurde in der Europäischen Union sowie in Deutschland die Überwachung des Binnen- und Drittlandhandels mit Grundstoffen gesetzlich geregelt (Grundstoffüberwachungsgesetz 1974, zuletzt geändert 2002).

1.3 Die Rechtswirklichkeit

1.3.1 Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Das Betäubungsmittelgesetz gibt in seiner aktuellen Form weitgehende Möglichkeiten, Strafverfahren bereits durch den Staatsanwalt einzustellen. Es gab in der Vergangenheit viele Hinweise auf eine unterschiedliche Rechtspraxis in verschiedenen Bundesländern. Eine frühere Studie (Aulinger 1997) zeigte eine relativ einheitliche Strafverfolgungspraxis in Bezug auf Cannabisbesitz für den Eigenkonsum. Auf dem Hintergrund starker Veränderungen in der Zwischenzeit wird die Situation derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erneut überprüft. Dabei soll gleichzeitig der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen substanzielle Sanktionen auf das Drogenkonsumverhalten haben.

Für zwei besondere gesetzliche Regelungen soll möglicherweise einer Evaluation durchgeführt werden: §§35 ff BtMG ermöglicht seit 1982 die Aufnahme einer Therapie unter Aussetzung der Haftstrafe („Therapie statt Strafe“). Von der Möglichkeit wird häufig Gebrauch gemacht. Allerdings wird nicht selten die Zurückstellung aufgehoben, d.h. der Drogenkonsument geht aus der Therapie wieder in die Strafe zurück. Die Ursachen hierfür sind nicht bekannt.

§31a BtMG erlaubt es, unter bestimmten Bedingungen bei Drogenbesitz für den Eigenkonsum von einer Strafverfolgung abzusehen. Da keine einheitlichen Grenzwerte zu den kritischen Stoffmengen in den Bundesländern existieren, ist die Übereinstimmung der Rechtspraxis unklar.

Ein Forschungsprojekt der Bundesanstalt für Straßenwesen untersucht zur Zeit die Auswirkungen der neuen gesetzlichen Grundlage vom 1.1.1999 für die Überprüfung von Führerscheinbewerbern in Hinblick auf Drogenbesitz und Fahren unter Drogeneinfluss.

Die Bundesregierung hat die substitutionsgestützte Behandlung grundlegend neu geregelt. Damit wurden spezielle fachliche Standards für den behandelnden Arzt festgelegt sowie auf einen umfassenden Therapieansatz hingewiesen. Auf Wunsch der Bundesregierung hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinien über die Bewertung von ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden („BUB-Richtlinien“) in Hinblick auf die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen am 28.10.2002 den Gesetzesänderungen und dem aktuellen medizinischen Wissensstand angepasst. Ein wichtiger Punkt war dabei, dass Substitutionsbehandlung bei einer manifesten Opiatabhängigkeit auch ohne dem Vorliegen zusätzlicher schwerer Begleiterkrankungen indiziert sein kann. Diese Richtlinien gelten für alle Behandlungen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden

1.3.2 Politik der Strafverfolgung

Eine Änderung der Prioritäten und Ziele bei der Strafverfolgung ist national nicht zu erkennen. Entsprechende Studien oder Statistiken zu diesem Thema liegen derzeit nicht vor. Grundsätzlich liegt der Schwerpunkt der Strafverfolgung bei Drogenhandel und Schmuggel. Der großen Zahl von Konsumdelikten steht eine ebenfalls große Zahl von Einstellungen von Verfahren gegenüber.

1.4 Entwicklung der öffentlichen Meinung und Diskussion

1.4.1 Öffentliche Wahrnehmung von Drogenthemen

Aktuelle Meinungsumfragen belegen, dass die Mehrheit der Bevölkerung weiterhin gegen eine weitgehende Liberalisierung eingestellt ist. 62%, das ergab eine repräsentative EMNID-Umfrage im August 2001, sind für die Beibehaltung des derzeitigen Cannabisverbots. Betrachtet man dieses Ergebnis differenziert nach Altersgruppen, so ist zu sehen, dass der Anteil der Befürworter dieses Ansatzes zwar mit rund 40% bei den Jüngeren niedriger liegt als bei den Älteren; aber selbst in dieser Gruppe ist nur etwa jeder Vierte für einen legalen Handel mit Cannabis für Erwachsene. Weitere Details zu dieser Umfrage finden sich im REITOX-Bericht des Vorjahres.

1.4.2 Öffentliche Debatten zum Thema Drogen

Trotz des allgemein geringen Interesses an Drogenpolitik in der Bevölkerung kam in den letzten Jahren das Thema „Legalisierung von Cannabiskonsum“ auch in Deutschland in der öffentlichen Diskussion immer wieder auf. Einzelne Gruppen haben Kampagnen zur Legalisierung gestartet, u.a. mit gezielten Ansprachen von Meinungsführern über das Internet. Im Februar 2002 haben sich im Rahmen einer internationalen Konferenz in Brüssel politische Entscheidungsträger und Wissenschaftler aus fünf europäischen Ländern (einschließlich Deutschland) getroffen, um sich über den aktuellen Stand der Forschung zu informieren. In einigen zentralen Aussagen stimmt der Abschlusstext u.a. mit den Ergebnissen einer neueren französischen Studie (INSERM 2001) überein. Ein Tagungsband zu dem Treffen liegt vor (Spruit 2002; Ministry for Health Belgium, 2002). Derzeit wird die Kooperation auf der Basis eines Aktionsplanes zur Cannabisforschung fortgesetzt.

Aktivitäten zur Legalisierung bzw. Entpönalisierung von Cannabis finden zurzeit relativ wenig öffentliches Interesse außerhalb der entsprechenden Interessengruppen. Kaum eine der politischen Parteien und kaum ein bekannter Politiker nimmt sich des Themas intensiv an. Die öffentliche Debatte wird von Fragen der Wirtschaft, Arbeitslosigkeit und Kosten der Gesundheitsvorsorge beherrscht.

1.4.3 Drogen in den Medien

Die Diskussion um den Einsatz von Cannabis als Medikament ist nach wie vor im Gange. Die Zulassung neuer Cannabispräparate in den Niederlanden fand ein interessiertes Echo in den Medien.

1.5 Haushaltsmittel und finanzielle Regelungen

1.5.1 Direkte Finanzierung von Drogen bezogenen Themen

Durch eine Umstellung bei der Erfassung und Zusammenfassung von Informationen der Bundesländer stehen für das Bezugsjahr 2002 keine aktuellen Finanzdaten der Länder zur Verfügung. Für die Rentenversicherung liegen Daten zum Jahr 2001 vor.

Für Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs standen dem Bundesministerium für Gesundheit im Haushaltsjahr 2002 Mittel in Höhe von insgesamt 13,6 Mio. € (2001: 13,6; 2000: 13,9; 1999: 12,3) zur Verfügung. Der Bereich schließt legale und illegale Substanzen mit ein. Finanzdaten allein zu illegalen Drogen liegen nicht vor. Die meisten Mittel wurden mit ca. 6 Mio. € für Präventionsmaßnahmen vorgesehen. Modellprojekte wurden mit 5 Mio. € aus Bundesmitteln gefördert. Forschung und Erhebungen im Bereich „Drogen und Sucht" wurden mit ca.1 Mio. € aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit unterstützt. Die Arbeit der DBDD sowie Erhebungen im Zusammenhang mit den Kernindikatoren (Umfragen, Behandlung) wurden mit insgesamt rund 0,5 Mio. € gefördert.

Kosten im Zusammenhang mit (sekundären) Erkrankungen und körperlicher Entgiftung werden in der Regel durch Krankenversicherungen getragen. Stationäre und ambulante

medizinische Rehabilitation werden von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Im Jahre 2001 betrugen die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) zur Rehabilitation und sonstige Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) insgesamt ca. 493 Mio. €. Während der größte Teil der Kosten auf stationäre Leistungen (77%) und Übergangsgeld (15%) entfällt, spielen Hilfsmittel (3%), ambulante (3%) oder sonstige ergänzende Leistungen (2%) nur eine untergeordnete Rolle. Angaben der GRV über die Verteilung der Fälle nach alkohol-, medikamenten- und drogenbezogenen Problemen erlauben eine grobe Schätzung, dass Drogenabhängigkeit rund 24% dieser Gesamtkosten verursacht (Tabelle 2).

Tabelle 2: Haushaltsmittel für Drogen und Sucht in Deutschland 2001/2002

Institution	Aufgabenfeld	(in Mio. €)	
		Suchtmittel (nicht näher spezifiziert)	Drogen- und Mehrfachabhängigkeit[1]
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung[2]	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	6,1	
	Modellmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	5,0	
	Zuschüsse zu den Kosten für Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	1,0	
	Zuschüsse für zentrale Einrichtungen und Verbände	1,0	
	Förderung der nationalen Informationsknotenstelle im Bereich Sucht	0,5	
Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)[3]	Stationäre Leistungen	379,2	100,5
	Ambulante Leistungen	14,5	1,5
	Übergangsgeld	75,9	18,0
	Hilfsmittel	14,3	3,4
	Sonstige ergänzende Leistungen	9,3	2,2

Im Jahre 2001 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente und Drogen in insgesamt 9.767 Fällen Leistungen (vor allem für stationäre, teilweise auch ambulante Entwöhnungsbehandlungen) bewilligt. Der größte Anteil davon (7.041) fällt dabei auf die Kategorie „psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper

[1] Umrechnungsfaktor berechnet aus dem Anteil der abgeschlossenen Entwöhnungen wegen Drogen- und Mehrfachabhängigkeit an allen abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen, die im Jahr 2001 durch die gesetzlichen Rentenversicherungen finanziert wurden (VDR-Statistik Rehabilitation 2001 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)

[2] Quelle: persönliche Mitteilung des BMGS 2003

[3] VDR-Statistik Rehabilitation 2001 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)

Substanzen“, die multiplen Konsum sowie andere, nicht spezifizierte Substanzen umfasst. Daneben spielen durch Opioide verursachte Probleme mit 1.906 Fällen eine bedeutende Rolle (Tabelle 3).

Tabelle 3: Finanzielle Leistungen der Rentenversicherung

Leistungen für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch ...	Anzahl der Leistungen
Opioide	1906
Cannabinoide	299
Sedativa oder Hypnotika	243
Kokain	258
Halluzinogene	13
flüchtige Lösungsmittel	7
multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	7041

Datenquelle: VDR-Statistik Rehabilitation 2001 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)

1.5.2 Direkte Finanzierung von Drogenthemen in verschiedenen Bereichen

Über die Darstellung in Kapitel 1.5.1 hinaus ist keine weitere Differenzierung der eingesetzten Mittel für den Bezugszeitraum möglich.

1.5.3 Ergebnisse nationaler Umfragen zu Ausgaben

Es wurden keine Umfragen zur Erfassung finanzieller Leistungen im Bezugszeitraum durchgeführt.

TEIL II EPIDEMIOLOGISCHE SITUATION

2 Prävalenz, Konsummuster und Entwicklungen des Drogenkonsums

2.1 Wesentliche Entwicklungen und Trends

2.1.1 Überblick über die wichtigsten Charakteristika der Drogensituation

Die weiter unten dargestellten Ergebnisse lassen mehrere Typen von Drogenkonsumenten erkennen, wenngleich diese nicht immer eindeutig voneinander zu trennen sind:

- Personen, die Drogen nur wenige Male probieren und dann den Konsum einstellen
- Personen, die primär Cannabis zumindest in einer Lebensphase ab und zu konsumieren. Häufig leben sie wenig auffällig ohne offensichtliche Probleme und gebrauchen keine weiteren illegalen Drogen.
- Junge Konsumentengruppen mit multiplem Drogenkonsum, die weniger festgelegt sind, was die Wahl der Substanz angeht. Cannabis steht an erster Stelle, aber Ecstasy und Amfetamin werden ebenfalls häufig konsumiert. Diese Gruppe ist zumindest teilweise mit der Raver-Szene verknüpft, in deren Umfeld (z.B. auf Techno- und Rave-Parties) MDMA besonders häufig anzutreffen ist. Andere Drogen haben hier inzwischen ebenfalls Einzug gehalten. Insbesondere ist eine Zunahme von Kokain zu konstatieren.
- Die Gruppe mit den schwierigsten Rahmenbedingungen und den gravierendsten Folgen des Drogenkonsums sind nach wie vor die Heroinabhängigen. Sie weisen einen erheblichen Parallelkonsum von Cannabis, Kokain, Alkohol und ersatzweise missbrauchten Medikamenten auf.
- Konsumenten von Kokain, die darüber hinaus keine weiteren Drogen einnehmen, sind zahlenmäßig häufiger anzutreffen als Heroinkonsumenten. Sie sind jedoch, gemessen an Informationen aus Krankenhäusern, Beratungsstellen und anderen sozialen Institutionen deutlich weniger auffällig als Heroinkonsumenten. Neben Ergebnissen aus Umfragen in der Allgemeinbevölkerung sind es vor allem die im Vergleich zu Heroin höheren Beschlagnahmungsmengen, die für eine vergleichsweise weite Verbreitung dieser Droge sprechen.

2.1.2 Neue Trends

Während bis vor einigen Jahren Kokain fast ausschließlich die bevorzugte Sekundärdroge von Heroinkonsumenten war, zeigt sich inzwischen auch eine Zunahme von primären Kokainkonsumenten. Ihre Zahl liegt heute höher als die der Heroinkonsumenten. Kokainkonsum ist sehr viel stärker in städtischer oder großstädtischer Umgebung verbreitet. In den neuen Ländern ist der Gebrauch von Kokain noch selten.

Allerdings zeigen die Behandlungsstatistiken bei Personen, die Kokain ohne den Gebrauch weiterer Drogen einnehmen, verglichen mit Heroinkonsumenten, weniger problematische somatische oder soziale Folgen. Eine vertiefende Untersuchung ist im Augenblick im Gange.

Die deutlichsten Zuwächse finden sich bei Cannabis. Aktuelle Zahlen der Polizei zu Sicherstellungen deuten auf eine weitere Zunahme hin. Erste Ergebnisse einer Schulumfrage (HBSC) zeigen für etwa 15-Jährige männliche Schüler der 9.Klassen eine Zunahme des Prävalenz des Konsums im letzten Jahr von 17% auf 22%, während die Zahl für Mädchen bei 15% stabil blieb. Die Verbreitung von Ecstasy hat sich stabilisiert, während Amfetamin deutlich zugenommen hat.

2.1.3 Drogentrends im weiteren Kontext

Die meisten Drogen sind zumindest für Drogenerfahrene in ganz Deutschland relativ leicht verfügbar. Es gibt allerdings Hinweise, dass in einigen Regionen Kokain in Pulverform kaum auf dem Markt zu finden war, weshalb dort **zeitweise** verstärkt Crack gebraucht wurde.

2.2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.2.1 Die wichtigsten Ergebnisse in der Allgemeinbevölkerung und bei Jugendlichen und Schülern

Für den Berichtszeitraum liegen keine neueren Daten und Erhebungen vor. Es werden deshalb nur die wichtigsten Quellen beschrieben und einige Basisdaten aus den letzten Umfragen wiederholt. Mehr Details finden sich in den REITOX Berichten der Vorjahre.

Datenquellen

Epidemiologische Quellen zum Drogenkonsum und zu den Konsumenten liegen in Deutschland vor allem durch regelmäßige repräsentative Umfragen und Prävalenzstudien vor.

Die Drogenaffinitätsstudie ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Konsums, der Konsummotive und der situativen Bedingungen des Gebrauchs von Tabak, Alkohol und illegalen Rauschmitteln bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die nächste Erhebung wird 2004 statt finden.

Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland ist eine schriftliche Befragung zum Gebrauch psychotroper Substanzen und ihrer Konsequenzen, zu ihrer Bewertung und zu anderen Rahmendaten. Sie wird auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren in Abständen von 3-4 Jahren durchgeführt. Die letzte Erhebung fand 2003 statt. Erste Ergebnisse zu dieser Befragung werden Anfang 2004 zur Verfügung stehen.

Die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen haben sich in diesem Jahr an ESPAD, der internationalen Schulumfrage zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, beteiligt. Aktuelle Ergebnisse werden für den nächsten REITOX Bericht zur Verfügung stehen (vgl. 8.2.6).

Im Rahmen der HBSC Studie waren vier Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen, Hessen) an einer Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern beteiligt. Bei der aktuellen Erhebung 2001/2002 wurden auch Angaben zum Konsum illegaler Drogen erfasst. Ergebnisse stehen für den nächsten REITOX Bericht zur Verfügung.

Im Auftrag einiger Bundesländer werden in unregelmäßigen Abständen Prävalenzstudien auch auf regionaler oder lokaler Ebene durchgeführt, die sich unter anderem auf Ausmaß und Folgen des Konsums einer bestimmten Substanz, Gebrauchsmuster oder Merkmale einer bestimmten Konsumentengruppe konzentrieren. In Sachsen-Anhalt wurde bereits zum zweiten Mal die Studie zur modernen Drogen- und Suchtprävention (MODRUS II) durchgeführt, eine dritte Erhebung ist für Herbst 2003 geplant. Gefragt wurde unter anderem nach Gebrauchsformen, Einstellungen etc. zu Drogen und Sucht (Böttcher et al. 1999).

Aufgrund der dargestellten Datenlage werden im Folgenden nur die wichtigsten Eckdaten dargestellt. Mehr Einzelheiten finden sich im letzten deutschen REITOX Bericht für das Berichtsjahr 2001.

Lebenszeitprävalenz

Die aktuelle Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen zeigt, dass 19,8% der befragten 18- bis 59-jährigen Erwachsenen mindestens ein Mal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert haben (Lebenszeit-Prävalenz), 21,8% in den alten Bundesländern und 11% in den neuen Bundesländern (Kraus & Augustin 2001). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies etwa 9,4 Millionen erwachsenen Personen mit Drogenerfahrung. Männer haben mit 23,4% deutlich mehr Drogenerfahrung als Frauen mit 16,0%. In der Gruppe der jüngeren Erwachsenen (18 bis 39 Jahre) beträgt der Anteil von Personen mit Drogenerfahrungen in Westdeutschland sogar 29,5%.

In den neuen Bundesländern liegt die Prävalenzrate in dieser Altergruppe bei 19%. Mehr als ein Viertel der bundesdeutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) hat in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal Erfahrung mit illegalen Drogen gemacht (Tabelle 4).

12-Monatsprävalenz

Drogenerfahrung bedeutet in sehr vielen Fällen einen einmaligen oder seltenen Konsum von Drogen. Nachdem die Droge „probiert“ wurde, wird der Konsum in den meisten Fällen im Lauf der nächsten Jahre wieder völlig eingestellt. Der Konsum im Lebenszeitraum ist deshalb nur ein grober Indikator für das Ausmaß des Drogenkonsums 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 vor der Befragung ist daher ein besserer Indikator, um Anhaltspunkte über die aktuellen Konsumentenzahlen zu gewinnen (12-Monats-Prävalenz).

In den neuen Ländern geben mittlerweile etwa 5,2% der Erwachsenen zwischen 18 und 59 Jahren an, innerhalb der vergangenen zwölf Monate illegale Drogen konsumiert zu haben. 13% der Befragten 12- bis 25-Jährigen gaben in der Drogenaffinitätsstudie 2001 an, illegale Drogen konsumiert zu haben (BZgA 2001) (Tabelle 4).

30-Tage-Prävalenz

Im Rahmen der Repräsentativerhebung gaben 3,6% der befragten Erwachsenen in den alten Bundesländern und 2,6% in den neuen Bundesländern an, in den letzten 30 Tagen vor der schriftlichen Befragung illegale Drogen konsumiert zu haben (Kraus & Augustin 2001). Für Jugendliche liegen diese Angaben nicht vor (Tabelle 4).

Tabelle 4: Prävalenz illegaler Drogen in Deutschland

Quelle	Alters-gruppe	West	Ost	Gesamt	Population pro Altersgruppe	Umrechnung Gesamt-bevölkerung
Lebenszeit-Prävalenz						
DAS ’01	12-18	k.A.	k.A.	17%	≈ 5 530 000	≈ 940 000
BUND ’00	18-39	29,5%	19,0%	27,6%	≈ 25 726 000	≈ 7 100 000
BUND ’00	18-59	21,8%	11,0%	19,8%	≈ 47 640 000	≈ 9 433 000
DAS ’01 BUND ’00	12-59	k.A.	k.A.	19,5%	≈ 53 170 000	≈ 10 373 000
12-Monats-Prävalenz						
DAS ’01	12-18	k.A.	k.A.	11%	≈ 5 530 000	≈ 608 000
BUND ’00	18-39	11,0%	9,5%	10,7%	≈ 25 726 000	≈ 2 753 000
BUND ’00	18-59	6,5%	5,2%	6,0%	≈ 47 640 000	≈ 2 858 000
DAS ’01 BUND ’00	12-59	k.A.	k.A.	6,5%	≈ 53 170 000	≈ 3 467 000
30-Tage-Prävalenz						
BUND ’00	18-39	7,9%	3,8%	5,9%	≈ 25 726 000	≈ 1 518 000
BUND ’00	18-59	3,6%	2,6%	3,3%	≈ 47 640 000	≈ 1 572 000
DAS ’01 BUND ’00	12-59	k.A.	k.A.	k.A.	≈ 53 170 000	k.A.

Quelle: Drogenaffinitätsstudie 2001 (BZgA 2001); Repräsentativerhebung 2000 (Kraus & Augustin 2001)

1.) Statistisches Bundesamt 2001 (Stand 31.12.2000), (Zahlen wurden zur besseren Übersicht gerundet)

2.) Umrechnung auf die Gesamtbevölkerung kann nur als grobe Annäherung verstanden werden. Die Zahlen wurden gewichtet und zur besseren Übersicht gerundet

Cannabis

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. 21,4% aller befragten Westdeutschen und 10,8% aller Ostdeutschen (18 bis 59 Jahre) haben in ihrem Leben mindestens einmal diese Droge konsumiert (Kraus & Augustin 2001). Am häufigsten wird Cannabis von 18 bis 29-jährigen westdeutschen Männern gebraucht (Lebens-zeitprävalenz: 40,4%; 12-Monats-Prävalenz: 21,1% und 30-Tage-Prävalenz: 13%).

Eine aktuelle Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülern (HBSC) ergab, dass in der 9.Klasse 22% der männlichen (1997/98: 17%) und 15% der weiblichen (1997/98:15%) Probanden in letzten Jahr vor der Befragung Cannabis konsumiert haben.

Amfetamin

Im Lebenszeitraum haben rund 3% der Personen im Alter von 18 bis 39 Jahren Amfetamine konsumiert. Mit 3,1% im Westen und 2,9% im Osten ist die Droge in dieser Altersgruppe in den neuen und alten Ländern gleich häufig zu finden. Die Prävalenzen der letzten zwölf Monate liegen in 2000 bei 1,1% (West) bzw. 0,8% (Ost). Amfetaminkonsum ist am ausgeprägtesten in der Gruppe der 21- bis 24-Jährigen zu finden (Lebenszeit-Prävalenz: 5,6%; 12-Monatsprävalenz: 3,0%) (Kraus & Augustin 2001). Die Drogenaffinitätsstudie 2001 stellt fest, dass der Konsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weniger verbreitet ist (Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz: 1%) (BZgA 2001).

Ecstasy

Ecstasy ist die einzige Droge, deren Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen bei den 18- bis 59-Jährigen im Osten im Jahr 2000 höher lagen als im Westen (Kraus & Augustin 2001). Dies ist auf das Konsumverhalten der jüngeren Befragten zurückzuführen. Von den 18- bis 29-jährigen Befragten in den neuen Bundesländern gaben 6,5%, von den Befragten in den alten Ländern 4,4% an, Erfahrungen mit Ecstasy zu haben. In den letzten zwölf Monaten konsumierten 1,9% der befragten 18- bis 29-Jährigen in Westdeutschland und 2,8% von der Gruppe der Gleichaltrigen in Ostdeutschland Ecstasy. Bei den Älteren ist Ecstasy wenig verbreitet, Ost-West-Unterschiede sind kaum zu erkennen. In der Drogenaffinitätsstudie gaben 4% der 12- bis 25-Jährigen an, jemals in ihrem Leben Ecstasy konsumiert zu haben (BZgA 2001).

Kokain

Die Prävalenz des Kokainkonsum im Lebenszeitraum in der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre lag in der Umfrage im Jahr 2000 bei 3,8% (West) bzw. 2,9% (Ost) (Kraus & Augustin 2001). 2% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) hat jemals im Leben Kokain konsumiert (BZgA 2001).

LSD

2% der westdeutschen Erwachsenen und 1,1% der ostdeutschen Erwachsenen haben jemals in ihrem Leben LSD konsumiert. In den letzten zwölf Monaten taten dies 0,2% in beiden Landesteilen. Am häufigsten wurde LSD im letzten Jahr in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen konsumiert (West:1,5%; Ost:2,2%) (Kraus & Augustin 2001). Die Drogenaffinitätsstudie bestätigt, dass LSD unter den jungen Konsumenten aber eine eher geringe Rolle spielt (2001: 2%) (BZgA 2001).

Heroin und andere Opiate

Heroin und andere Opiate werden in Deutschland in der allgemeinen Bevölkerung nur in sehr geringem Ausmaß konsumiert. In der Repräsentativerhebung von 2000 zeigte sich dem entsprechend folgendes Bild: 0,5% der 18- bis 39-Jährigen im Westen und 0,7% im Osten haben jemals in ihrem Leben Heroin konsumiert. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung taten dies 0,2% bzw. 0,3% (Kraus & Augustin 2001). Dass Heroin auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wenig verbreitet ist, zeigen die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie. Hier lag die Lebenszeitprävalenz 2001 bei 0,2% (BZgA 2001).

In der Repräsentativerhebung liegt die Lebenszeitprävalenz bei 18- bis 39-Jährigen für andere Opiate (z.B. Codein, Opium oder Morphium) bei 1%, die 12-Monats-Prävalenz bei 0,2%. Auch Methadon spielt nur eine geringe Rolle (Lebenszeitprävalenz 0,2%; 12-Monats-Prävalenz 0,1%) (Kraus & Augustin 2001). Bei den Prävalenzen und Schätzungen zu Heroin ist besonders auf die begrenzte Aussagekraft von Bevölkerungsumfragen hinzuweisen, wenn es um Verhaltensweisen geht, die sehr selten und zudem strafrechtlich sanktioniert sind (vgl. 7.3). Entsprechend ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen.

Psylocibinhaltige Pilze

Seit dem 01. 02. 1998 fallen in Deutschland psylocibinhaltige Pilze unter das Betäubungsmittelgesetz. Die höchste Lebenszeitprävalenz von psylocibinhaltigen Pilzen und Fliegenpilzen zeigt sich mit 7,2% bei den 18- bis 29-jährigen ostdeutschen Männern und den gleichaltrigen westdeutschen Männern mit 5%. Die höchsten Prävalenzraten der Frauen liegen mit 3,3% bei den 18- bis 29-Jährigen im Westen.

Konsum in den letzten zwölf Monaten berichten fast nur Personen unter 30 Jahren. Auch hier ist mit 3,3% der entsprechende Anteil bei den 18- bis 29-jährigen ostdeutschen Männern am höchsten, dann folgen wieder die westdeutschen Männer mit 2,5%, die westdeutschen Frauen mit 1,2% und schließlich die ostdeutschen Frauen mit 0,5%. Der Konsum von psylocibinhaltigen Pilzen wurde in der Drogenaffinitätsstudie nicht erhoben.

2.2.2 Spezifische Gruppen

Es liegen keine Umfragen in spezifischen Gruppen über die oben genannten für den Berichtszeitraum vor. Mehr Informationen zur diesem Thema finden sich in den Kapiteln 12 und 16 des REITOX Berichts 2001.

2.2.3 Trends und ihre Ursachen

Bei der Zunahme des Crackkonsums in Hamburg und Frankfurt spielt unter Umständen die höhere Verfügbarkeit von Crackkokain gegenüber Pulverkokain eine Rolle. Das starke Anwachsen des Cannabiskonsums findet auf dem Hintergrund einer reduzierten Risikoeinschätzung in der Bevölkerung statt.

2.3 Problematischer Drogengebrauch

Der Begriff des „problematischen Konsums“ ist nicht einheitlich definiert. Allerdings liegt für bestimmte Teilbereiche (z.B. die Prävalenzschätzung nach Vorgaben der EBDD) eine Arbeitsdefinition vor. Grundsätzlich wird Konsum dann als problematisch bewertet, wenn er

- mit Risiken verbunden ist (riskanter Konsum),
- schädlicher Gebrauch oder (F1x.1)
- eine Abhängigkeit (F1x.2x) im Sinne einer klinischen Diagnose (ICD oder DSM) vorliegt,
- Schäden für andere Personen oder
- negative soziale Konsequenzen oder Delinquenz damit verbunden sind

Davon unabhängig kann Konsum auch problematisch sein, wenn der Konsument ihn selbst so empfindet und sich selbst entgegen der objektiven Klassifizierung als abhängig einschätzt (Kleiber, Soellner 1998). Die genannten 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, kann Definition und Verständnis des Konzepts stark variieren.

Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten bestehender Erhebungssysteme 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 Zusatzinformation (Konsumhäufigkeit, Begleitumstände) oder angepasste Tests aus dem klinischen Bereich für eine entsprechende Differenzierung genutzt. Die beste Zuordnung ist im Bereich Behandlung möglich, wo die Mitarbeiter eine spezielle Ausbildung bzw. entsprechende Erfahrungen in der Diagnostik solcher Fälle haben.

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

Während Repräsentativbefragungen valide Aussagen über Probierkonsum und leichtere Formen des mehrfachen oder dauerhaften Drogengebrauchs erreichen, muss speziell die Gruppe der sogenannten „harten User“ als unterrepräsentiert betrachtet werden. Zudem wird bei ihnen das Problemausmaß „unterberichtet“. Je detaillierter die Informationen über Konsummuster und Konsumdetails wie Menge, Frequenz, Applikationsform etc. sind, desto schwieriger dürfte es auf Grund der großen Menge notwendiger Informationen sein, im Kontext von Repräsentativerhebungen besonders diejenige Personengruppe adäquat abzubilden, bei der bereits schädlicher Gebrauch, Missbrauch oder gar Abhängigkeit

vorhanden ist. Eine Darstellung der methodischen Probleme und einiger Studien im Umfeld der Repräsentativerhebung wurde von Kraus et al. (1998) veröffentlicht. Aus den genannten Gründen bedarf es besonders im Bereich des „problematischen Konsums“ zusätzlicher Informationen, die vor allen Dingen die in den Umfragen unterrepräsentierten Konsumentengruppen berücksichtigen. Hier eignen sich besonders Behandlungsstatistiken, welche die Inanspruchnahme medizinischer oder sozialer Einrichtungen hinsichtlich Substanzabhängigkeit oder -missbrauch beschreiben.

2.3.1 Nationale und lokale Schätzungen des Drogenkonsums

Die folgenden Angaben basieren auf einer Rekalkulation der Schätzungen, die Kraus und Augustin 2002 vorgenommen haben. Angewendet wurden Verfahren analog der Vorgaben der EBDD. Eine genaue Darstellung der Vorgehensweise findet sich bei Kraus et al. (2003). Da keine neueren Umfragedaten zur Verfügung stehen und die Behandlungszahlen durch eine vorübergehende erhebliche Verringerung der berichtenden Einrichtungen für 2001 eine schwächere Basis für eine Schätzung darstellen, wurde auf eine Aktualisierung der Schätzungen verzichtet. Damit beziehen sich die Schätzungen weiterhin auf ein einheitliches Referenzjahr - nämlich 2000 - und bleiben damit vergleichbar. Für den Bericht 2003 ist eine Aktualisierung vorgesehen. Der Vollständigkeit halber wurden die Zahlen des Vorjahres hier noch einmal berichtet.

Zahlen aus dem Bereich Behandlung und Drogentote führen zu Schätzungen der Zahl problematischer Konsumenten von Opiaten für Deutschland zwischen 153.000 und 198.000 Personen. Aufgrund der Datenlage konnte für die Zahl der i.v.-Drogenkonsumenten keine separate Schätzung durchgeführt werden. Die demographische Methode und eine Hochrechnung auf der Grundlage der HIV-Fälle ergeben mit Werten zwischen 90.000 und 160.000 Personen niedrigere Schätzwerte. Begrenzt man den Wertebereich auf die Ränder, die je+weils von mindestens der Hälfte der Verfahren eingeschlossen werden, so ergibt sich ein Wertebereich von 150.000 bis 160.000. Der multivariate Indikator, der mehrere Indikatoren methodisch integriert, liegt mit 160.000 allein für die alten Bundesländer am Rande dieses Bereichs. Wenngleich die neuen Länder bisher noch deutlich niedrigere Prävalenzen aufweisen, sind sie doch für eine Gesamtschätzung nicht mehr zu vernachlässigen. Unter Berücksichtigung der Schätzungen aus den Quellen mit der breitesten Zahlenbasis - Polizei und Behandlung - wird deshalb von einem Schätzbereich von 153.000 - 198.000 Fällen problematischer Konsumenten von Opiaten in Deutschland ausgegangen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Personen mit problematischem Konsum: Schätzergebnisse für das Jahr 2000 aus verschiedenen Schätzverfahren

Behandlung	Polizei	Mortalität	Demographische Methode	Extrapolation der HIV Fälle	Multivariater Indicator [1]
166,000-198,000	153,000-190,000	127,000-169,000	128,000-160,000	90,000-158,000	160,000

[1)] nur alte Länder

Berücksichtigt man allein die drei Methoden, zu denen für die Jahre 1995 sowie 2000 Schätzungen vorliegen, so weisen diese auf eine deutliche Zunahme der Prävalenz problematischen Opiatkonsums zwischen 1995 und 2000 hin (Augustin & Kraus in Druck). Ein Teil des Anstiegs ist dabei auf die Multiplikationsfaktoren zurückzuführen. Diese sind auf der Basis neuerer Forschungsergebnisse verlässlicher geworden und haben dabei häufiger zu einer Anpassung der Gesamtzahlen nach oben geführt. Der tatsächliche Anstieg der Fallzahlen wird also für Behandlung und Mortalität in dieser Hinsicht eher überschätzt, während die Schätzwerte für Polizeidaten relativ stabil geblieben ist. Damit ist insgesamt von einem Anstieg der Fallzahlen um rund ein Viertel auszugehen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Vergleich von Ergebnissen aus verschiedenen Jahren

Methode	Schätzung auf der Basis von Daten für das Jahr 1995	Schätzung auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2000
Behandlung	78,000-124,000	166,300-198,000
Polizei	131,000-142,000	153,000-190,000
Mortalität	78,000-104,000	127,000-169,000

Die Qualität der Schätzung hat sich gegenüber den Vorjahren deutlich verbessert. Einige Studien erlauben inzwischen insbesondere bei den Multiplikator-Verfahren, an Stelle von Expertenschätzungen, etwa zum Erreichungsgrad von Drogenabhängigen durch das Behandlungssystem empirisch ermittelte Werte zu setzen. Auch Faktoren wie die offensichtlich rückläufige Mortalität von Drogenabhängigen, die auch als eine Folge des Ausbaus des Substitutionsangebote angesehen werden kann, haben Einfluss auf verschiedene Schätzungen und führen dabei in der Tendenz zu einer Unterschätzung der Zahl problematischer Konsumenten.

Problematischer Drogengebrauch auf lokaler Ebene

Befragungen in deutschen Drogenszenen werden meist in unregelmäßigen Abständen auf ad hoc Basis durchgeführt. Im Hamburger Projekt NOX, einer stationären Beratungs- und Behandlungseinrichtung für obdachlose Drogenabhängige der offenen Hamburger Drogenszene, wurden die Klienten (N = 166) u.a. zu ihrem Drogenkonsum befragt (Prinzleve 2000). 75% aller Personen gaben an, dass sie an jedem der letzten 30 Tage mehr als eine Substanz konsumiert hatten. 82% konsumierten regelmäßig Heroin, 75% Kokain, 51% Benzodiazepine, 38% Cannabinoide, 32% Polamidon/Methadon und 37% Alkohol. Heroin und Kokain wurden von knapp 90% intravenös appliziert, Benzodiazepine von gut 40% der Klienten.

Eine aktuelle Bestandsaufnahme zum Crack-Konsum im Deutschland (Stöver 2001) bestätigt, dass Crack in bestimmten Szenen der Metropolen Frankfurt am Main und Hamburg verbreitet ist. Von einer bundesweiten Crack-Welle könne gegenwärtig jedoch nicht gesprochen werden, so die Ergebnisse der Expertise.

In zwei Arbeiten wurde die Gruppe der Crack-Konsumenten in den lokalen Drogenszenen von Frankfurt am Main und Hamburg untersucht. In Frankfurt analysierten Vogt, Schmid & Roth (2000) drei unterschiedliche Datenquellen: Eine Befragung von 59 Crack-Konsumenten und Konsumentinnen in Frankfurter Cafés und Drogenkonsumräumen (Studie 1), eine Befragung von 312 Nutzern von Tagesbetten der AIDS-Hilfe (Studie 2) sowie Daten von 2.160 Klientinnen der JJ-Basisdokumentation (verschiedene Behandlungseinrichtungen) des Jahres 1999 (Studie 3). In allen drei Studien lag das Durchschnittsalter für die Frauen knapp unter 30 Jahren, für die Männer knapp über 30 Jahren. Ca. zwei Drittel der Befragten waren Deutsche. Nur ein Viertel (Studie 2) der Befragten war in Frankfurt gemeldet, nur ein geringer Teil hatte eine eigene Wohnung (Studie 1: 33% der Männer, 27% der Frauen; Studie 2: 9% der Männer, 2% der Frauen; JJ-Basisdokumentation: 32% der Männer, 61% der Frauen). Während in der ersten Studie alle 59 Befragten Crack-Konsumenten sind, beträgt der Anteil der 312 Befragten in Studie 2 28% bei den Männern und 47% bei den Frauen und in der JJ-Basisdokumentation 27% (Männer) bzw. 26% (Frauen).

Wie die Daten der JJ-Basisdokumentation zeigen, dominieren bei Crack-Konsumenten polyvalente Konsummuster. Bei Männern und Frauen mit Crack-Konsum liegt häufiger Beikonsum vor als bei solchen ohne Crackkonsum. Crackkonsumenten erweisen sich damit als höchst problematische Gruppe (Tabelle 7)

Tabelle 7: Polyvalenter Drogenkonsum bei Crack-Konsumenten

	Männer		Frauen	
Drogenkonsum	Crack (N = 454)	Kein Crack (N = 1.176)	Crack (N = 137)	Kein Crack (N = 393)
Crack	100%		100%	
Kokain	91%	80%	88%	80%
Heroin	87%	84%	90%	89%
Methadon	32%	26%	42%	28%
Codein	38%	25%	44%	28%
Cannabis	84%	73%	73%	66%
Alkohol	67%	55%	62%	53%
Schlafmittel	49%	30%	56%	33%
LSD	47%	34%	39%	29%
Designerdrogen	39%	26%	35%	24%
Beruhigungsmittel	38%	27%	56%	35%

Quelle: Vogt, Schmid und Roth (2000)

In Hamburg wurden 1999 64 Crack-Raucher der offenen Drogenszene befragt (Thane & Thel 2000). 63% der Befragen waren Männer (durchschnittlich 32 Jahre alt), 37% Frauen (durchschnittlich 29 Jahre alt). Auch in dieser Studie zeigte sich, dass Crack-Rauchen häufig mit polyvalentem Drogenkonsum einher geht. 83% nahmen zusätzlich Kokain, 75% Heroin, 58% Heroin und Kokain, 22% Heroin, Kokain und andere Drogen. Nur 8% konsumierten ausschließlich Crack. Etwa die Hälfte der Befragten rauchte die Substanz täglich, im Mittel fast 19 Pfeifen. Die berichtete Wirkungsdauer war im Durchschnitt drei Minuten.

2.3.2 Risikoverhalten von Drogenkonsumenten

Ein großes Risiko für Drogenkonsumenten liegt in der intravenösen Applikation der Substanzen. Durch das Spritzen gelangt die Droge sofort in die Blutbahn, es kommt zu einer rascheren und intensiven Rauschwirkung. Da die Qualität und Konzentration eines Stoffes großen Schwankungen unterliegen können, besteht für die Drogenkonsumenten ein unkalkulierbares Infektions- und Überdosierungsrisiko. Verschnittstoffe oder Strecksubstanzen werden somit ebenso in den Blutkreislauf aufgenommen. Risikoärmere Konsumarten, wie das Rauchen oder Schnüffeln von Substanzen werden häufig von jüngeren Konsumenten praktiziert. In der Deutschen Suchthilfestatistik wird seit dem Jahr 2000 die Drogenapplikationsform von ambulant behandelten Klienten (N = 95.468 für 2002) erfasst.

Tabelle 8: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten

	Applikationsform					
Substanz	Injektion	Rauchen	Essen	Schnüffeln	Andere	Gesamt
Heroin	72,2%	16,8%	1,0%	9,0%	1,0%	6190
Methadon	3,2%	2,2%	93,9%	0,0%	0,6%	2838
Codein	19,0%	5,7%	68,4%	5,7	1,3%	474
andere opiathaltige Mittel	8,1%	9,3%	76,1%	0,3%	6,2%	356
Cannabinoide	0,3%	98,1%	1,4%	0,1%	0,1%	10281
Barbiturate	2,1%	1,3%	92,7%	0,2%	3,8%	478
Benzodiazepine	3,5%	1,8%	90,7%	0,8%	3,1%	1900
and. Sedativa/ Hypnotika	0,9%	3,3%	89,2%	0,5	6,1%	212
Kokain	29,7%	21,9%	2,5%	40,4%	5,5%	3080
Crack	15,0%	51,2	2,4%	30,0%	1,4%	293
Amfetamine	3,0%	6,5%	52,8%	32,0%	5,7%	1757
MDMA	0,1%	1,6%	94,0%	1,5%	2,7%	2011
andere Stimulantien	1,5%	8,5%	53,7%	29,9%	6,5%	201
LSD	0,4%	5,6%	90,2%	0,9%	2,8%	673
Mescalin	1,5%	3,1%	92,3%	3,1%		65
andere Halluzinogene		10,4%	86,6%	0,7%	2,2%	268
Flüchtige Lösungsmittel		32,2%		67,8%		59
andere psychotrope Substanzen	4,7%	13,2%	59,0%	5,7%	17,5%	212

Quelle: Strobl et al.2003a, Mehrfachnennungen möglich

Dabei wird zwischen Injektion, Rauchen, Essen, Schnüffeln und anderen Konsumformen unterschieden. Heroin ist die Droge, die am häufigsten intravenös appliziert wird (72,2% der Behandelten), gefolgt von Kokain (29,7%) (Strobl et al. 2003a). Geraucht werden am häufigsten Cannabinoide (98,1%) und Crack (51,2%). Alle anderen Substanzen werden eher oral konsumiert, mit Ausnahme von flüchtigen Lösungsmitteln (67,8%), Kokain (40,4%), Amfetaminen (32,0%), Crack (30,0%) und anderen Stimulantien (29,9%), die geschnupft

werden. Nicht erfasst wird in der Deutschen Suchthilfestatistik die Konsumart von Drogenkombinationen (z.B. Heroin-Kokain-Cocktails) (Tabelle 8).

Infektionsgefahr besteht insbesondere beim gemeinsamen Gebrauch von Utensilien zum Zubereiten und Injizieren der Droge (Spritzen, Löffel, Wasser zum Lösen der Droge oder Reinigen der Spritze, Becher, Filter, Rührwerk). Diese bergen ein erhebliches Risiko der viralen oder bakteriellen Kontamination. Die folgende Tabelle weist auf einige Studien und deren Ergebnisse hin, die Angaben zum gemeinsamen Benutzen von Nadeln und Spritzen (Needle Sharing) enthalten (Tabelle 9).

Tabelle 9: Studien mit Fokus auf Needle Sharing

Studie	Rotily, M., Weilandt, C., (1999). Multizentrische Studie „European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons"
Stichprobengrösse und Setting	N=437, Justizvollzugsanstalt Köln
% Sharing	27%
Studie	Meyenberg, R., Stöver, H., Jacob, J., Popeschill, M. (1999). Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug
Stichprobengrösse und Setting	N=142, Justizvollzug Vechta und Lingen (Niedersachsen)
% Sharing	42%

Definition: Sharing: Der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und/oder Injektionsnadeln

3 Gesundheitliche Folgen

3.1 Behandlungsnachfrage

3.1.1 Zahl der Behandelten und Trends

Die Jahresstatistik zur Deutschen Suchthilfe 2002 basiert auf Daten von insgesamt 95.468 Personen aus 454 Einrichtungen. 20.889 von diesen Personen sind wegen Drogenproblemen in Betreuung, die übrigen Klienten weitgehend wegen Alkohol. Die vorliegenden Tabellen zur Jahresauswertung 2002 decken mit 454 Einrichtungen rund 43% aller 1.0494 deutschen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen ab. Unter der Annahme, dass die übrigen Einrichtungen genau so viel Klienten sehen, kommt man auf eine Gesamtzahl von 48.600 Klienten, die wegen illegaler Drogen 2002 ambulant betreut wurden.

Gemessen an den durch Rentenversicherungsträger finanzierten Entwöhnungsbehandlungen ergibt sich als Anhaltspunkt eine Abdeckung durch die vorhandene Statistik von rund 26% für den stationären Bereich5. Die Aussagen über die Behandlungssituation von Suchtkranken in Deutschland, die aus den vorliegenden Daten getroffen werden können, werden als hinreichend zuverlässig eingeschätzt.

Statistiken der Behandlungsdokumentation bieten gegenüber Bevölkerungsumfragen den Vorzug, auch die Gruppe der Konsumenten „harter“ Drogen einzubeziehen, die sich den Repräsentativbefragungen erkennbar entzieht und dort zu verzerrten Ergebnissen führt. Demgegenüber müssen bei Daten von Behandlungsmonitoringsystemen Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität in Kauf genommen werden, da die Klientel nicht eine repräsentative Stichprobe aller Drogenkonsumenten darstellt.

[4] Länderkurzbericht 2001 (BMG 2002)

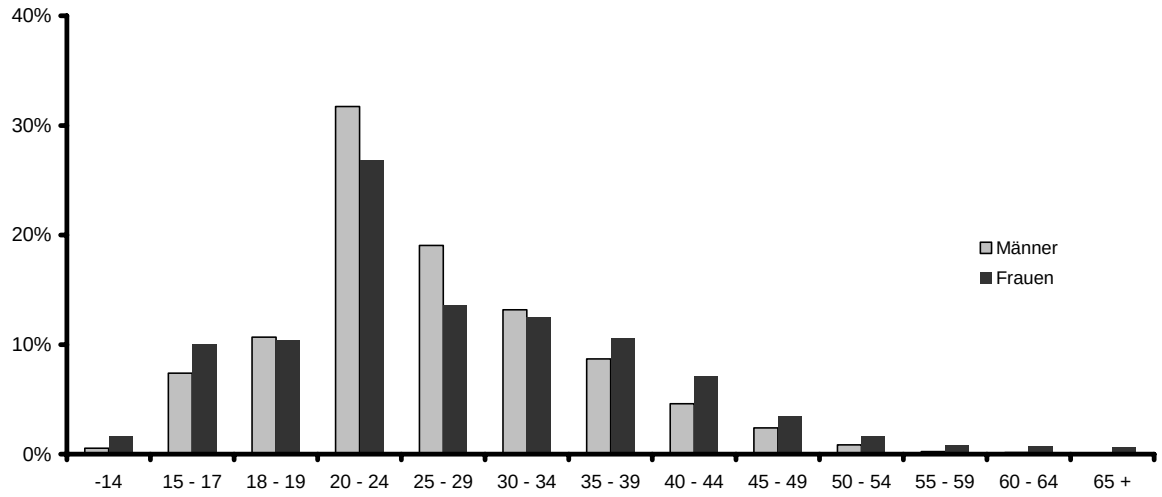
[5] VDR-Statistik Rehabilitation 2001, Tabelle 55M (VDR 2001)/Rubrik: stationäre Entwöhnungsbehandlungen wegen Drogenabhängigkeit

3.1.2 Charakteristika der Drogenkonsumenten

Soziodemographie

Im Jahr 2002 waren beinahe 80% aller 20.889 ambulant behandelten Klienten Männer. Über 80% aller männlichen und 72% aller weiblichen Klienten sind zwischen 15 und 34 Jahre alt (Abbildung 1).

Abbildung 1: Altersverteilung der ambulant behandelten Klienten (2002)



Quelle: Strobl et al.2003a

83% von ihnen sind Deutsch, 1,6% stammen aus den Europäischen Nachbarländern, 6,3% aus Nicht EU-Mitgliedsländern wie Ex-Jugoslawien, der Türkei oder aus der ehemaligen Sowjetunion. Die Suchtproblematik bei deutschen und ausländischen Klienten ist unterschiedlich, wenngleich in beiden Klientengruppen Alkohol die deutlich vorrangige Substanz darstellt. Bei den deutschen Klienten liegt der Anteil bei 72%, bei den ausländischen Klienten (EU-Bürger und Nicht-EU-Bürger) ist der Prozentsatz mit 48% deutlich niedriger. In der Gruppe der ausländischen Klienten beträgt der Anteil der Personen, die sich wegen Opioiden in Behandlung begeben 32% bei den deutschen Klienten 14%. Cannabis spielt in beiden Gruppen eine bedeutsame Rolle. 10% der ausländischen und 9% der deutschen Klienten gaben diese Substanz als Hauptbehandlungsgrund an (Strobl et al. 2003a).

Diagnosedaten aus dem ambulanten Behandlungsbereich

Für das Jahr 2002 liegen in der Deutschen Suchthilfestatistik Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 20.889 Personen vor (alte Bundesländer 16.109; neue Bundesländer 4.780), 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 aus dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO (ICD 10) für die Klassifikation von Störungen durch psychotrope Substanzen (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) (Tabelle 10).

Tabelle 10: Die häufigsten Hauptdiagnosen (Deutsche Suchthilfestatistik)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von	Gesamtdeutschland			Ost	West
(ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Männer	Frauen	Gesamt	Gesamt	Gesamt
	16.692	4.197	20.889	4.780	16.109
Opiaten	50,1%	54,1%	50,9%	25,1%	58,6%
Cannabis	32,6%	22,2%	30,5%	47,3%	25,5%
Kokain	6,4%	3,8%	5,9%	5,9%	5,9%
Hypnotika/ Sedativa	1,7%	8,0%	3,0%	3,4%	2,9%
Halluzinogenen	0,4%	0,4%	0,4%	1,5%	0,3%
Stimulantien	6,9%	9,3%	7,4%	15,0%	5,1%
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Anderen psychotrope Substanzen	1,8%	2,1%	1,8%	2,6%	1,6%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Strobl et al.2003a

Im Jahr 2002 waren bei 51% aller Klienten Drogenprobleme Anlass für die ambulante Beratung oder Behandlung. In den alten Bundesländern machten Opiate innerhalb dieser Personengruppe mit 59% einen deutlich größeren Anteil aus als in den neuen Bundesländern (25%). Dort führte die Substanz Cannabis am häufigsten zur Aufnahme einer Suchtbehandlung (47%). Hauptdiagnosen, die sich auf andere Substanzen, wie z.B. Kokain oder Stimulantien richten, liegen deutlich seltener vor. Viele Klienten haben jedoch nicht nur Probleme mit einer einzigen Substanz sondern gebrauchen mehrere Substanzen gleichzeitig oder nacheinander.

Diagnosedaten aus dem stationären Behandlungsbereich

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 2.166 Personen (1.615 Männer und 551 Frauen) in stationären Entwöhnungseinrichtungen, die von der Deutschen Suchthilfestatistik erfasst werden, wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen (inklusive Medikamenten) behandelt und haben diese Behandlung beendet (Strobl et al. 2003b.) Auch hier basieren die Hauptdiagnosen - also die Substanz wegen der sich ein Klient hauptsächlich in Behandlung begibt - auf den diagnostischen Kategorien aus dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO (Tabelle 11).

Nach Opiaten, die mit 44 % aller Hauptdiagnosen den größten Anteil der Fälle in stationärer Behandlung ausmachen, stand im Auswertungsjahr 2002 auch im stationären Behandlungsbereich Cannabis bei den Fallzahlen an zweiter Stelle. Der zahlenmäßige Abstand zu den Opiatfällen ist allerdings deutlich. Für etwa ein Drittel der Fälle fehlen die Angaben zur Hauptdiagnose.

Tabelle 11: Die häufigsten Hauptdiagnosen bei stationärer Behandlung (Deutsche Suchthilfestatistik)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/ Abhängigkeit von ..... (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Männer 1.615	Frauen 551	Gesamt 2.166
Opiate (gesamt)	47,3%	33,3%	43,7%
Kokain	5,8%	3,1%	5,1%
Stimulantien	3,5%	2,4%	3,2%
Sedativa / Hypnotika	3,4%	16,0%	6,6%
Halluzinogenen	0,2%	0,0%	0,2%
Cannabis	8,3%	2,4%	6,8%
Anderen psychotropen Substanzen	31,4%	42,6%	34,3%
Flüchtigeb Lösungsmitteln	0,1%	0,2%	0,1%
Gesamt	100%	100%	100%

Quelle: Strobl et al. 2003b

3.1.3 Klientenprofile in unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen

Da für Klienten, die sich in Behandlung von niedergelassenen Ärzten oder im Gefängnis befinden keine Informationen vorliegen, sind vor allem ambulante und stationäre Einrichtungen zu vergleichen. Bei den illegalen Drogen dominiert Heroin die Problematik in stationären Einrichtungen, Cannabis im ambulanten Bereich. Die höhere Schwelle vor der Aufnahme einer stationären Behandlung (Kosten, Organisations- und Zeitaufwand) wirken zudem als Filtermechanismus. Tendenziell sind Klienten in stationärer im Vergleich zu ambulanter Betreuung eher männlich, berufstätig und etwas älter.

3.1.4 Klientenzahlen für unterschiedliche Substanzen

Die Behandlungsnachfrage für unterschiedliche Substanzen ist unter 3.1.2 dargestellt. Die relativ große und stark steigende Zahl von Personen mit einem primären Cannabisproblem spiegelt unterschiedliche Effekte wider. Rund ein Drittel der männlichen Klienten kommen im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr (Fahren unter Drogeneinfluss, Erteilung des Führerscheins) in die Einrichtungen. Sie werden in der Regel durch ein Gericht oder eine Behörde dort hin verwiesen. Für Frauen ist der Anteil dieser Fälle deutlich niedriger. Eine andere Teilgruppe weist intensiven Konsum von Cannabis und begleitende Probleme auf. Behandlungsbedürftigkeit und Motivation dieser beiden Gruppen dürfte sich deutlich unterscheiden. Detailliertere Ergebnisse werden für Anfang nächsten Jahres erwartet, wenn eine Studie zu diesem Thema abgeschlossen sein wird, welche das IFT zur Zeit mit Förderung durch das BMGS durchführt.

3.2 Drogentodesfälle

3.2.1 Drogenbezogene Todesfälle

3.2.2 Todesfälle durch Opiate und andere Drogen

Methodik

Drogentodesfälle werden in Deutschland durch zwei bundesweite Dokumentationssysteme erfasst: Die „Falldatei Rauschgift“ des Bundeskriminalamtes (BKA) und das Todesfallregister des Statistischen Bundesamtes (StBA).

Polizeiregister

Rauschgifttodesfälle werden in den einzelnen Bundesländern durch die Landeskriminalämter erfasst. Anschließend gehen die Daten zur Aggregierung und Auswertung an die Ämter auf Bundesebene weiter.

Dabei gibt es zwischen einzelnen Bundesländern Unterschiede in den Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen von Rauschgifttodesfällen. Toxikologische Gutachten spielen eine wichtige Rolle bei der Feststellung der Todesursache, da man erst durch sie genügend Informationen über den Drogenstatus zum Todeszeitpunkt erhält. Der Anteil obduzierter Drogentoter als Maß für die Qualität der Zuordnung von „Drogentoten“ variiert zwischen den Bundesländern deutlich. Eine hundertprozentige Obduktionsrate konnten Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und das Saarland aufweisen. Überdurchschnittlich hohe Raten fanden sich weiterhin in Bayern und Rheinland-Pfalz. Die durchschnittliche Obduktionsrate betrug 72% (2001 und 2000: 70%). Nicht immer wurde die Obduktion auch durch eine toxikologische Untersuchung ergänzt.

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 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, starken körperlichen Schmerzen, depressive Verstimmungen),
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

Allgemeinen 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.

Aus dem allgemeinen Sterberegister werden die Fälle mit bestimmten Todesursachen berücksichtigt. Die Auswahl basiert auf den Vorgaben der EBDD (Selektion B), der verglichen mit den Daten des Bundeskriminalamts eine engere Definition des Drogentodes entspricht. Als Basis der Zuordnung zur Gruppe der Drogentoten wurden jeweils die vermutete zugrundeliegende Störung (ICD10-Codes F11-F19) bzw. die vermuteten Todesursachen (ICD10-Codes X, T, und Y) verwendet.

Vergleiche mit dem europäischen Ausland sollten auf der Grundlage des Sterberegisters vorgenommen werden, da bei diesem Verfahren die Datenerfassung in Deutschland bereits weitgehend gemeinsamen Standards folgt. Daten aus dem Polizeiregister ergeben wegen der breiteren Definition von „Drogentod“ im Vergleich zu hohe 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 derzeit 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 sehr ähnliche Verläufe und die gleichen Trends, so dass man von einer Art von Kreuzvalidierung sprechen kann.

Die Zahl der Todesfälle

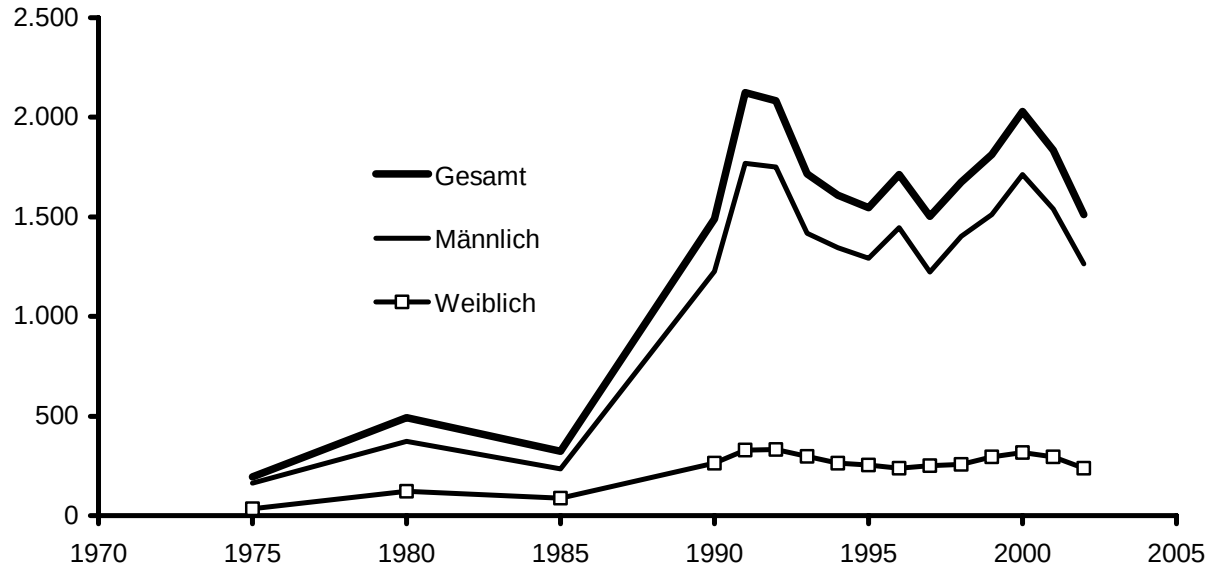
Daten aus dem Polizeiregister

In der Falldatei Rauschgift des BKA nahm von Mitte der achtziger bis Anfang der neunziger Jahre die Anzahl der Drogentoten drastisch zu und kam 1991 zu einem Höchststand von 2.125 Todesfällen. In den Folgejahren hat sich die Zahl verringert und erreichte 1997 mit 1.501 Rauschgifttodesfällen den niedrigsten Stand seit 1990. Nach einem erneuten Anstieg zwischen 1998 und 2000 gingen die Zahlen seit 2001 wieder zurück. 2002 wurden insgesamt 1.513 Rauschgifttote registriert, im Vergleich zum Vorjahr sind dies 322 Fälle (17,5%) weniger.

In allen Bundesländern mit Ausnahme von Sachsen (+73% von 11 auf 19 Fälle) hat sich die Fallzahl damit in 2002 verringert. Überdurchschnittlich stark ging sie in Thüringen (-43%,) Bayern (-24%) Hamburg (-24%) und Baden-Württemberg (-23%) zurück. Die neuen Länder waren mit insgesamt 43 registrierten Todesfällen (Vorjahr: 44) weiterhin gering belastet.

Unter den Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern weist Bremen mit 8,5 pro 100.000 Einwohner bundesweit die höchste Quote von Rauschgifttoten auf, gefolgt von Essen (6,0), Köln (5,6), Mannheim (5,5), Berlin (5,0), München (4,9%), Hamburg und Frankfurt/Main mit jeweils (4,5%). Der Anteil der Männer unter den Rauschgifttoten liegt seit Jahren ohne größere Schwankungen bei rund 84% (Abbildung 2 und 3).

Abbildung 2: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen nach Geschlecht

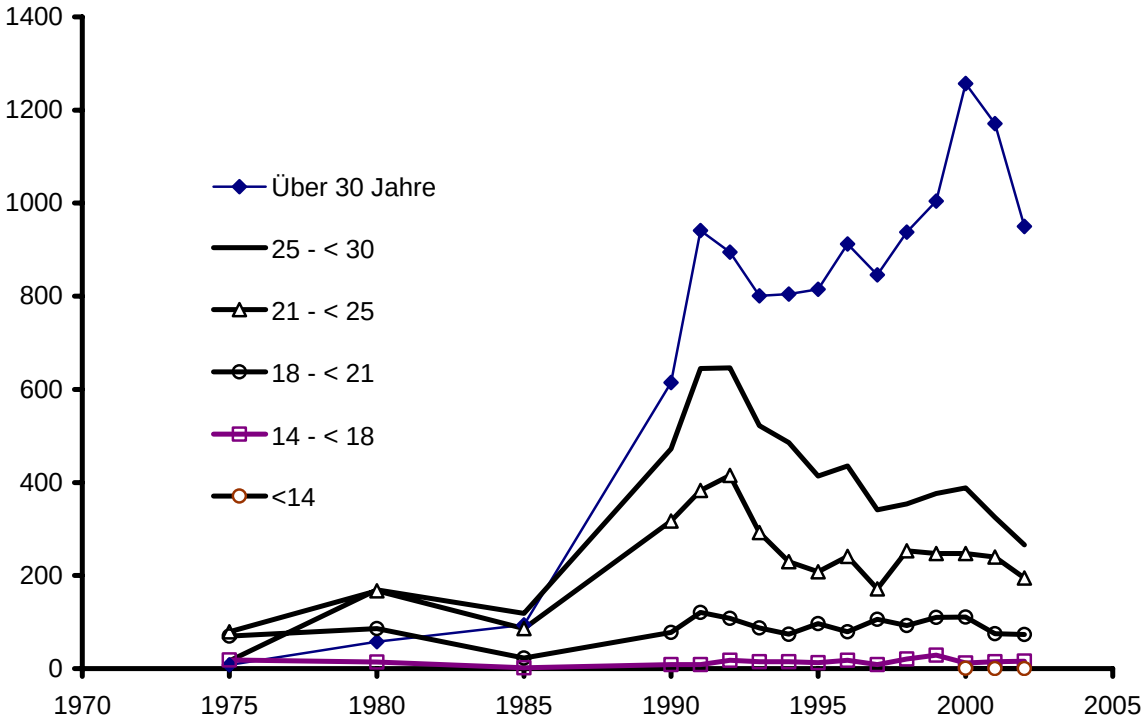


Drogentote	1975	1980	1985	1990	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	***2002***
Männlich	162	373	235	1.227	1.770	1.447	1.223	1.401	1.513	1.712	1541	***1.263***
Weiblich	33	121	89	264	329	238	250	258	294	318	294	***237***
K.A.	1	0	0	0	26	27	28	15	5	-	-	***-***
Gesamt	196	494	324	1.491	2.125	1.712	1.501	1.674	1.812	2.030	1835	***1513***

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

Die Altersstruktur ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu konstant geblieben (Abbildung 3). Die meisten Drogentoten wurden in der Altersgruppe der 35-40-Jährigen verzeichnet (19%), gefolgt von den 30-35-Jährigen und den 25-30-Jährigen (jeweils 18%). Rund 20% der Drogentoten waren unter 25 Jahre alt. Die Altersgruppe der über 30-Jährigen ist die am stärksten besetzte Gruppe (vgl. 3.2.3).

Abbildung 3: Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen nach Altersgruppen



Alter*	1975	1980	1985	1990	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	***2002***
Bis 14 Jahre	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	***0***
14 - < 18	19	14	2	9	9	13	18	9	21	29	12	15	***16***
18 - < 21	70	86	23	78	121	97	79	106	93	110	111	75	***73***
21 - < 25	79	167	86	317	383	208	241	171	253	247	247	240	***195***
25 - < 30	17	169	119	472	645	414	435	341	354	376	388	325	***266***
Über 30 Jahre	8	58	94	615	941	815	912	846	938	1.004	1.257	1.171	***950***

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

Die häufigste Todesursache stellt die Überdosierung von Heroin (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. Der Anteil der Personen, bei denen Substitutionsmittel / Medikamente / Betäubungsmittel und Alkohol die Todesursache waren, beträgt 2002 30%. Nach Angaben des Bundeskriminalamtes kamen im letzten Jahr insgesamt 19 Menschen ums Leben, bei denen Ecstasy, bzw. Ecstasy in Verbindung mit anderen Drogen die Todesursache war (Tabelle 12).

Tabelle 12: Drogentodesfälle 2002

Todesursachen	Prozent	Anzahl Nennungen
1. Überdosis von:		
Heroin	27%	551
Heroin in Verbindung mit anderen Drogen	14%	285
Kokain	2%	47
Kokain in Verbindung mit anderen Drogen	4%	84
Amfetamine	1%	10
Amfetamine in Verbindung mit anderen Drogen	1%	27
Ecstasy	0%	8
Ecstasy in Verbindung mit anderen Drogen	1%	11
Medikamente / Substitutionsmittel [1]	7%	145
Betäubungsmittel in Verbindung mit Alkohol /	23%	453
Sonstige Betäubungsmittel / unbekannte	3%	54
2. Suizid	7%	133
3. Langzeitschäden	8%	165
4. Unfall / Sonstige	2%	33
5. Gesamt [2]	100%	2006

Quelle: BKA (2003)

[1] Wegen unterschiedlicher Auszählungsweisen in den einzelnen Bundesländern kommt es insbesondere bei diesen Kategorien im Vergleich zum Vorjahr zu erheblichen Differenzen.

[2] Aufgrund von Mehrfachnennungen in den Rubriken Überdosis (verschiedener Rauschgift-Arten) und Suizid liegt die Summe der genannten Todesursachen über der Gesamtzahl von 1.513 Drogentoten.

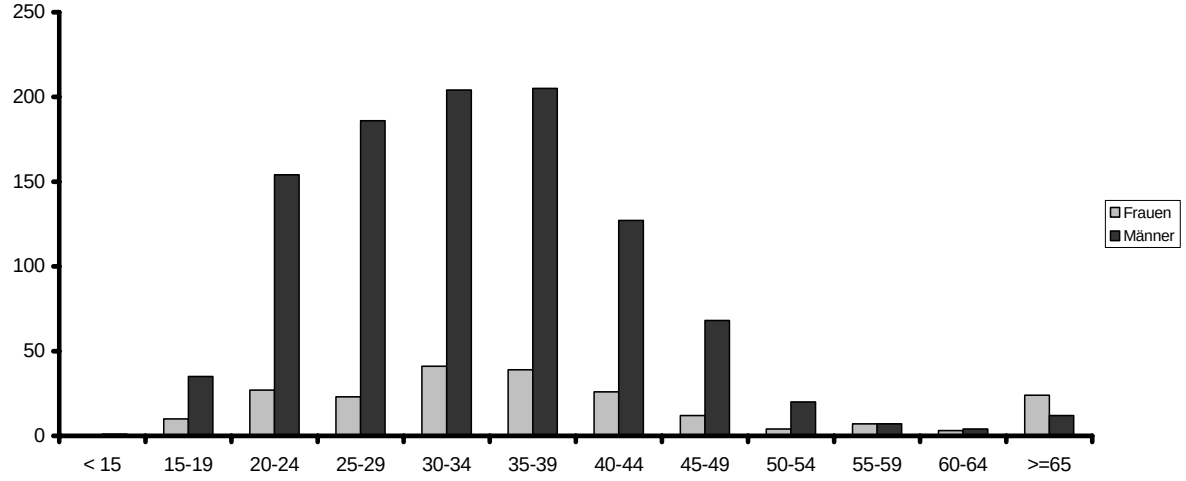
Der Anteil der Aussiedler an der Gesamtzahl der Rauschgifttodesfälle im Jahr 2002 (1.513) war relativ hoch und betrug 9%. Er liegt damit ungefähr in gleicher Höhe wie im Vorjahr (8%) (BKA 2003a).

Regionale Studien zur Entwicklung der Zahlen und Merkmale von Drogentoten liegen für Bayern (von Meyer 2002), Baden-Württemberg (Kraus 2001) und Hamburg (Raschke, Püschel & Heinemann 2002) vor. Es zeigen sich erhebliche regionale und zeitliche Schwankungen, die nicht immer auf klare Ursachen zurückgeführt werden können. Vielmehr wird das komplexe Zusammenwirken eines Bündels unterschiedlicher Einflussgrößen gesehen (Kraus & Püschel 2002)

Daten aus dem allgemeinen Sterberegister

Die aktuellsten Zahlen über Drogentodesfälle, die aus dem allgemeinen Sterberegister zur Verfügung stehen, beziehen sich auf das Jahr 2001. Hier sind insgesamt 216 Frauen und 1.023 Männer registriert, die im Zusammenhang mit Rauschgift verstorben sind. Die Gesamtzahl von 1.239 Drogentoten liegt somit unter der entsprechenden Zahl des Bundeskriminalamtes (1.835). Der Altersschwerpunkt der Gruppe liegt zwischen 25 und 39 Jahren. Es handelt sich fast ausschließlich um Männer (Abbildung 4).

Abbildung 4: Drogentodesfälle 2001



(Spezielle Auswertung des Statistischen Bundesamtes)

Auf eine in der Regel kaum zur Kenntnis genommene Gruppe von drogenbedingten Todesfällen weist eine Studie von Elstner (2002) hin. Seine Recherchen ergaben, dass zwischen 1996 und 2001 in Deutschland mindestens 9 Personen zwischen 12 und 16 Jahren an den Folgen einer Butangasinhalation (Schnüffeln) starben. Der mögliche Pathomechanismus wird in der Arbeit diskutiert. Ein Todesfall in Süddeutschland wurde auf das Einatmen von Gasen eines Deosprays zurückgeführt.

3.2.3 Trends bei drogenbezogenen Todesfällen

Das Durchschnittsalter der Rauschgifttoten ist in den Daten des Polizeiregisters von 33,2 (2001) auf 32,2 Jahre im Jahr 2002 abgesunken, wobei erstmals kein geschlechtsspezifischer Unterschied im Altersdurchschnitt festgestellt wurde. Die meisten Drogentoten wurden trotz eines leichten Rückgangs in dieser Altersgruppe bei den 35-40-Jährigen verzeichnet (19%), bei 30-35-Jährigen und den 25-30-Jährigen jeweils 18%. Rund 20% der Drogentoten waren unter 25 Jahre alt. Die gravierendsten Veränderungen gab es in der Altersgruppe der 30-35-Jährigen, wo sich der Anteil um rund 6 Prozentpunkte verringerte. 2002 wurden im Polizeiregister insgesamt 1.513 Rauschgifttote registriert, im Vergleich zum Vorjahr 322 Fälle (17,5%) weniger.

3.2.4 Gesamtmortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten

Da ein Überblick über die Mortalität der gesamten Population der Drogenkonsumenten nicht vorliegt, werden an dieser Stelle einige Daten zu Drogenabhängigen in Behandlung dargestellt. Die Betreuung in ambulanten Suchtberatungsstellen endete nach Aussage der Deutschen Suchthilfestatistik (Strobl et al. 2003a) 2002 bei 0,7% der Drogenklienten mit dem Tod. Ein exakter Wert für die Mortalität lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Betreuungsdauer hierbei nicht errechnen. Eine Kohortenstudie aus Hamburg (N=4.504; 72% Männer), die sich auf Behandlungsbeginner bezieht, fand im Gesamtzeitraum von 11 Jahren (1990-2000) 414 Todesfälle. Da nur Daten des Todesfallregisters aus der Stadt Hamburg zur Verfügung standen, dürfte die tatsächliche Fallzahl über diesem Wert liegen. Die meisten Todesfälle waren auf Überdosierungen (231 Fälle) zurückzuführen.

3.3 Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen

Das Robert-Koch-Institut (RKI) erhebt als Bundesbehörde flächendeckend Daten zu Infektionskrankheiten, darunter auch zu HIV und Hepatitisinfektionen. Das AIDS-Zentrum des Robert Koch Institutes veröffentlicht in regelmäßigen Abständen Daten über bestätigte HIV-Antikörpertests. Nach der deutschen Laborberichtsverordnung sind alle Laboratorien seit 1987 in der Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, bestätigte HIV-Antikörpertests anonym das AIDS-Zentrum des Robert-Koch-Instituts 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. Ein regelmäßiges Update der epidemiologischen Daten ist über das Internet abrufbar (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

Informationen über Wege der Infektionsübertragung für Hepatitis B und C müssen seit der Einführung des neuen Infektionsschutzgesetztes (IfSG) am 1. Januar 2001 ebenfalls von Laboren und niedergelassenen Ärzten an das Robert-Koch Institut gemeldet werden. Durch Veränderungen in der Erfassung von HIV-Neudiagnosen wurde ein verbesserter Ausschluss von (früher unerkannt gebliebenen) Mehrfachmeldungen erreicht.

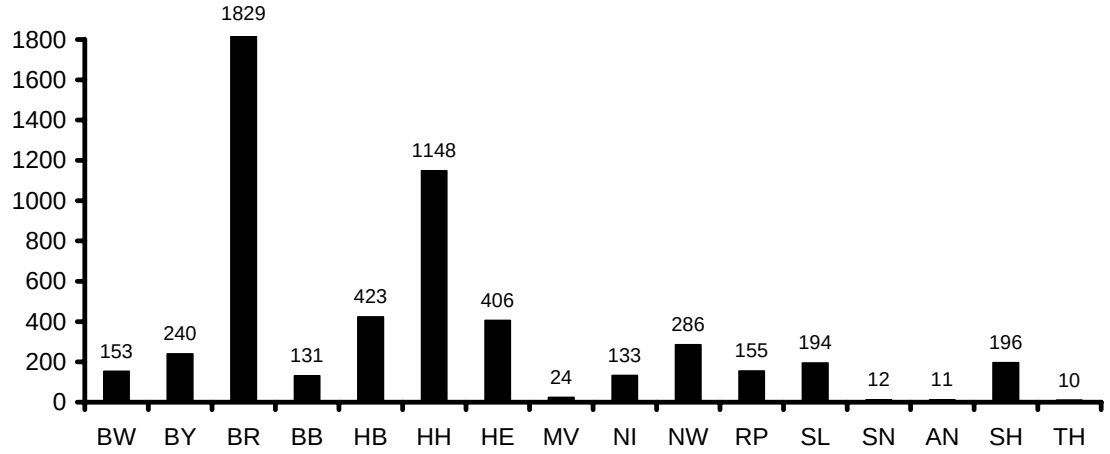
Da aus Datenschutzgründen personenbezogene Daten nach drei Jahren von den Gesundheitsämtern gelöscht werden müssen und dem Robert Koch Institut nur Informationen in anonymisierter Form vorliegen, können Mehrfachmeldungen nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Verlaufsanalysen auf Fallebene sind damit auf der Grundlage dieser Meldungen nicht möglich. Dies betrifft jedoch nicht HIV-Infizierte, da für diese nur Neuinfektionen (Inzidenz) gemeldet werden.

Da die Datenlage für den Bereich Infektionskrankheiten unter Drogenabhängigen insgesamt schlecht ist, werden im Folgenden auch einige Studienergebnisse zitiert, die bereits in früheren Jahresberichten enthalten waren.

3.3.1 HIV und AIDS

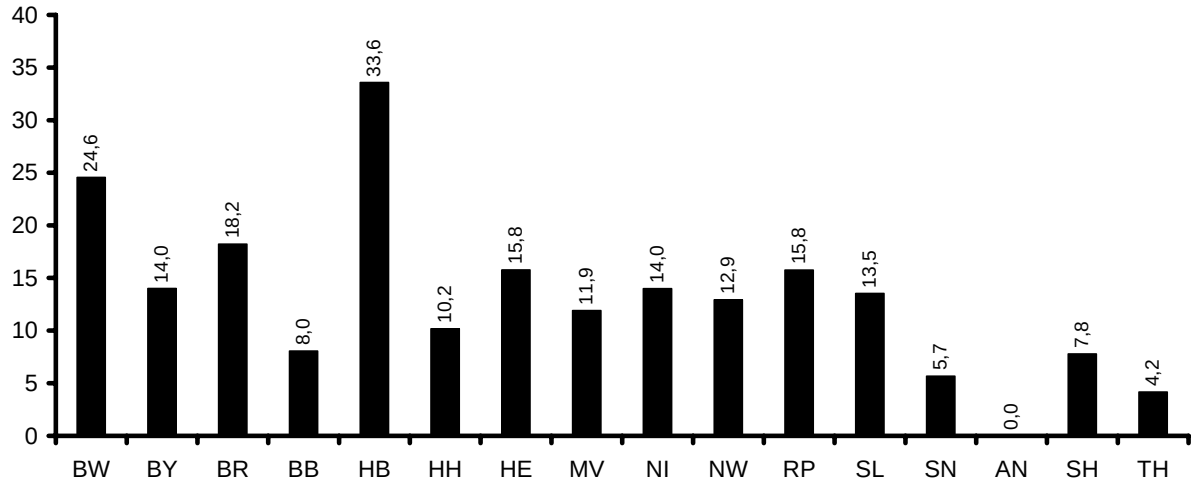
Drogenkonsumenten sind nach den Homosexuellen die zahlenmäßig zweitgrößte Risikogruppe für HIV Infektionen und AIDS. Die Anzahl der AIDS-Fälle variiert in den einzelnen Bundesländern beträchtlich. Während in den neuen Bundesländern nach wie vor noch wenige Menschen an AIDS erkrankt sind, ist deren Zahl in den Stadtstaaten Berlin (1.829 pro 1 Mill. Einwohner) und Hamburg (1.148, pro 1 Mill. Einwohner) am höchsten. Nach Angaben des Aidszentrums im Robert Koch Institut (http://hiv.rki.de) kommen aus der Gruppe der i.v. Drogengebraucher 15% der in 2002 neu an AIDS Erkrankten. In Bremen und Baden-Württemberg ist dieser Anteil mit 33,6% bzw. 24,6% bundesweit am höchsten (Abbildungen 5 und 6).

Abbildung 5: Aids-Fälle in den Bundesländern (pro 1 Mio. Bevölkerung)



Quelle: Robert Koch Institut (2003). Stand: 31. 12. 2002

Abbildung 6: Anteil von intravenös Drogenabhängigen (IVDA) an Aids-Fällen



Quelle: Robert Koch Institut (2003). Stand 31.12.2002

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

Bei allen bisher gemeldeten AIDS-Fällen (21.906) liegt der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten bei 15,4%. Die Verbreitung des HI-Virus in der Gruppe der Drogenkonsumenten konnte in den letzten Jahren in Deutschland insgesamt verlangsamt werden. Präventionsmaßnahmen, Kampagnen gegen den gemeinsamen Spritzengebrauch und neue Angebote wie Substitution und Spritzentauschprogramme haben hier offensichtlich gewirkt. Durch die Einführung neuer antiretroviraler Substanzen und der quantitativen Bestimmung der HIV-RNA ist eine wirksamere HIV-Therapie möglich geworden. Drogenkonsumenten können diese Behandlung bei spezialisierten Allgemeinärzten und in Krankenhäusern in Anspruch nehmen. Kostenträger der Behandlung sind die Krankenkassen.

Aus dem ambulanten Beratungs- und Behandlungsbereich liegen in der Deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2002 Informationen über den HIV-Status und die Testung von insgesamt 741 Klienten vor. 25.4% dieser Klienten haben sich bisher keinem HIV-Test unterzogen. Bei 60,5% war das Testergebnis negativ, bei 11,3% positiv. 2,8% der Klienten wurden zwar getestet, das Ergebnis ist jedoch nicht bekannt. Da Informationen zu Infektionen in der Deutschen Suchthilfestatistik nicht obligatorisch erfasst werden, haben nur 14 von 454 Einrichtungen diese Angaben erfasst. Die Werte können deshalb nur als grober Anhaltspunkt für die tatsächliche Situation angesehen werden.

Aus dem stationären Behandlungsbereich liegen aus dem Klinikum Nord Hamburg HIV-Prävalenzraten von 420 i.v.-Drogenabhängigen vor, die im Zeitraum 1999 bis 2000 an einer Entzugsbehandlung teilnahmen. Für Männer lagen diese bei 4,1%, für Frauen bei 3,4% (Heinemann, persönliche Mitteilung). Bei einer Studie, die von 1999 bis 2001 in zwei Berliner Justizvollzugsanstalten durchgeführt wurde, lagen die Prävalenzraten für HIV jeweils kurz nach der Aufnahme bei 18 % (Stark et al. 2001).

Daten über Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumenten liefern auch Obduktionen der gerichtsmedizinischen Institute. In einigen Regionen, z.B. in Hamburg, Frankfurt am Main und München, werden HIV-Tests im Rahmen einer Autopsie routinemäßig durchgeführt, Untersuchungen auf Hepatitis B jedoch nur in Hamburg.

Nach Angaben des Bundeskriminalamtes lag 2002 bei 43 der 1.513 Drogentodesfällen (2,8%) eine HIV-Infektion vor (BKA 2003a). In Nordrhein-Westfalen und Berlin werden keine Daten zu HIV-Erkrankungen erhoben. Unter Ausschluss der Todesfälle dieser beiden Bundesländer ergibt sich eine HIV-Rate unter den Rauschgifttoten von 4,5%. Die Obduktionsrate schwankt in den einzelnen Bundesländern stark und liegt in den meisten Bundesländern unter 100%, was die Aussagekraft über Todesursachen und Erkrankungen einschränkt.

Die HIV-Quoten in den genannten drogenkonsumierenden Gruppen liegt damit - je nach untersuchter Population - zwischen 4,6% bis 18%.

3.3.2 Schätzungen nach Subgruppen

Prävalenzschätzungen, die unterschiedliche Subgruppen berücksichtigen, liegen für Deutschland über die in 3.3.1 genannten Angaben hinaus nicht vor.

3.3.3 Hepatitis B und C

Bundesweite Studien, die Aussagen über die Verbreitung von Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen machen können, liegen bisher nicht vor. Durch das neue Infektionsschutzgesetz müssen jedoch seit Anfang 2001 Informationen über die Übertragung von Hepatitis B und C von Ärzten und Labors an die Gesundheitsämter gemeldet werden. Die Informationen sollen vom Robert-Koch-Institut aggregiert und ausgewertet werden.

Lokale Studien zeigen bei Opiatabhängigen in unterschiedlichen Settings und bei Drogentoten eine sehr hohe Prävalenz von Hepatitis B und C. Die Quoten für Hepatitis B liegen zwischen 33 und 64 %, für Hepatitis C zwischen 60 und 90 %. Die in Tabelle 13 genannten Studien beziehen sich auf Untersuchungszeiträume zwischen 1990 und 2001. Die Publikationen wurden teilweise erst in 2002 vorgelegt (Tabelle 13).

Tabelle 13: Hepatitis B und C: Seroprävalenz (%) bei Drogengebrauch

Studienleiter/ Autor	Population/ Untersuchungszeitraum	n	HBc-AK	HBs-Ak	HCV-AK
Backmund	IVDA /1991-1997	1049	--	--	61.3
Brack	Drogenabhängige / 1993-1997	1791	41.4	1.2	59.9
	Untergruppe IVDU		44.2		83.9
Heinemann	IVDA	420	64.1 (w)		89.3 (w)
	1999/2000		63.3 (m)		80.4 (m)
Stark	IVDA	575	62.0	7.0	84.0
Wehner*	Drogentote / 1998-2001	36	33.0		81.0

* Institut für gerichtliche Medizin, Universität Tübingen

Schätzungen der Leiter von Drogenkonsumräumen, die sich zum Teil auf anonyme Befragungen stützen, decken sich weitgehend mit den in Tabelle 14 dargestellten Prävalenzwerten für Hepatitis C von 80-90% (ZEUS 2002).

In München führten Backmund, Meyer & Zielonka (2001) von 1997 bis 1999 bei 492 stationär entwöhnten Opiat- oder mehrfachabhängigen Patienten Bluttests durch. Während dieses Zeitraums stieg der Anteil der Patienten mit Hepatitis B stetig (Tabelle 14).

Tabelle 14: Verlaufsdaten zur Prävalenz von Hepatitis B und C

	1997 N = 181	1998 N = 171	1999 N = 140
%Anti-HBc	36%	45%	52%
%HBs-Antigen	2%	2%	2%
%Anti-HBs postiv	35%	42%	63%
%Anti-HCV positiv	62%	67%	66%
% HCV-RNA positiv	39%	45%	45%

Quelle: Backmund, Meyer & Zielonka (2001)

Zu anderen Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum liegen für Deutschland keine Daten vor. Aus Berichten zu Einzelfällen lässt sich jedoch vermuten, dass Tbc ebenfalls eine wichtige Rolle spielt.

3.3.4 Verteilung der Genotypen

Zur Verteilung der Genotypen liegen unsystematische einzelne Beobachtungen vor, jedoch fehlt eine systematische Erfassung für diese Personengruppe.

3.4 Andere Krankheiten bei Drogenabhängigen

Der Gesundheitszustand der Drogenabhängigen - insbesondere der Heroinabhängigen - ist aufgrund von Mangelernährung, Lebensweise und unzureichender Gesundheitsvorsorge häufig sehr schlecht. Neben Haut- oder Geschlechtskrankheiten treten andere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, internistische oder psychiatrische Störungen auf. Daten hierzu wurden im REITOX Bericht 2001 dargestellt. Neuere Ergebnisse für den Berichtszeitraum liegen nicht vor.

4 Soziale und rechtliche Konsequenzen

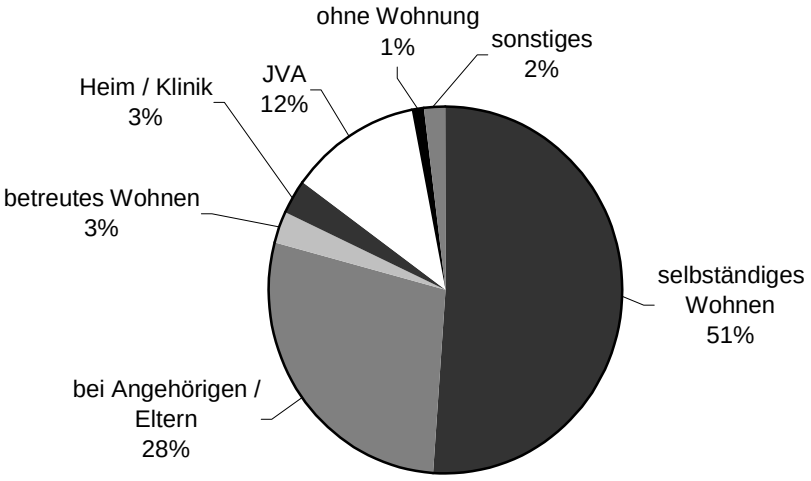
4.1 Soziale Probleme

4.1.1 Soziale Ausgrenzung

Soziale Probleme wie schlechte Ausbildung, Arbeitslosigkeit oder Schulden gelten als Risikofaktoren bei der Ätiologie einer substanzbezogenen Störung. Vielfach sind sie jedoch auch die Folgen einer Abhängigkeitserkrankung. Die Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (Strobl et al. 2003a) zeigen für die in 2002 behandelte Klientel ein differenziertes Bild. Mehr als die Hälfte der wegen illegalen Substanzen behandelten Klienten sind alleinstehend (53%), 32% leben in fester Partnerbeziehung, 10% zeitweilig in Beziehungen. Männer sind deutlich häufiger ohne Beziehung als Frauen. Da Partnerschaft als wichtiges Element für soziale Einbindung gilt, das zum Behandlungserfolg beiträgt, sind diese Zahlen als kritisch einzuschätzen.

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten, die sich 2002 in ambulanter Beratung oder Behandlung befanden, lebte entweder selbständig in einer Wohnung oder mit ihren Eltern oder anderen Angehörigen zusammen (79%). 12% befinden sich in einer Justizvollzugsanstalt, 3% in einem Heim oder einer Klinik, weitere 3% in einer betreuten Wohngemeinschaft. 3% der Klienten sind ohne Wohnung bzw. leben in unklaren Wohnverhältnissen (Abbildung 7).

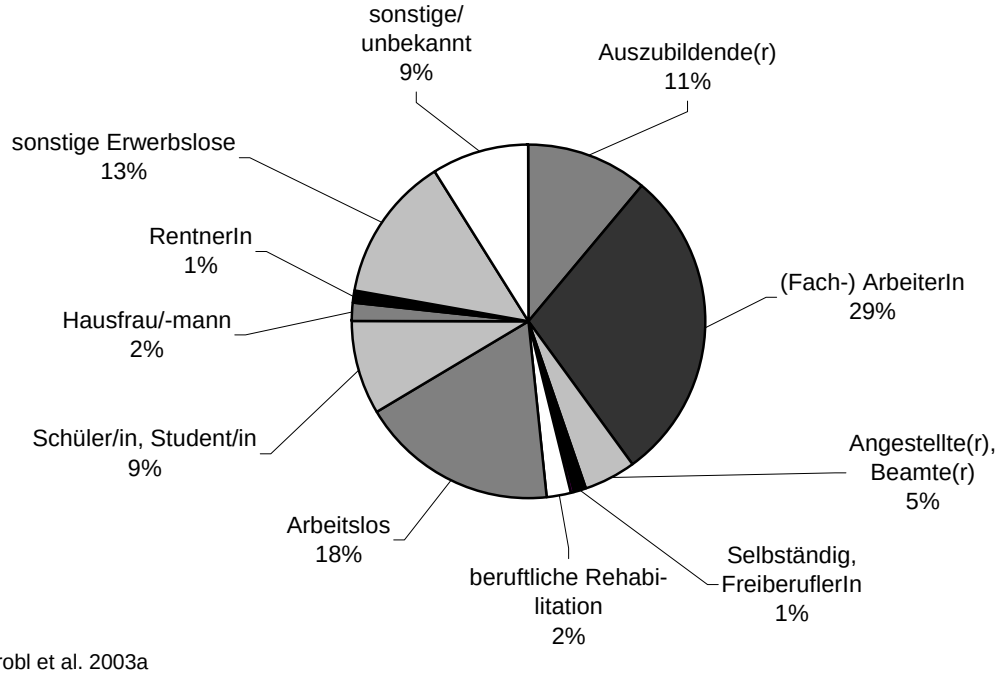
Abbildung 7: Wohnungssituation von Klienten mit substanzbezogenen Störungen



Quelle: Strobl et al. 2003a

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit fällt auf, dass etwas mehr als ein Drittel der Klienten arbeits- bzw. erwerbslos ist (31%). 35% befinden sich in einem Beschäftigtenverhältnis, 20% sind in schulischer oder beruflicher Ausbildung (Abbildung 8).

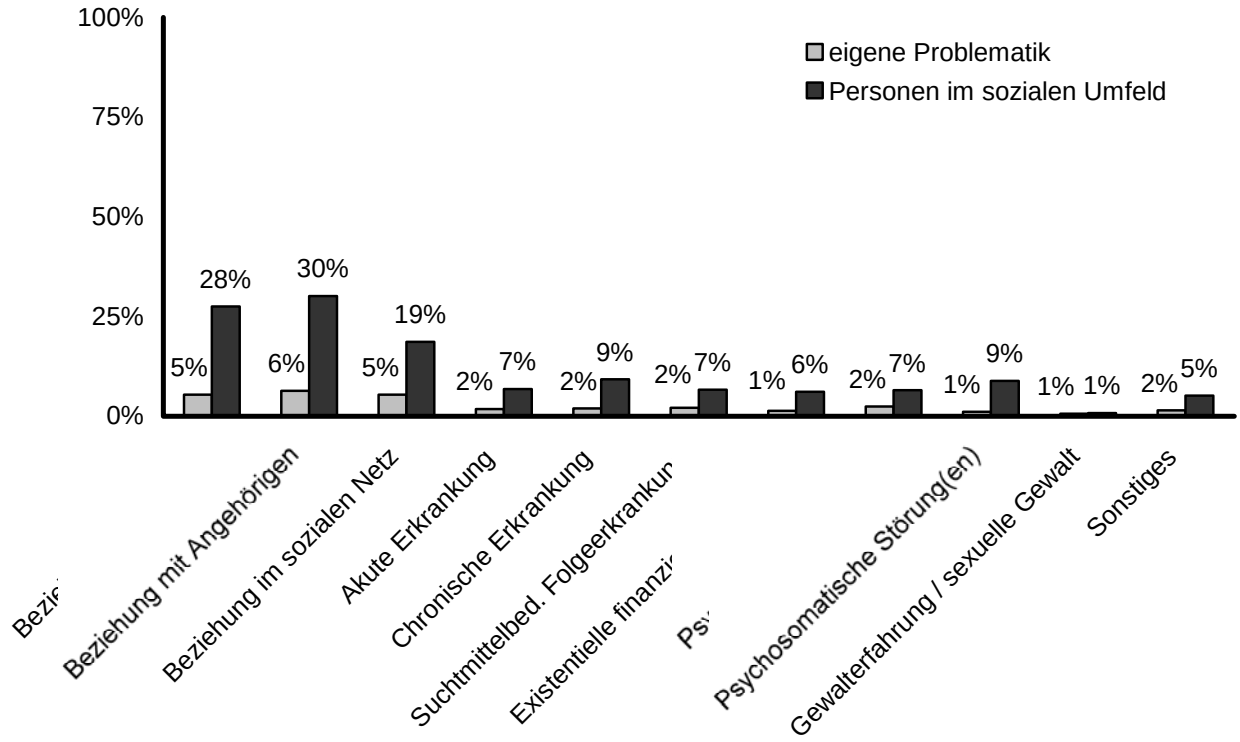
Abbildung 8: Erwerbstätigkeit von ambulant behandelten Klienten



Quelle: Strobl et al. 2003a

Das Ausmaß weiterer Probleme im Umfeld von Drogenkonsum ist in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Weitere Problemfelder von ambulant behandelten Klienten



Quelle: Strobl et al. 2003a

Aus Sucht- und Drogenberatungsstellen mehren sich seit geraumer Zeit die Hinweise über eine deutliche Zunahme von russlanddeutschen Abhängigen, die um Hilfe nachsuchen. Eine Ursache für die erhöhte Suchtgefährdung wird in der mangelnden Integration gesehen, die durch fehlende Sprachkenntnisse insbesondere bei der jüngeren Generation erschwert wird. Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situation wurden von der Bundesregierung eingeleitet (www.bundesregierung.de).

4.1.2 Störungen der öffentlichen Ordnung (Public Nuisance)

Szeneansammlungen um Drogenkonsumräume, die sich an zentralen Stellen befinden, führten in der Vergangenheit häufig zu Beschwerden der Anwohner. Ähnliche Schwierigkeiten treten immer wieder auf, wenn speziell niedrigschwellige Angebote für Drogenabhängige neu eingerichtet werden sollen. Auch die Evaluation der Drogenkonsumräume (ZEUS 2002) bezeichnet dies als ein ungelöstes Problem, wenn diese Einrichtungen in Wohnvierteln liegen (vgl. 8.2.4)

4.2 Polizeiliche und justizielle Probleme

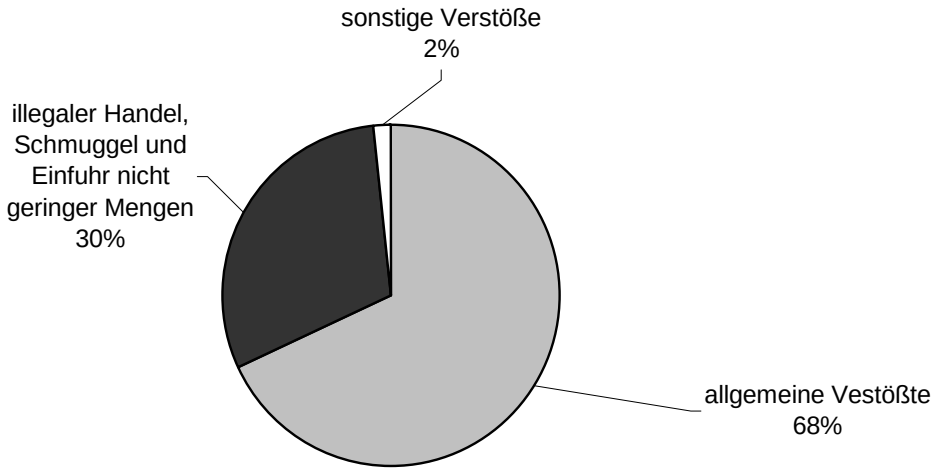
4.2.1 Delikte

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 Deliktsgruppen erfasst (Abbildung 10):

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

2002 wurden insgesamt 250.969 Rauschgiftdelikte registriert. Wie Abbildung 10 zeigt, stellen die 170.629 allgemeinen Verstöße (v.a. Konsumdelikte) mit 68% den größten Teil der Delikte dar. In 76.038 Fällen (30%) wurden Delikte wegen illegalem Handel und Schmuggel und illegaler Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringen Mengen begangen. Sonstige Verstöße gegen das BtMG lagen in 4.302 Fällen (2%) vor.

Abbildung 10: Rauschgiftdelikte, Verteilung nach Deliktsgruppen



Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

Gegenüber dem Vorjahr hat die Zahl der Konsumdelikte etwas zugenommen, die Zahl der Handelsdelikte ging leicht zurück (Abbildung 11).

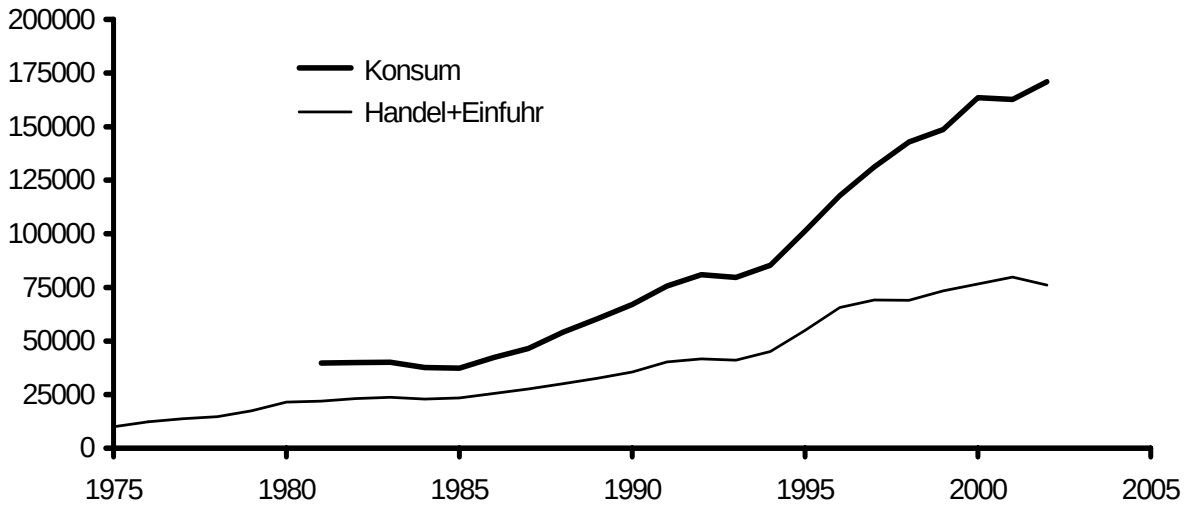


Abbildung 11: Verstöße gegen das BtMG – Entwicklung der Delikte seit 1988

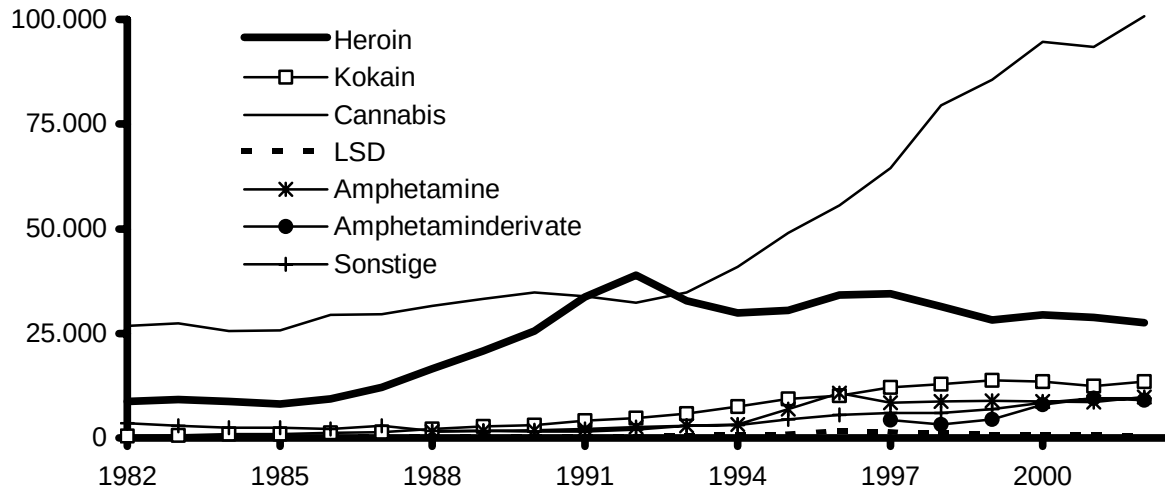
	1988	1991	1994	1995	1997	1999	2000	2001	***2002***
Allgemeine Delikte	53.854	75.631	85.234	101230	131.208	148.650	163.541	162.740	***170969***
Handel,Schmuggel illegale Einfuhr	30.035	40.286	45.088	54889	69.093	73.271	76.594	***79.787***	***76038***

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

Unter direkter Beschaffungskriminalität werden alle Straftaten zusammengefasst, die zur Erlangung von Betäubungsmitteln oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln begangen wurden. Im Berichtsjahr wurden *2.807* Fälle der direkten Beschaffungskriminalität registriert, über die Hälfte hiervon waren Rezeptfälschungen *(58%).*

Bei den Konsumdelikten spielen vor allem Cannabis und Heroin eine überragende Rolle, wobei die von Cannabis des öfteren unterschätzt wird, da es in einigen Fällen von Mehrfachkonsum als weniger riskante Substanz nicht dargestellt wird. Abbildung 12 zeigt, dass Konsumdelikte vor allem im Zusammenhang mit Cannabis (2002: 100.779; 2000: 94.633; 1999: 85.668;) in den letzten Jahren erheblich angestiegen sind und in 2002 den Höchststand seit ihrer Erfassung erreicht haben. Kokainkonsumdelikte pendeln seit 1999 zwischen 12.500 und 14.000 (2002: 13.541, 2001: 12.436; 2000: 13.488; 1999: 13.810). Zwischen 1999 und 2001 hat sich die Anzahl der Konsumdelikte im Zusammenhang mit Amfetaminderivaten (Ecstasy) etwa verdoppelt. Im Berichtsjahr ist wieder ein leichter Rückgang zu beobachten (2002: 9.020, 2001: 9.451; 2000: 8.010; 1999: 4.497). Konsumdelikte in Zusammenhang mit Amfetamin sind in 2002, nach einem leichten Rückgang in 2001, erneut angestiegen. 18.895 Amfetamin- und Amfetaminderivat-Konsumdelikte liegen für 2002 vor. Die Zahl der Delikte wegen Kokainkonsum liegen in der gleichen Größenordnung (Abbildung 12).

Abbildung 12: Verstöße gegen das BtMG – Entwicklung der Konsumdelikte seit 1982



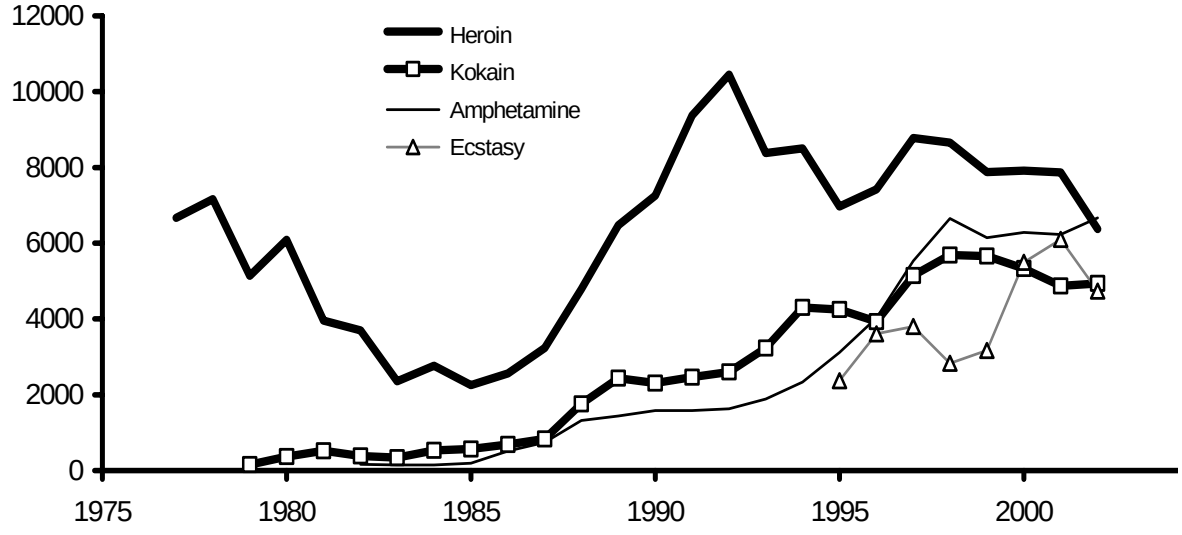
Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

Neben Angaben zu den Rauschgiftdelikten veröffentlicht das Bundeskriminalamt auch Statistiken über die Personen, die erstmalig im Zusammenhang mit Drogen polizeiauffällig wurden. Seit dem Frühjahr 1997 werden dabei auch jene Personen berücksichtigt, die Konsum geeignete Mengen mit sich führen und nicht ausschließlich als Händler anzusehen sind. Auch diese Zahl hat sich seit Mitte der achtziger Jahre deutlich vergrößert. Im Jahr 2002 wurden deutlich weniger Personen (-10,3%) erfasst als im Vorjahr.

Heroinerstauffällige stellten bis 2001 die größte Zahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen dar. Nach einer deutlichen Verringerung dieser Gruppe, die sich auch 2002 fortsetzte (2002: 6.378; 2001: 7.868; 2000: 7.914; Erstkonsumenten), zeichnet sich eine Änderung in der Hierarchie der Rauschgifte ab. Die Zahl der Amfetamin-Erstkonsumenten stieg (2002: 6.666; 2001: 6.229; 2000: 6.288; Erstkonsumenten), so dass diese Gruppe erstmals an erster Stelle steht. (Abbildung 13). Bei Kokain (2001: 4.872; 2000: 5.327; 1999: 5.662 Erstkonsumenten) stiegen die Zahlen 2002 (4.933) nach einem Rückgang in 2001 wieder

leicht an. Während bei LSD die Zahl der Erstkonsumenten (2002: 229; 2001: 549; 2000: 770) bereits seit einigen Jahren abnimmt, nahm 2002 nach einem längeren und raschen Anstieg erstmals auch die Zahl der Erstkonsumenten von Ecstasy wieder ab (2002: 4.737; 2001: 6.097; 2000: 5.495 Erstkonsumenten) ab. Das Register der Erstauffälligen berücksichtigt Cannabisdelikte nicht, so dass über die Größenordnung dieser Personengruppe daraus keine Erkenntnisse zu gewinnen sind. (Abbildung 13).

Abbildung 13: Erstauffällige Konsumenten harter Drogen



Personen	1980	1985	1990	1994	1995	1997	1999	2000	2001	2002
Heroin	6.091	2.254	7.252	8.501	6.970	8.771	7.877	7.914	7.868	6.378
Kokain	364	567	2.308	4.307	4.251	5.144	5.662	5.327	4.872	4.933
Amfetamine		194	1.586	2.333	3.119	5.535	6.143	6.288	6.229	6.666
Ecstasy					2.371	3.799	3.170	5.495	6.097	4.737
LSD			200	321	772	1.356	738	770	549	229

Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

4.2.2 Urteile zu drogenbezogener Kriminalität

Es liegen keine aktuellen Statistiken zu Urteilen vor.

4.2.3 Haftstrafen für drogenbezogene Kriminalität

Zum Stichtag 31.3.2002 waren 8.574 Personen wegen Straftaten nach dem BtMG in Haft. Dies entspricht einem Anteil von 14,1% aller Inhaftierten (Statistisches Bundesamt 2002b). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass eine Anzahl weiterer Drogenkonsumenten zum Beispiel wegen Einbruchsdelikten inhaftiert war. Gültige Gesamtzahlen liegen uns hierzu nicht vor; zu einzelnen spezifischen Delikten siehe 4.2.4.

4.2.4 Andere drogenbezogene Kriminalität

2002 wurden 1.635 Fälle von Rezeptfälschungen zur Erlangung von Betäubungsmitteln erfasst (vgl. 4.2). 34% dieser Fälle ereigneten sich in Großstädten ab 500.000 Einwohner (BKA 2003a).

Die Strafverfolgungsstatistik weist für 2002 unter den insgesamt 362.054 Unfällen mit Personenschaden 1.262 Unfälle auf, die sich unter dem Einfluss berauschender Mittel ereigneten. Bei diesen Angaben wird allerdings von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Im Rahmen dieser Unfälle wurden 68 Menschen getötet und 595 Menschen schwer verletzt (StBA / Gruppe VC Verkehr, persönliche Mitteilung).

Im Rahmen einer Studie wurden die Ergebnisse aller forensisch-toxikologischen Untersuchungen an Blut- und Urinproben aus dem Jahr 2001 aus München, Frankfurt, Hamburg und Berlin zusammengetragen. Die Analysen betrafen in 5.420 Fällen Verkehrsdelikte, in 1.798 andere kriminelle Delikte und in 657 Fällen Todesfälle. Da die Analysen nur in den Fällen in Auftrag gegeben wurden, in denen ein Gerichtsverfahren oder andere rechtliche Vorgaben dies notwendig gemacht haben, sind diese Ergebnisse nicht für den normalen Straßenverkehr repräsentativ. Cannabis mit 61,6% und Opiate/ starke Analgetika sind mit 37,4% der Fälle die Substanzen, die bei weitem am häufigsten gefunden wurden (Institut für Rechtsmedizin o. J.).

Für Gewaltdelikte liegen keine Angaben differenziert nach illegalen Drogen vor. Zum Vergleich: Es wurden 185.394 Fälle von Gewaltkriminalität registriert, die unter dem Einfluss von Alkohol begangen wurden.

Eine Übersicht über die Forschungsaktivitäten der Polizei in Bezug auf Drogen findet sich unter: www.bka.de/pub/veroeff/band/band02/drogen_sucht.pdf .

4.3 Soziale und ökonomische Kosten des Drogenkonsums

Bisher gibt es keine umfassenden Studien, die für Deutschland die sozialen und ökonomischen Kosten des Drogenkonsums zusammenstellen würden. Eine aktuelle methodische Übersicht über die ökonomischen Aspekte von Substitutionsbehandlung (Ahrends et al. 2003) unterstreicht die Bedeutung und den Nutzen entsprechender Studien.

5 Drogenmarkt

5.1 Verfügbarkeit und Beschaffbarkeit von Drogen

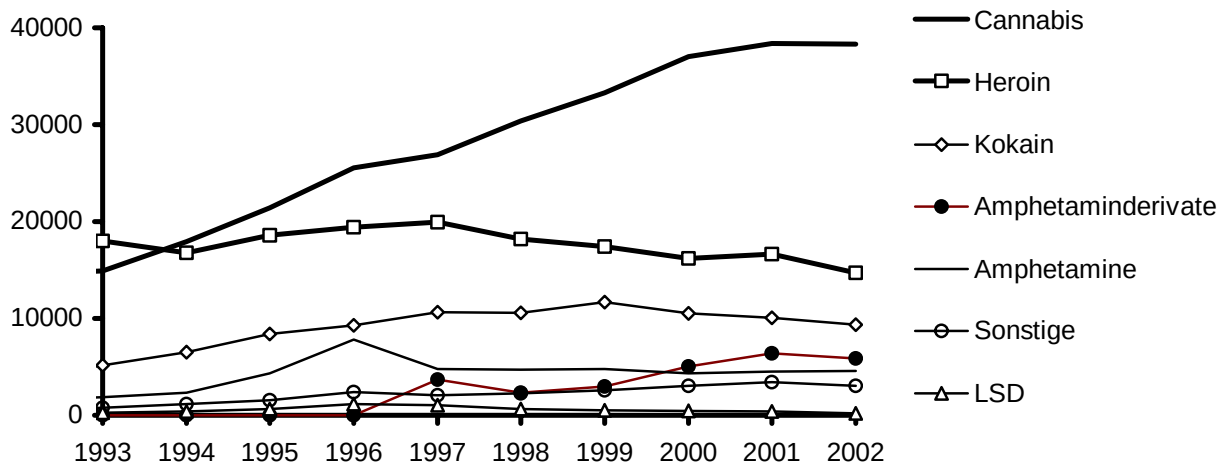
Im Jahr 2002 wurden im Inland und insbesondere an den Grenzen zu den Nachbarstaaten in den Seehäfen und Flughäfen wie in den Vorjahren große Mengen an Betäubungsmitteln sichergestellt. Mehr als die Hälfte der Sicherstellungen betrafen die Grenze zu den Niederlanden. Für einen Teil der sichergestellten Substanzen werden von Polizei und Zoll Ausgangs-, Herkunfts- oder Transitstaat ermittelt (Bundeskriminalamt 2003a). Südwestasien (v.a. Afghanistan) stellte weiterhin die wichtigste Herkunftsquelle für Heroin dar, die Türkei und die Balkanroute waren dabei wichtige Transportwege. Daneben wird der Weg über die zentralasiatischen Staaten (Usbekistan, Turkmenistan, Tadschikistan, Kirgisistan und Kasachstan) in Richtung Europa zunehmend wichtig. Kokain wird größtenteils direkt aus den Andenstaaten Kolumbien, Peru und Bolivien oder über die Niederlande geschmuggelt. Deutschland diente in vielen Fällen nicht nur als Ziel- sondern auch als Transitstaat. Im Jahr 2002 gab es eine herausragende Sicherstellung von 1.250 kg Kokain, die zur weiteren Verteilung für den europäischen Markt bestimmt waren. Bei synthetischen Drogen (Amfetamin, Amfetaminderivate und LSD) und Cannabisprodukten waren die Niederlande Hauptherkunftsland. Steigende Mengen von Amfetamin und Methamfetamin („Crystal“) gelangen aus der Tschechischen Republik insbesondere in die Bundesländer Bayern und Sachsen.

Die wahrgenommene Verfügbarkeit lässt sich in Umfragen an der Aussage ablesen, eine Substanz sei „innerhalb von 24 Stunden leicht beschaffbar“. Für Personen ohne Drogenerfahrung ist vor allem Cannabis erreichbar (Ost: 9%; West:16%), Ecstasy etwas schwieriger (Ost: 8%; West:10%). Heroin und Kokain sind im Vergleich dazu weniger zugänglich (Ost: 3%; West:5%). Personen mit Drogenerfahrung berichten allerdings insbesondere für Cannabis von einer sehr hohen Verfügbarkeit (Ost: 75%; West: 63%) (Kraus & Augustin 2001).

5.2 Sicherstellungen von Betäubungsmitteln

In Deutschland wurden 2002 76.038 Delikte im Zusammenhang mit illegalem Handel und Schmuggel sowie Einfuhr nicht geringer Mengen von illegalen Betäubungsmitteln registriert. Eine Trennung der Sicherstellungen von Polizei und Zoll ist dabei nicht möglich, da nur gemeinsame und abgestimmte statistische Angaben zur Verfügung stehen. Am häufigsten wurden dabei erneut Delikte im Zusammenhang mit Cannabis (2002: 38.303; 2001: 38.387; 2000: 37.030;) festgestellt. Heroin (2002: 14.690; 2001: 16.632; 2000: 16.216), Kokain (2002: 9.372; 2001: 10.038; 2000:10.488; 1999:) Amfetamine bzw. Amfetaminderivate (2002: 10.482; 2001: 10.869; 2000: 9.352), LSD (2002: 180; 2001: 391; 2000:479) sowie sonstige Substanzen (2002: 3.011; 2001: 3.442; 2000: 3.030) machen den Rest der einschlägigen Delikte aus (Abbildung 14).

Abbildung 14: Handel, Schmuggel und illegale Einfuhr von Drogen (Fallzahlen))



Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

Von Mitte der achtziger Jahre bis 1992 haben sich bei Heroin die Deliktzahlen mehr als verdreifacht, seit 1998 ist ein leichter Abwärtstrend zu beobachten. Bei Cannabisdelikten ist insbesondere seit 1994 ein kontinuierlich steigender Trend zu beobachten. Die entsprechenden Zahlen für Kokain haben sich seit den achtziger Jahren versechsfacht, sind jedoch seit 1999 um beinahe 20% gesunken. Delikte, die Amfetamin und Amfetaminderivate betreffen, sind im Berichtsjahr leicht zurückgegangen. Delikte im Zusammenhang mit LSD sind in diesem Jahr, wie auch im Vorjahr, zurückgegangen.

Die Sicherstellungsmengen von Cannabis, Kokain Amfetamin und LSD sind gegenüber 2001 angestiegen. Bei LSD ist bei rückläufigen Fallzahlen ein Anstieg um über 160% zu beobachten. Der Anstieg von Kokain ist in erster Linie auf eine Großsicherstellung von 1.250 kg Kokain zurückzuführen (vgl. 5.1), das nach Aussage der Polizei nicht für den deutschen Markt bestimmt war. Die Sicherstellungsmenge von Ecstasy ist gegenüber dem Vorjahr um 30% gesunken. Die Beschlagnahmungsmengen von Cannabis schwanken stark. Während sich im Vergleich zu 2001 die Menge des beschlagnahmten Marihuanas von 2.079 kg auf 6.130 kg stark erhöht hat, sank die Menge des beschlagnahmten Cannabisharzes mit 6.863 kg gegenüber 5.003 kg. Ähnlich große Schwankungen finden sich auch bei den Sicherstellungsmengen anderer Drogen (Tabelle 15).

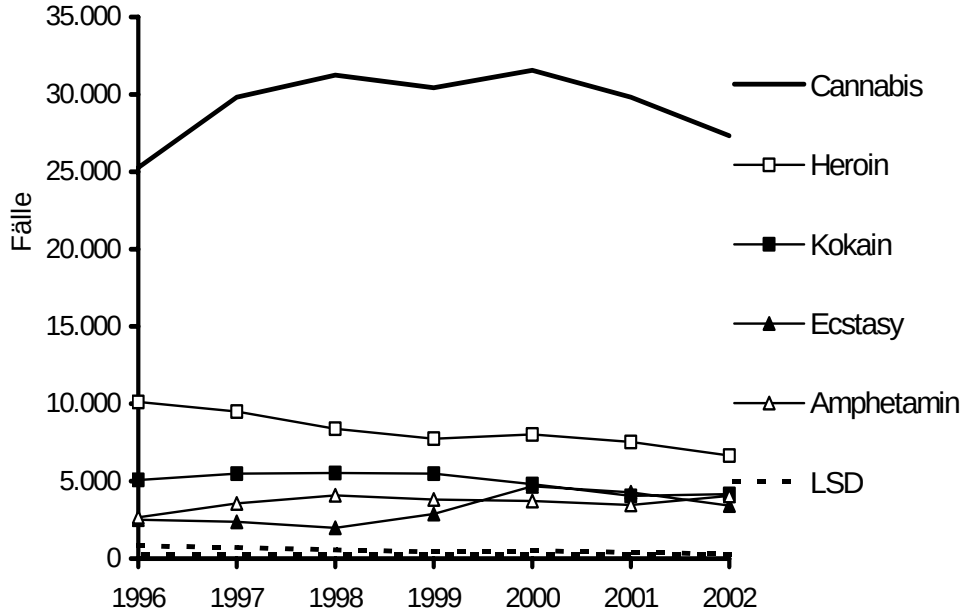
Tabelle 15: Sicherstellungsmengen 1991 - 2002

Jahr	Heroin (kg)	Kokain (kg)	Cannabis (Harz +Kraut) (kg)	LSD (Trips)	Amfetamine (kg)	Ecstasy (Konsumeinheiten zu 0,3g)
1991	1.595	964	12.344	13.887	88	
1992	1.438	1.332	12.166	29.571	105	
1993	1.095	1.051	11.353	23.442	117	77.922
1994	1.590	767	25.693	29.627	120	239.051
1995	933	1.846	14.245	71.069	138	380.858
1996	898	1.373	9.355	67.082	160	692.397
1997	722	1.721	11.495	78.430	234	694.281
1998	686	1.133	21.007	32.250	310	419.329
1999	796	1.979	19.907	22.965	360	1.470.507
2000	796	913	14.396	43.924	271	1.634.683
2001	836	1.288	8.942	11.441	263	4.576.504
2002	520	2.136	11.133	30.144	362	3.207.099

Quelle: BKA (2003a).

Da die Sicherstellungsmengen durch große Einzelbeschlagnahmungen über die Jahre stark schwanken können, wird im Folgenden zum Vergleich auch die Zahl der Sicherstellungen berichtet. Die Gesamtzahl der Sicherstellungsfälle ist in 2002 gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen. Rund 58% aller Rauschgiftsicherstellungsfälle betrafen Cannabisprodukte- bzw. pflanzen. Die Zahl dieser Fälle war insgesamt relativ stabil, ging aber in den beiden letzten Berichtsjahren leicht zurück (2002: 27.333; 2001: 29.824; 2000: 31.564). Abbildung 15 zeigt - mit gewissen Schwankungen - eine ähnliche Situation auch bei Heroin (2002: 6.658; 2001: 7.538; 2000: 8.014). Die Anzahl der Sicherstellungen von Amfetaminen (2002: 4.048; 2001: 3.459; 2000: 3.726; 1999) ist im Berichtsjahr gestiegen. Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain ist relativ konstant geblieben (2002: 4.163; 2001: 4.044; 2000: 4.814), von LSD seit 2000 (2002: 158; 2001: 289; 2000: 510) stark zurückgegangen. Bei Ecstasy ist nach einer deutlichen Zunahme im Jahr 2000 ein deutlicher Rückgang im letzten Jahr zu beobachten. (2002: 3.417; 2001: 4.290; 2000: 4.681; 1999: 2.883) (Abbildung 15).

Abbildung 15: Anzahl der Sicherstellungen von Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: Rauschgiftjahresbericht 2002 (BKA 2003a)

5.3 Preise und Reinheit

Ein weiterer Indikator des illegalen Drogenmarktes sind Veränderungen bei den Drogenpreisen und bei dem Reinheitsgehalt der Drogen. Das Bundeskriminalamt ermittelt seit 1975 auf der Grundlage von Beschlagnahmungen einen Durchschnittspreis für verschiedene Drogen. Dabei werden Kleinmengen im Grammbereich und Mengen ab einem Kilogramm unterschieden. Erstere geben eher die von den Konsumenten gezahlten Preise, letztere die für den Drogenhändler relevanten Beträge wieder. Die ermittelten Drogenpreise können nur als grobe Richtwerte interpretiert werden, zumal der teilweise sehr unterschiedliche Reinheitsgehalt der Drogen bei der Preisermittlung nicht berücksichtigt wird. Darüber hinaus besteht die Schwierigkeit, dass die der Preisermittlung zugrunde liegenden einzelnen Funde keine echten „Stichproben“ sind, so dass Zufallseffekte die Zahlen stark verändern können. Die aktuellsten Informationen liegen für das Jahr 2002 vor.

Neben den Preisen ermittelt das Bundeskriminalamt seit einiger Zeit die Reinheit unterschiedlicher Drogen auf dem Markt. Als Grundlage für Analysen von Reinheits- und Wirkstoffgehalten dienten 2002 17.906 Datensätze, die aus Drogenbeschlagnahmungen resultieren. Unter anderem wegen der besseren Vergleichbarkeit werden im Folgenden die Gehalte der psychotropen Inhaltsstoffe auf die Form der Base bezogen, unabhängig davon, in welcher chemischen Form der Suchtstoff in der illegalen Zubereitung vorliegt. Alle Werte sind nur als grobe Richtwerte zu interpretieren, da große Schwankungen im Reinheitsgehalt der einzelnen Beschlagnahmungen zu starken Zufallseffekten führen können. Die folgenden Darstellungen basieren auf dem Rauschgiftjahresbericht 2002 des BKA (BKA 2003a) bzw. auf Mitteilungen der Zollverwaltung. Für Heroin, Kokain und Amfetamin werden die

Wirkstoffgehalte zum ersten Mal nach Sicherstellungsmengen in drei Bereiche aufgeschlüsselt: die unterste Handelsebene, den so genannten Straßenhandel (< 1g), die mittlere Handelsebene (1g bis < 100 g) und die Großhandelsebene (>= 100g).

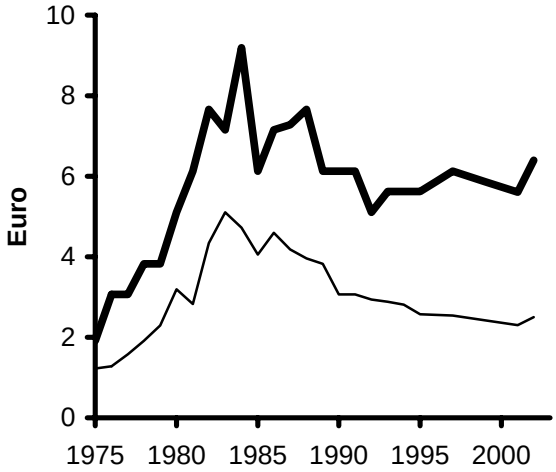
Cannabis

Der Preis im Straßenhandel, der 1984 bei einem Höchststand von 9,20 € pro Gramm lag, betrug im Jahr 2002 im Mittel 6,40 € (2001: 5,60 €) (Abbildung 16).

Von 3.752 quantifizierten Proben von Cannabisharz wiesen 72 % einen Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) von 3 bis 12 % auf. 9 % der Zubereitungen hatten einen niedrigeren Wirkstoffgehalt. 19 % der untersuchten Proben wiesen einen höheren Gehalt auf. Vereinzelt wurden THC-Gehalte von über 20 % bestimmt; der höchste festgestellte Wert lag bei 39 %. Der Anteil der Proben mit besonders hohem Wirkstoffgehalt liegt damit etwa gleich hoch wie im Vorjahr. (Abbildung 17).

Bei Marihuana wiesen beinahe 50 % der 3.705 gemeldeten Proben einen THC-Gehalt bis 8 % auf. 15 % der Pflanzenproben hatten einen Wirkstoffgehalt über 14 %. Der höchste Wirkstoffgehalt für Cannabiskraut wurde mit 40 % ermittelt. Harz und Kraut weisen damit einen sehr ähnlichen Wirkstoffgehalt auf.

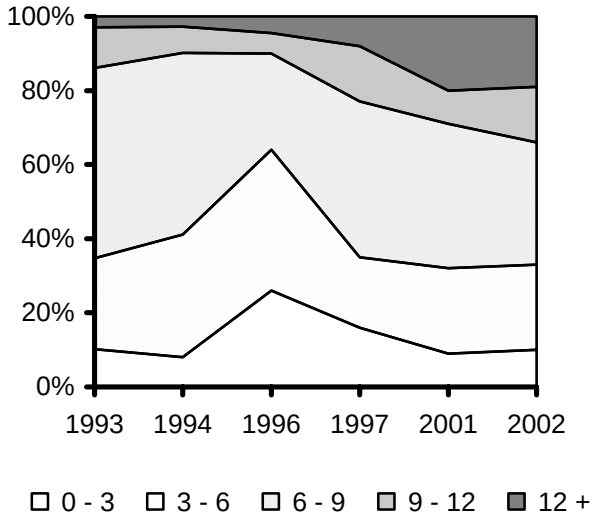
Abbildung 16: Preise pro Gramm Haschisch für Klein- und Großmengen



€	1975	1985	1995	2000	2001	2002
Klein	1,90	6,10	5,60	5,60	5,60	6,40
Groß	1,20	4,10	2,60	2,30	2,30	2,50

Quelle: BKA 2003

Abbildung 17: THC-Gehalt von Haschisch



% der Proben	<3%	3-6%	6-9%	9-12%	>12%
1997	16%	19%	42%	15%	8%
1998	9%	17%	47%	13%	14%
1999	8%	13%	43%	20%	16%
2000	10%	16%	46%	11%	17%
2001	9%	23%	39%	9%	20%
2002	9%	23%	37%	12%	19%

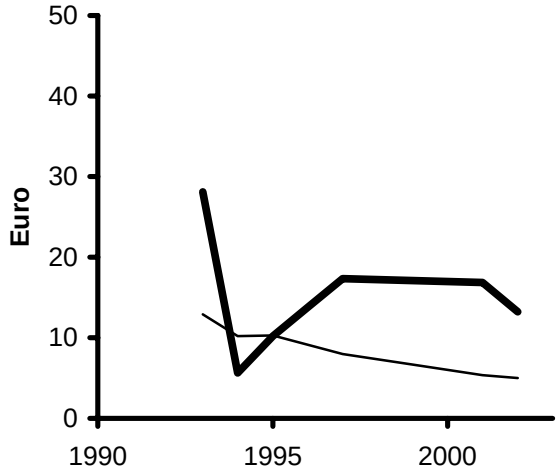
Quelle: Zerell et al. 2003

Amfetamin

Der Preis von Amfetamin, der 1993 auf einem Höchststand war, blieb seit 1996 relativ stabil und betrug im Jahr 2002 im Straßenhandel im Mittel 13,20€ pro Gramm (Abbildung 18).

Von insgesamt 1.530 quantifizierten Proben hatten 68 % einen Amfetamin-Gehalt von weniger als 10 %. 17 % der Proben befanden sich im Bereich 10-20 %, 7 % im Bereich 20-30 %. Die restlichen Zubereitungen verteilen sich relativ gleichmäßig auf die Stufen von 30 bis 80 %. Auf der untersten Handelsebene, dem Straßenhandel, zeigt sich mit 75% eine Zunahme im unteren Gehaltsbereich bis 10 %. 13 % der Proben weisen auf dieser Ebene einen Gehaltsbereich von 10 bis 20 % und 6 % einen Gehaltsbereich von 20 bis 30 % auf (Abbildung 19).

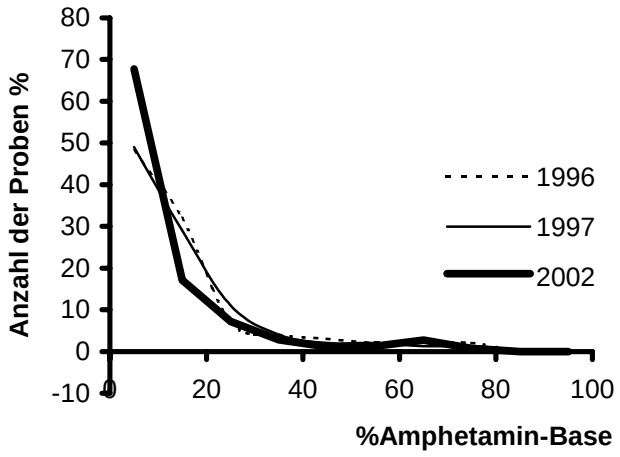
Abbildung 18: Preise pro Gramm Amfetamin für Klein- und Großmengen



€	1993	1994	1996	2001	2002
Klein	28,10	5,60	13,80	16,80	13,20
Groß	12,90	10,20	9,10	5,40	5,00

Quelle: BKA 2003

Abbildung 19: Wirkstoffgehalt von Amfetamin



% der Proben	<10%	10-20%	20-30%	30-40%	>40%
1996	48%	32%	7%	4%	9%
1997	49%	29%	11%	4%	7%
2001	71%	17%	6%	2%	4%
2002	68%	17%	7%	3%	5%

Quelle: Zerell et al. 2003

Als Zusatzstoffe sind Coffein (65 %), Methamfetamin (9%) und Ephedrin (2%) am bedeutendsten. Bei den Verschnittstoffen ragen Lactose (78 %) und Glucose (14%) heraus.

Amfetaminderivate

Für insgesamt 2.335.062 Tabletten und Kapseln (2001: 2.836.101) – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet - liegt der Wirkstoffgehalt vor. 99,6 % der Konsumeinheiten enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate), die übrigen zwei und drei Suchtstoffe. Von den Monopräparaten enthielten 98,4 % MDMA und die verbleibenden 1,6 % Amfetamin, MDE und MDA. Die Wirkstoffmenge schwankt dabei für Ecstasy (MDMA) erheblich zwischen 3 und 362 mg pro Konsumeinheit. Im Mittel liegt sie bei 63 mg.

Für die einzelnen Stoffe sind die Wirkstoffmengen in der Tabelle 16 aufgeführt.

Tabelle 16: Wirkstoffe in beschlagnahmten Amfetaminen

Wirkstoff	*Menge (in mg pro KE)**	*mittlerer Gehalt (mg pro KE)**
MDMA	***3 - 362***	***63***
Amfetamin	***< 0,1 - 36***	***10***
MDE	***14 - 62***	***42***
MDA	***21 - 69***	***46***

Quelle: Zerell et. al. 2003

* berechnet als Base

Bei den Mono- und Kombinationspräparaten wurde als Beimengung am häufigsten Lactose nachgewiesen. Die Kombinationspräparate enthielten am häufigsten Lactose und Mannit.

Damit scheint das Problem der Verunreinigung bzw. Unklarheiten über die chemischen Wirkstoffe in der als Ecstasy verkauften Pille relativ selten aufzutreten. Die große Schwankung der Wirkstoffmenge ist jedoch in Hinblick auf möglichst risikoarme Dosierungen auf Konsumentenseite problematisch. Pill-Testing müsste unter diesen Umständen vor allem quantitative chemische Analysen durchführen, um die Konsumrisiken zu verringern.

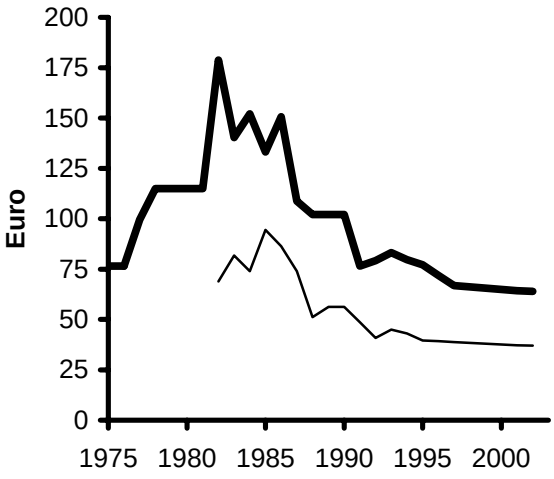
Kokain

Auch für Kokain haben sich die Preise von 1985 bis 1995 deutlich verringert. Seitdem sind sie etwa stabil geblieben. Pro Gramm wurden im Jahr 2000 durchschnittlich etwa 62 € gezahlt, im Jahr 2002 lag dieser Betrag im Straßenhandel im Mittel bei 64 €. Die Preise für Mengen über einem Kilo, die in der Regel bei Händlern beschlagnahmt werden, liegen mit 37 € etwa halb so hoch (Abbildung 20).

Insgesamt wurden 2.780 Proben auf ihren Wirkstoffgehalt ausgewertet. 14% der Proben wiesen einen Wirkstoffgehalt von unter 20% auf, 44% einen Gehalt zwischen 20 und 60 % und 34% einen Gehalt zwischen 60 und 80%. Auf der untersten Handelsebene (Straßenhandel) zeigt sich eine Zunahme im unteren Gehaltsbereich. 31% der Proben wiesen einen Wirkstoffgehalt von unter 20%, 35% einen Gehalt zwischen 20 und 60% und 28% einen Gehalt zwischen 60 und 80% auf (Abbildung 21).

Bei den „Verschnittstoffen“ der 1.996 ausgewerteten Proben dominierten Lactose (64 %) und Mannit (20 %). Von den Zusätzen waren Lidocain (30 %), Coffein (8 %) und Phenacetin (5 %) am häufigsten enthalten.

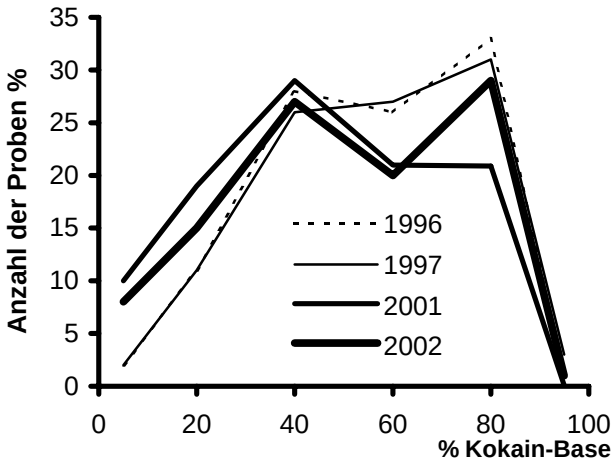
Abbildung 20: Preise pro Gramm Kokain für Klein- und Großmengen



€	1985	1995	2000	2001	2002
Klein	133	77	62	64	64
Groß	95	40	37	37	37

Quelle: BKA 2003

Abbildung 21: Kokain-Base Gehalt von Kokain



% der Proben	<20%	20-40%	40-60%	60-80%	>80%
1997	5%	20%	28%	31%	16%
1998	12%	25%	29%	29%	5%
1999	5,8%	18%	24%	46%	6,2%
2000	19%	32%	20%	24%	5%
2001	19%	25%	25%	27%	4%
2002	14%	24%	20%	34%	8%

Quelle: Zerell et al. 2003

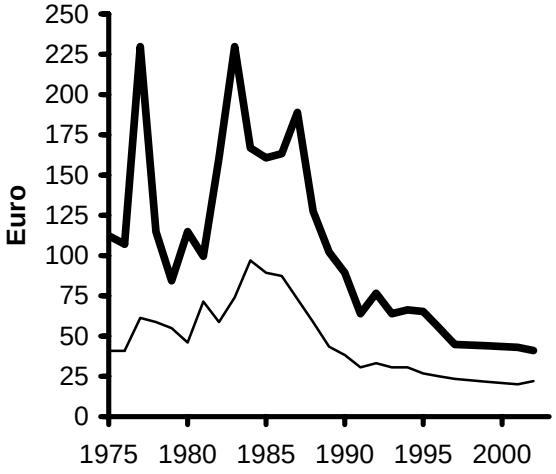
Heroin

Der Heroinpreis war seit 1975 relativ starken Schwankungen unterworfen. Im Jahr 2002 lag der Preis im Straßenhandel im Mittel bei etwa 41 € (Abbildung 22). Der Zusammenhang zwischen Preis, Reinheit und Konsumenten- bzw. Todeszahlen ist komplex und lässt sich mit einfachen Modellen nicht abbilden (Kraus & Püschel 2002). Wirksam werden neben globalen Gegebenheiten (Umfang der Opiumernte) zum Beispiel auch die lokale Konkurrenzsituation zwischen Drogenhändlern, Großbeschlagnahmungen etc.

Der mittlere Gehalt an Diacethylmorphin gibt die Reinheit der Heroinproben und den Wirkstoffgehalt der Substanz auf dem Markt wieder. Insgesamt wurden 4.213 Datensätze hinsichtlich des Reinheitsgehalts ausgewertet. 77% der Proben wiesen einen Wirkstoffgehalt von weniger als 20%, 20% der untersuchten Proben einen Gehalt zwischen 20 und 40% auf. Bei der Sicherstellungsmenge unter 1g (Straßenhandel) zeigt sich eine Abnahme im unteren Gehaltsbereich von unter 20 (Abbildung 22).

4.147 Proben wurden hinsichtlich der Zusätze und Verschnittstoffe ausgewertet Dabei wurden am häufigsten die Zusätze Coffein (98 %) und Paracetamol (99 %), bei den Streckmitteln Glycerin (3 %) und Lactose (5 %) gefunden (Abbildung 23).

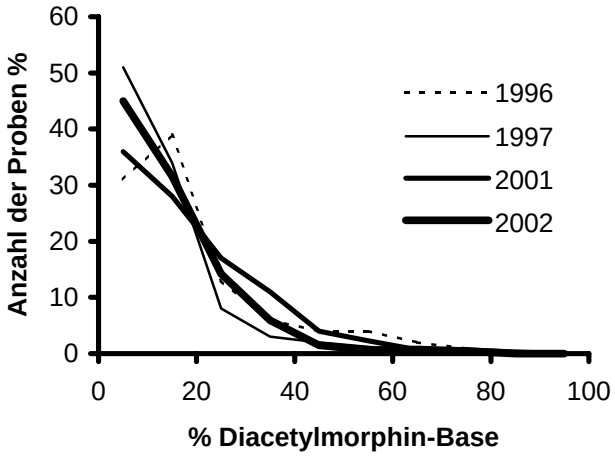
Abbildung 22: Preise pro Gramm Heroin für Klein- und Großmengen



€	1975	1985	1995	1999	2001	2002
Klein	112	161	65	44	43	41
Groß	41	89	27	22	20	22

Quelle: BKA (2003). OA 21 (Dienststelle)

Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung des Diacetylmorphingehaltes in Heroinproben



% der Proben	>10%	10-20%	20-30%	30-40%	>40 %
1997	51%	34%	8%	3%	4%
1999	49%	27%	11%	7%	6%
2000	37%	26%	16%	12%	9%
2001	36%	28%	17%	11%	8%
2002	45%	32%	14%	6%	3%

Quelle: Zerell et al.2003

6 Trends

6.1 Cannabis

Cannabis ist derzeit bei Erwachsenen und Jugendlichen die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Sie ist auch nach Alkohol und Opiaten der dritthäufigste Anlass für eine ambulante Beratung oder Behandlung in Suchteinrichtungen. Im Jahr 2002 war Cannabiskonsum bei 30,5% der wegen Drogenproblemen ambulant Behandelten der Anlass der Betreuung (Strobl et al. 2003a). Im stationären Behandlungsbereich ist der Anteil der hauptsächlich wegen Problemen mit Cannabis Behandelten mit 6,8% deutlich geringer (Strobl et al. 2003b). Auch im Bereich der Strafverfolgung spielt Cannabis eine große Rolle: Über die Hälfte aller Konsumdelikte werden im Zusammenhang mit Cannabis begangen (2002: 59%, 2001: 57%). Bei Betrachtung der vorwiegenden Art der Verstöße lässt sich feststellen, dass sogenannte Konsumdelikte etwa zwei Drittel der einschlägigen Rauschgiftdelikte ausmachen (BKA 2003a).

6.2 Synthetische Drogen (Amfetamine, Ecstasy, LSD, andere/neue Drogen)

Im Lebenszeitraum haben 3,1% der Personen im Alter zwischen 18 und 39 Jahren in den alten Ländern und 2,9% in den neuen Bundesländern mindestens einmal Amfetamine konsumiert, in den letzten 12 Monaten 1,1% bzw. 0,8% (Kraus & Augustin 2001). Die Anzahl der Amfetamin- und Amfetaminderivat-Sicherstellungsfälle ist im letzten Jahr, nach einem deutlichen Anstieg in 2000, wieder abgefallen (2002: 7.465; 2001: 7.749; 2000: 9.352; 1999: 7.770) (BKA 2003a). Angestiegen ist jedoch die Anzahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten von Amfetamin (2002: 6.666; 2001: 6.229; 2000: 6.288; 1999: 6.143;) sowie die Menge des beschlagnahmten Amfetamins/Methamfetamins (2002: 362 kg; 2001: 262,5 kg; 2000: 271,2 kg; 1999: 360 kg) (BKA 2003a). Amfetaminkonsumenten stellen damit 2002 erstmals die größte Zahl von Personen dar, die der Polizei erstmalig als Konsumenten „harter“ Drogen bekannt wurden (32,9%) (vgl. 4.2).

Ecstasy ist auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt Anfang der 90er Jahre aufgetaucht und kann, obwohl die Prävalenzen in den aktuellsten Bevölkerungsumfragen relativ klein sind, als die beliebteste illegale Droge von Jugendlichen nach Cannabis bezeichnet werden (BZgA 2001; Kraus & Augustin 2001). Die Fallzahlen im polizeilichen Bereich, die für das Jahr 2000 einen sprunghaften Anstieg für Ecstasy aufwiesen, sind in 2001 und 2002 jedoch wieder deutlich zurückgegangen (2002: 3.417; 2001: 4.290; 2000: 4.681; 1999: 2.883; 1998: 1.986). Die Zahl der Ecstasykonsumenten, die wegen ihres Drogenkonsums (erstmals polizeilich auffällig wurden, fiel nach einem kontinuierlichen Anstieg über mehrere Jahren, 2002 erstmals wieder ab. (2002: 4.737; 2001: 6097; 2000: 5.495; 1999: 3.710) (BKA 2003a). 7,4% aller Klienten, die sich im Jahr 2002 wegen illegaler Drogen in ambulante Beratung oder Behandlung begeben haben, taten dies in erster Linie wegen Ecstasy und ähnlichen Substanzen (Strobl et al. 2003a).

Psylocibinhaltige Pilze und LSD sind die in Deutschland am häufigsten konsumierten halluzinogenen Drogen (Kraus & Augustin 2001). Andere Substanzen, wie z.B. Mescalin, fallen

zahlenmäßig kaum ins Gewicht. Während LSD in den 70er Jahren als „Kultdroge“ galt, spielt es heute zahlenmäßig nur noch eine geringe Rolle. Die polizeilichen Sicherstellungsfälle von LSD sind zwar Ende der 90er Jahre vorübergehend angestiegen, danach aber deutlich abgefallen (2002: 158; 2001: 289; 2000: 510; 1999: 434; 1998: 561; 1997: 727) (BKA 2003a).

6.3 Heroin/Opiate

Heroin und andere Opiate, wie Methadon, Codein, Opium und Morphium, werden in der allgemeinen Bevölkerung nur in geringem Ausmaß konsumiert. Obwohl der Konsum von Opiaten in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung sehr wenig verbreitet ist, sind diese Substanzen nach wie vor die Hauptursache für Behandlung. 50,9% aller Hauptdiagnosen mit Bezug auf illegale Drogen wurden im Jahr 2002 für diese Substanzgruppe gestellt. Riskante Konsumformen sind unter den Opiatkonsumenten stark verbreitet. Über 70% der behandelten Heroinkonsumenten injiziert die Droge (Strobl et al. 2003a). Bei den 2002 polizeilich registrierten Todesfällen stellt in ca. 27% der Nennungen Überdosierung mit Heroin und in weiteren ca. 14% der Fälle Heroin in Verbindung mit anderen Drogen die Todesursache dar (2001: 34% Überdosierung mit Heroin, 14% Heroin in Verbindung mit anderen Drogen). Die Zahl der polizeilichen Sicherstellungen von Heroin war in Deutschland - mit Ausnahme des Jahres 2000 - in den vergangenen Jahren rückläufig (Fälle 2002: 6.658; 2001: 7.538, 2000: 8.014; 1999: 7.748; 1998: 8.387). Heroinkonsumenten stellten 2002 mit 6.378 Personen erstmals nicht mehr die größte Zahl von Konsumenten harter Drogen, die der Polizei erstmalig in Verbindung mit dem Missbrauch harter Drogen bekannt wurden (31,5%) (vgl. 4.2).

6.4 Kokain/Crack

Der Kokainkonsum hat in den 90er Jahren deutlich zugenommen. Dies trifft sowohl für den Konsum im Lebenszeitraum als auch für den aktuellen Konsum zu (Kraus % Augustin 2001). Anders als bei Ecstasy oder halluzinogenen Drogen, deren Konsum erst Anfang der neunziger Jahre sprunghaft angestiegen ist, weist die Gruppe der Kokainkonsumenten in Deutschland bereits seit mehr als 10 Jahren Jahr für Jahr eine sehr stabile Zunahme auf. Der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Kokain liegt als Hauptdiagnose in ambulanter Betreuung bei ca. 6% (Strobl et al. 2003a), in der stationären Suchtbehandlung bei 5,1% (Strobl et al. 2003b) vor. Kokain wird von Klienten auch als Beikonsum verwendet. Es wird häufig neben Opiaten, allerdings zunehmend auch in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert (Vogt, Schmidt & Roth 2000; Thane & Thiel 2000). Bei der Zahl der Sicherstellungen von Kokain war in den letzten Jahren ein rückläufiger Trend zu beobachten, 2002 zeichnet sich jedoch wieder ein leichter Anstieg ab. (2002: 4.163; 2001: 4.044; 2000: 4.814; 1999: 5.491; 1998: 5.532). Auch die Anzahl der erstauffälligen Konsumenten von Kokain zeigt, nach einem Abfall in den letzen Jahren, für 2002 einen leichten Anstieg (2002: 4.933; 2001: 4.872; 2000: 5.327; 1999: 5.491).

Eine besondere Rolle spielt der Konsum von Crack, welches aus Kokain deriviert ist und in der offenen Drogenszene unter dem Handelsnamen „Steine“ („stones“ oder „rocks“)

gehandelt wird. Brennpunkte dieser Entwicklung sind weiterhin Franfurt/Main und Hamburg (Kemmesies 2001). Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich sowohl die Zahl der Sicherstellungen von Crack (2002: 1.628; 2001 1.372) als auch die Menge des beschlagnahmten Cracks (2002: 7,2 kg, 2001: 2,1 kg). Von den lokalen Märkten wird von lokalen Experten die hohe Verfügbarkeit von Crack bei gleichzeitiger Verknappung von Pulverkokain berichtet. Das höhere Aggressionspotential von Crackkonsumenten im Vergleich insbesondere mit Heroinkonsumenten wird besonders kritisch wahrgenommen.

6.5 Mehrfachgebrauch (einschließlich Alkohol, Arzneimittel, Schnüffelstoffe)

Muster des Mehrfachgebrauches von Drogen und Rauschmitteln können je nach psychosozialem Kontext und Drogengebrauchsmotiven der Konsumentengruppe sowie dem Setting, in dem die Substanzen gebraucht werden, sehr unterschiedlich aussehen.

Tabelle 17: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Männern

	Hauptdiagnose						
Einzeldiagnose	Alkohol	Opioide	Cannabis	Sedativa / Hypnotika	Kokain	Andere Stimulan-tien	Halluzi-nogene
Alkohol	-	5%	3%	0%	1%	1%	0%
Heroin	5%	-	3%	0%	3%	1%	0%
Methadon	2%	-	1%	1%	1%	0%	0%
Codein	10%	-	4%	2%	2%	1%	0%
Andere opiathaltige	12%	-	5%	1%	3%	1%	-
Cannabinoide	13%	29%	-	0%	5%	6%	0%
Barbiturate	18%	53%	5%	-	2%	2%	0%
Benzodiazepine	14%	61%	4%	-	3%	2%	0%
andere Sedativa/	24%	35%	7%	-	3%	4%	1%
Kokain	9%	47%	12%	1%	-	6%	0%
Crack	8%	47%	10%	1%	-	3%	-
Amfetamine	10%	25%	25%	1%	7%	-	1%
MDMA	8%	24%	32%	1%	7%	-	1%
Andere Stimulantien	10%	17%	28%	1%	5%	-	1%
LSD	10%	36%	24%	1%	8%	12%	-
Mescalin	10%	33%	28%	1%	6%	14%	-
Andere	12%	21%	41%	1%	6%	11%	-

Quelle: Strobl et al.2003

Die Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (Strobl et al. 2003a) zeigen für das Jahr 2001 und 2002 für ambulant behandelte Personen, dass vor allem bei Opiatdiagnose (schädlicher Konsum oder Abhängigkeitssyndrom nach den Definitionen von ICD10) in erheblichem Ausmaß polyvalente Konsummuster zu beobachten sind. So haben Klienten, die sich hauptsächlich wegen Opiatkonsum in Behandlung begeben, häufig zusätzlich eine Diagnose in Bezug auf Benzodiazepine (2002: Frauen 51%, Männer 61%; 2001: Frauen 46%, Männer 61%), Kokain (2002: Frauen 56%, Männer 47%, 2001: Frauen 55%, Männer 48%), oder Crack (2002: Frauen 59%, Männer 47%, 2001: Frauen und Männer 43%). Diese Zahlen müssen besonders kritisch hinsichtlich der Praxis von Substitutionsbehandlungen in Deutschland betrachtet werden, deren Ziel ja zunächst die Sicherung einer Monoabhängigkeit ist. Zudem sind die Risiken der Substitutionsbehandlung bei Beigebrauch anderer Drogen erheblich (Tabellen 17 und 18).

Tabelle 18: Polyvalente Konsummuster bei drogenabhängigen Frauen

	Hauptdiagnose						
Einzeldiagnose	Alkohol	Opioide	Cannabis	Sedativa / Hypnotika	Kokain	Andere Stimulan-tien	Hallu-zinogene
Alkohol	-	5%	1%	1%	0%	1%	0%
Heroin	5%	-	2%	1%	1%	1%	0%
Methadon	2%	-	1%	1%	0%	0%	0%
Codein	7%	-	3%	3%	0%	2%	-
Andere opiathaltige Mittel	9%	-	2%	3%	3%	2%	-
Cannabinoide	10%	33%	-	1%	2%	9%	0%
Barbiturate	22%	33%	1%	-	0%	1%	0%
Benzodiazepine	17%	51%	2%	-	1%	1%	0%
Andere Sedativa/ Hypnotika	25%	17%	3%	-	2%	2%	-
Kokain	9%	56%	8%	1%	-	6%	0%
Crack	7%	59%	8%	1%	-	2%	-
Amfetamine	6%	28%	15%	1%	4%	-	0%
MDMA	6%	26%	22%	1%	5%	-	1%
Andere Stimulantien	11%	21%	11%	2%	2%	-	-
LSD	11%	45%	16%	2%	3%	13%	-
Mescalin	-	37%	33%	-	4%	11%	-
andere Halluzinogene	5%	32%	25%	-	3%	21%	-

Quelle: Strobl et al.2003

7 Schlussfolgerungen

7.1 Konsistenz zwischen den Indikatoren

Die meisten Indikatoren zeigen seit vielen Jahren einen engen Zusammenhang. Insbesondere die Werte zu den erstmalig polizeiauffälligen Personen und die Daten aus dem Behandlungsbereich zeigen sehr ähnliche Trends. Die stärkere Zunahme der Opiatklienten im Bereich Behandlung verglichen mit den Polizeidaten in den letzten Jahren weist eventuell auf eine bessere Erreichbarkeit dieser Gruppe durch Behandlungsangebote hin. Die starke Zunahme von Methadonbehandlungen könnte hierfür die Ursache sein. Andere Indikatoren, die teilweise nur auf begrenzten Stichproben basieren, scheinen durch viele Faktoren neben der Prävalenz des Drogenkonsums beeinflusst zu werden: Das Absinken des Heroinpreises seit Mitte der 80er Jahre korreliert nur bis 1992 mit einer Zunahme der polizeilich erstauffälligen Heroinkonsumenten. Danach sanken sowohl die Probierbereitschaft als auch die Prävalenzen des Heroinkonsums.

7.2 Methodische Einschränkungen und Datenqualität

Während die Zahlen zum Konsum „weicher“ Drogen in der Normalbevölkerung relativ valide und statistisch verlässlich auch für Teilgruppen über Umfragen zu erhalten sind, sind die Daten über den harten Kern der Heroinkonsumenten zahlenmäßig und in der Qualität begrenzt. Die Polizei, die Zugang zu dieser Gruppe hat, kann nur an ein absolutes Minimum an Informationen bieten (Alter, Geschlecht, Droge, Ort der Festnahme). Informationen aus Behandlungseinrichtungen sind ebenfalls beschränkt in ihrer Aussagekraft, da nicht alle Betroffenen diese Angebote nutzen. Durch die Kreuzvalidierung von Aussagen aus verschiedenen Quellen wird dennoch eine befriedigende Qualität der Gesamtaussage ermöglicht.

Die einzelnen Indikatoren zur Beschreibung der epidemiologischen Situation entsprechen noch nicht vollständig den Standards der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), wie beispielsweise die Darstellung der Altersgruppen von Rauschgifttodesfälle aus der „Falldatei Rauschgift“ (vgl. 3.2). Dies hat zur Folgen, dass die Vergleichbarkeit der Daten auf europäischer Ebene für entsprechende Bereichen nur eingeschränkt gegeben ist. Die DBDD als nationaler Knotenpunkt und die Experten, die in verschiedenen Arbeitsgruppen an der Harmonisierung insbesondere der Kernindikatoren arbeiten, bemühen sich um eine noch bessere Anpassung.

Allerdings sind auch die nationalen Bedürfnisse (Trendbetrachtung, administrative Anforderungen verschiedener erhebender Stellen), finanzielle und technische Einschränkungen zu beachten, so dass eine Umsetzung all dieser Anforderungen teilweise nur zögerlich erfolgt. Für die Daten aus dem Behandlungsbereich stehen nach wie vor Angaben aus weniger als 50% der vorhandenen ambulanten Einrichtungen zur Verfügung. Eine Unterrepräsentation von Drogeneinrichtungen in der nationalen Suchthilfestatistik wurde für das Berichtsjahr 1999 festgestellt (Simon et al. 2003). Nicht in allen Bundesländern sind die

Einrichtungen zur Datenerhebung auf der Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes verpflichtet. Die Datenweitergabe zur nationalen Auswertung ist ebenfalls nicht einheitlich geregelt. Statistische Angaben über Personen, die bei niedergelassenen Ärzten insbesondere in Substitutionsgestützter Behandlung sind, liegen nicht vor. Das Substitutionsregister in seiner derzeitigen Form kann hierzu in Zukunft nur die Klientenzahl und die Geschlechts- und Altersverteilung liefern. Bei den Umfragen sind bisher die Informationen für die Altersgruppe unter 18 Jahren unzureichend nach Substanzen differenziert. Die Beteiligung von sechs Bundesländern an ESPAD im Jahr 2003 wird hier eine deutliche Verbesserung der Datenlage mit sich bringen.

Bei einem Großteil der Daten, die für die so genannten Schlüsselindikatoren genutzt werden, handelt es sich um die Sekundärnutzung von Informationen, die primär zu anderen Zwecken gesammelt werden. Die Qualität der Erhebung, Datenverdichtung und die Vollständigkeit der Weitergabe kann dabei nur begrenzt vom nationalen Knotenpunkt geprüft oder gar beeinflusst werden.

7.3 Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel wurde in der Struktur des REITOX-Berichts 2002 ergänzt, um die allgemeinen Fragen zu diskutieren, die von den Guidelines zur Erstellung der REITOX Jahresberichte aufgeworfen wurden.

Insbesondere die Zunahme des Ecstasykonsums hatte Ende des letzten Jahrzehnts erhebliche öffentliche Debatten und Sorgen ausgelöst. Spezielle präventive Projekte wurden für die Besucher von Rave-Parties und Techno-Musikfans gestartet. Zumindest die Polizeizahlen zeigen für diesen Bereich eine Stabilisierung bzw. Verlagerung hin zu Amfetamin an. Präventive Maßnahmen und Maßnahmen zur Schadensminimierung sollten dies berücksichtigen.

Zur Zeit weisen die Indikatoren des Drogenmarktes, der Behandlungseinrichtungen und der polizeilichen Delikte auf eine Stabilisierung bzw. einen Rückgang der Heroinproblematik hin.

Crack findet sich immer häufiger und dominiert in einigen Großstädten bereits teilweise den Markt vor Kokain. Allerdings gilt dies bisher nur für Hamburg und Frankfurt. In anbetracht der starken Verelendung und steigenden Gewaltbereitschaft, die mit dem Missbrauch dieser Substanz einhergeht, sollte die weitere Ausbreitung intensiv beobachtet werden. Möglicherweise lässt sich auf diese Weise eine weitere geographische Verbreitung verhindern.

Kokain hat – auch als Primärdroge - eine relativ weite Verbreitung gefunden, ohne dass der Großteil der Konsumenten auffällig wird. Das tatsächliche Ausmaß kokainbezogener Probleme, problematische Konsummuster und Folgen sind Gegenstand einer laufende Studie mit Förderung des BMGS. Die Ergebnisse dieser Studie werden dabei helfen, die Problemlagen dieser Konsumentengruppen verlässlicher als bisher einschätzen zu können. Es geht auch darum, die Frage zu klären, ob die bisherigen Hilfen für diese Gruppen tatsächlich sinnvoll sind oder aber in anderer Form angeboten werden müssten.

Der deutliche Anstieg der Beschlagnahmungen, der Konsumenten- und Klientenzahlen mit Bezug auf Cannabis hat das BMGS veranlasst, hierzu eine Studie zu fördern, deren Ergebnisse Anfang 2004 zur Verfügung stehen werden. Weitere Aktivitäten werden diskutiert. Die Frage ist, ob die vorhandenen Hilfeangebote qualitativ und quantitativ mit dieser Herausforderung zurecht kommen und welche Konsequenzen diese Entwicklung für die immer wieder aufflammende Diskussion über eine weitere Entpönalisierung von Cannabis haben kann. Die deutliche Zunahme des Konsums in der Bevölkerung sowie die Zunahme der Behandlungsnachfrage in ambulanten Suchtberatungsstellen sind wichtige Fakten.

In Anbetracht immer knapper werdender Mittel für Prävention, Behandlung, Forschung und Entwicklung ist auf dem Hintergrund der dargestellten epidemiologischen Entwicklungen die unterschiedliche Bewertung verschiedener Substanzen in der Drogenpolitik zu überprüfen. Insbesondere die starke Ausrichtung auf die Leitdroge Heroin steht dabei zur Diskussion.

Teil III Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage

8 Strategien der Nachfragereduzierung auf nationaler Ebene

8.1 Zentrale Strategien und Aktivitäten

Prävention und Behandlung stellen zwei der vier Säulen der nationalen Strategie im Umgang mit dem Drogenproblem dar. Sie sind die zentralen strategischen Ansätze (Vergleich Kapitel 1.1). Die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern ergibt sich aus der Verfassung, welche die Verantwortlichkeit für Gesundheit primär bei den Ländern ansiedelt. Die Bundesebene definiert insbesondere durch das Betäubungsmittelgesetz und nationale Aktionspläne den rechtlichen und politischen Rahmen. In den Bundesländern werden grundsätzlich die gleichen Strategien im Umgang mit dem Sucht- und Drogenproblem verfolgt wie auf der Bundesebene. Je nach der drogenpolitischen Ausrichtung der Landesregierungen und dem Umfang und Erscheinungsbild der Drogenproblematik vor Ort gibt es jedoch Unterschiede in der Schwerpunktsetzung.

Zuständigkeiten auf nationaler Ebene

Der Themenbereich „Nachfragereduzierung" fällt auf Bundesebene in die Zuständigkeit verschiedener Politik- und Verwaltungsbereiche. Es befassen sich hiermit primär das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und die in seinem Geschäftsbereich wirkende Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie ergreifen Initiativen in diesem Feld und koordinieren präventionsbezogene Aktivitäten. Das BMGS, das Bundesministerium des Inneren (BMI) und das Bundesjustizministerium (BMJ) gestalten im Einvernehmen mit den Bundesländern die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die auch für Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage bedeutsam sind. Das dem Innenministerium nachgeordnete Bundeskriminalamt (BKA) führt neben repressiven Maßnahmen gegen Rauschgiftdelikte auch Aufklärungsmaßnahmen und Präventionsprojekte durch. Die Gesamtstrategie, in der Prävention ein integrativer Bestandteil ist, zeigt sich aktuell insbesondere im „Aktionsplan Drogen und Sucht“, der in Kapitel 1.1 im Detail dargestellt ist.

Grundsätze für die Prävention und Behandlung

Drogenabhängigkeit wird in Deutschland versicherungsrechtlich als eine Krankheit verstanden, die mit Störungen auf der psychischen, sozialen und somatischen Ebene verbunden ist. Dies entspricht dem Störungskonzept, wie es im Internationalen Klassifikationsschema der WHO (ICD 10) beschrieben ist. Neben Angeboten der Prävention wird in Deutschland zur Beratung und Behandlung ein breites, auf die individuellen Bedürfnisse des suchtkranken Menschen abgestimmtes Suchthilfesystem gefördert. Es besteht aus niedrigschwelligen sozialen und gesundheitsbezogenen Angeboten im ambulanten Bereich mit einem besonderen Schwerpunkt bei den Überlebenshilfen und schadensminimierenden Maßnahmen, um die Morbidität und Mortalität bei Drogenabhängigen zu verringern und mehr Betroffene für weiterführende Hilfemaßnahmen zu motivieren.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei der medizinischen Behandlung auch von Suchtproblemen ist nicht neu, kam aber bisher bei der Suchtbehandlung bei Opiatabhängigen fast nur im Rahmen von Substitution zum Tragen. Steigende Zahlen und Anteile von ambulanter Therapie, die von den Rentenversicherungen für Drogenabhängige finanziert werden, weisen darauf hin, dass sich hier allmählich eine Veränderung zumindest für diese Behandlungsmaßnahmen abzeichnet. So hat sich der Anteil der Versicherten, die wegen Drogenabhängigkeit eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme bewilligt bekommen, im Jahr 2002 gegenüber 1997 von 4 auf 9% mehr als verdoppelt.

Bisher werden etwa ein Drittel (Strobl et al 2003a) aller ambulanten Suchthilfeangebote durch kommunale Mittel finanziert, während Land, Bund und Versicherungen deutlich wenig Mittel aufbringen. Angesichts der finanziellen Lage insbesondere vieler Kommunen (Süddeutsche Zeitung 10.07.2003) und den daraus folgenden Kürzungen bei den freiwilligen Leistungen der Länder und Gemeinden ist ein tiefgreifender Umstrukturierungsprozess notwendig. Im Bereich der Integration ist eine enge Zusammenarbeit mit den Sozialhilfeträgern auf örtlicher Ebene und den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit angesichts der hohen Zahl von Arbeitslosen immer notwendiger geworden.

8.2 Ansätze und neue Entwicklungen

8.2.1 Neue und innovative Ansätze

Auf der Bundesebene

Der „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten des Bundes aus dem Jahr 2003 legt für die nächsten Jahre eine Gesamtstrategie fest, in der verschiedene komplementäre Maßnahmen von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen. Dezentralisierte und kommunale Konzepte stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 9).

- Maßnahmen zur Steigerung der Lebenskompetenz sollen vor allem Kinder und Jugendliche ansprechen. Zudem sollen die präventiven Aktivitäten stärker polyvalente und riskante Konsummuster Jugendlicher einbeziehen, geschlechtsspezifisch und längerfristig ausgerichtet sein.
- Öffentliche und private Websites zu illegalen Drogen sind vielfältig in Suchtvorbeugung, Jugendarbeit, Schulen, dem medizinischen Bereich, den Universitäten und bei engagierten Privatleuten vorhanden. Unter Mitwirkung der Länder ist geplant, ein koordinierendes nationales Internetportal zum Thema „Suchtvorbeugung“ zu schaffen, um die vorhandenen Ressourcen besser zu vernetzen. Es soll eine Anbindung an europäische Netzwerke zur Suchtprävention sicherstellen und sich an den Anforderungen der Benutzer orientieren.
- Drogenhilfeeinrichtungen bieten zunehmend Beratung auch online an. Dieser Ansatz soll weiter entwickelt werden.

www.Drug-com ist eine Internetplattform der BZgA, die sich an Jugendliche richtet und über Drogen informieren will. Die angegliederten Beratungsangebote wurden im Jahr 2002 von mehr als 2.500 Personen genutzt. 1.881 besuchten den allgemeinen Chatraum, in dem von Fachleuten moderierte Gruppengespräche stattfinden. Hinzu kamen 374 Einzelberatungen im Chatraum und 299 E-Mail-Beratungen. Cannabis war dabei in fast der Hälfte der Fälle Thema (persönliche Mitteilung Susanne Jordan, BZgA) .

Der Konsum illegaler Drogen ist in bestimmten Gruppen von Jugendlichen besonders problematisch. Bundesweit wird auf unterschiedlichen Ebenen daran gearbeitet, junge Menschen mit gefährlichen Konsummustern frühzeitig zu erreichen und angemessene Hilfe zu organisieren. Das setzt vor allem die Sensibilisierung der kommunalen Jugendhilfe und der Träger von Jugendhilfemaßnahmen für die Risiken und Folgen des Drogenkonsums voraus und verlangt von der Suchthilfe eine Veränderung in ihrer Hilfestruktur hin auf die Bedürfnisse junger Menschen. Da es derzeit strukturell zwischen Jugend- und Suchthilfe nur wenig Berührungspunkte gibt, wird die Zusammenarbeit beider Systeme von umfangreichen fachlichen Diskussionen begleitet.

Auf der Länderebene

Um aktuelle Informationen über Ansätze und Angebote in den Ländern zu gewinnen, wurden die Drogenbeauftragten der Länder von der DBDD befragt. Aus den Angaben der Ministerien werden einige Aktivitäten exemplarisch vorgestellt. Da der vorliegende Bericht den Schwerpunkt auf Veränderungen und neue Entwicklungen legt, ist insbesondere die Darstellung der Länder an dieser Stelle nicht repräsentativ für deren Gesamtaktivitäten. Die Differenzierung zwischen legalen und illegalen Substanzen ist in der Präventionsarbeit und teilweise auch in der Beratung und Behandlung schwierig. Auch eine Zuordnung von Budgets zum Thema Drogen ist nach Auskunft der Länder teilweise unmöglich.

Prävention

Im Bundesmodellprogramm „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD“ wurde an 15 Modellstandorten in 8 Bundesländern untersucht, in wieweit Jugendliche und junge Erwachsene, die erstmalig wegen des Konsums von illegalen Drogen strafrechtlich auffällig geworden waren, in Kooperation von Staatsanwaltschaft, Polizei und Suchthilfe für eine Verhaltensänderung gewonnen werden können. Die positiven Ergebnisse, die im Juni 2003 in der wissenschaftlichen Begleitung berichtet wurden, legen eine weitere Intensivierung der Kooperation zwischen Strafverfolgungsbehörden und Hilfesystem nahe.

Im Landesmodellprojekt “Peer-Projekt an Fahrschulen” wird, in die übliche Fahrschulausbildung eingebettet, eine “Unterrichtseinheit” durchgeführt, in der von Gleichaltrigen (Peers) das Problem Alkohol/Drogen im Straßenverkehr thematisiert wird. Der Einsatz von Gleichaltrigen wird von Jugendlichen authentischer wahrgenommen und mit den Peers gelingt ein Austausch unter Gleichaltrigen, der nachdenklich macht und zu Verhaltensmodifikationen führt. Angefangen in Sachsen-Anhalt, haben inzwischen vier weitere Bundesländer das Konzept übernommen und an den landeseigenen Fahrschulen eingesetzt.

In Baden-Württemberg sind zwei grenzüberschreitende Projekte mit Frankreich und der Schweiz in Planung, die sich mit dem Konsum von Cannabis beschäftigen. In Bezug auf die Schweiz, an die Baden-Württemberg angrenzt, ist vor allem die geplante weitere Entpönalisierung von Cannabis in der Schweiz ein Gegenstand gemeinsamer Diskussionen und Studien.

Im Sinne der Primärprävention Sucht führt das Land Brandenburg verschiedene Anti-Rauchprogramme wie „Rauchfreie Schule", „Ausstiegshilfen für rauchende Jugendliche" oder „Be smart – don't start" durch. Ebenso beteiligt es sich am Modellversuch OPUS (Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit) zur Gesundheitsförderung und suchtmittelunspezifischen Prävention in der Schule. Derzeit nehmen hieran 20 Schulen teil. Es werden Schülermentoren ausgebildet, die mit Kenntnissen aus der Gesundheitsförderung anderen Kindern und Jugendlichen gesunde Lebensweisen aufzeigen und diese vertreten können.

Beratung und Behandlung

Bayern führt eine Pilotstudie zur Motivierung von „therapieresistenten" Drogenabhängigen für eine Behandlung durch. Es wird der Frage nachgegangen, wie chronisch Mehrfachabhängige, die sich den herkömmlichen Therapieangeboten entziehen oder die sich nach mehreren Therapieabbrüchen sozial nicht einbinden lassen, einer niedrig schwelligen Hilfe zugeführt werden können. Inzwischen wurde für diese Zielgruppe ein Therapiemanual entworfen. Erste Ergebnisse werden für 2004 erwartet.

Auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse, die das Institut FOGS erstellte, erfolgt in Berlin eine Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe. Es werden sechs regionale Suchthilfedienste für den Bereich illegale Drogen geschaffen, die eine Grundversorgung sicherstellen und dabei auch benachbarte Disziplinen (z.B. Jugendhilfesystem, medizinisches Versorgungssystem) mit einbeziehen. Zukünftig soll ein integriertes Hilfeangebot für Abhängige legaler und illegaler Drogen entwickelt werden. Auch in Bremen wird in diesem Jahr mit Hilfe von FOGS ein Konzept zum Umbau des ambulanten Drogenhilfesystems entwickelt. Der Aufbau einer kommunalen Steuerungsstelle ist ein Ziel dieser Umstrukturierungsmaßnahme. Die Stadt Hamburg hat eine Evaluation ihres Suchthilfesystems in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse Anfang 2004 zur Verfügung stehen werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei dem Thema „Ausstiegsorientierung" gewidmet werden.

In Mecklenburg-Vorpommern wird im Modell „Schwerpunktpraxen Sucht" die langfristige Behandlung von Suchtkranken durch die Krankenkasse im Rahmen eines modernen „Disease Management" Ansatzes finanziert. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts belegen, dass Patienten der Schwerpunktpraxen tendenziell häufiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und somit stärker in das regionale Suchthilfesystem integriert werden. Die besondere Situation dieser Ärzte bietet die Möglichkeit zu einer längerfristigen Betreuung der Patienten (Riedel et al. 2003).

Ein spezifisches Hilfeangebot für Konsumenten von synthetischen Drogen und Kokain entwickelte der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe in Frankfurt. Es richtet sich darüber

hinaus an alle Internetnutzer, die sich zum Thema Drogen informieren wollen und umfasst einen Chatraum sowie E-Mail Beratung. Im Jahr 2002 besuchten 740 Personen das Chat-Café. 562 Personen, von denen vorher kaum einer jemals einen Kontakt zu einer Drogen- oder Suchtberatungsstelle gesucht hatte, nutzten die Möglichkeit der E-Mail Anfragen (Persönliche Mitteilung der Fachstelle für synthetische Drogen Frankfurt). Damit wird eine Gruppe von drogengefährdeten oder drogenkonsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen erreicht, die sich von den etablierten Beratungsangeboten der Drogenhilfe bislang nicht angesprochen fühlen.

Reintegration

Mit dem ursprünglichen Modellprojekt Q-Train, später erweitert zu Q-Train 2000, wurde in Pforzheim (Baden-Württemberg) zunächst modellhaft untersucht, inwieweit substituierte oder ehemals von illegalen Drogen abhängige Menschen, die einen festen Wohnsitz nachweisen und Anspruch auf Arbeitslosengeld/-hilfe oder Sozialhilfe haben, in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Die Ergebnisse des Projekts haben gezeigt, wie wichtig für den Erfolg einer Suchtbehandlung eine erfolgreiche Eingliederung des Klienten in das Arbeitsleben ist (vgl. 11.3).

8.2.2 Soziokulturelle Entwicklung mit Relevanz für die Nachfragereduzierung

Veränderungen in der öffentlichen Bewertung und eine reduzierte Risikoeinschätzung insbesondere beim Cannabiskonsum machen den Umgang mit dieser Substanz besonders schwierig. Die Diskrepanz zwischen Helfern und Konsumenten bei der Definition der Behandlungsziele ist teilweise erheblich. Einerseits gibt es Fälle, in denen Klienten die Abstinenz orientierten Ansätze der Berater für sich nicht akzeptieren, andrerseits nehmen manche Berater die Hilfenachfrage von Konsumenten oder deren Eltern nicht immer Ernst genug.

8.2.3 Entwicklung der öffentlichen Meinung

Drogenkonsumräume, die sich im öffentlichen Fokus befinden - etwa an zentralen Plätzen - lösen häufig Beschwerden bei den Anwohnern aus und führen nicht selten zu Initiativen, welche insbesondere die Szeneansammlungen im Umfeld der Einrichtungen zu verhindern versuchen. Konsumräume, die sich etwas abseits der öffentlichen Aufmerksamkeit oder in Vergnügungsvierteln befinden, scheinen dagegen weniger Probleme mit fehlender Akzeptanz zu haben (ZEUS 2002).

Ähnliche Probleme sind auch von anderen Bemühungen bekannt, neue Drogeneinrichtungen zu schaffen. So musste in einer Teilernehmerstadt der Heroinstudie der Standort der neuen Einrichtung mehrfach neu geplant werden, da es massive Proteste der Nachbarschaft an den zunächst vorgesehen Plätzen gab.

8.2.4 Neuere Untersuchungsergebnisse

Pill-Testing

In Niedersachsen wurde 2002 eine von der EU-Kommission geförderte Evaluationsstudie zu den Auswirkungen von Pill-Testing-Programmen auf das Konsumverhalten und das Risikobewusstsein von Konsumenten synthetischer Drogen erstellt (Benschop, Rabes, Korf 2002). Die Studie wurde gleichzeitig in Hannover, Amsterdam und Wien durchgeführt. In den gemeinsamen Analysen konnten Daten von 702 Studienteilnehmern ausgewertet werden. Die bereinigte Stichprobe aus Hannover umfasste eine Teilmenge von 235 Teilnehmern.

Die empirischen Befunde der Studie zeigen – bei einiger methodischer Kritik an der Untersuchung - unter anderem dass:

- Pill-Testing-Programme Kontakt zu bisher nicht erreichbaren Personen herstellen können,
- die Programme den Wissensstand über Ecstasy erhöhen und zu einem risikoärmeren Verhalten führen,
- die Programme den Konsum von Ecstasy nicht steigern und bei Unentschlossenen den Einstieg in den Ecstasy-Konsum verzögern oder verhindern.

Drogenkonsumräume

Um die Arbeit der Drogenkonsumräume zu evaluieren wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) alle 19 zum Januar 2002 betriebenen Drogenkonsumräume untersucht. Die Untersuchung wurde vom Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) durchgeführt.

Sie führte zu folgenden Ergebnissen:

- Für den Zeitraum 1995-2001 wurden jährlich über 400.000 Konsumvorgänge dokumentiert
- bei 5426 Notfällen im Zeitraum 1995-2001 kam es zu keinem Todesfall
- Effekte auf die Anzahl der Drogentoten werden angenommen. In einer Zeitreihenanalyse wurde für eine Reihe von Städten statistisch signifikant ein Sinken der Todesfälle mit der Einrichtung von Konsumräumenin Zusamenhang gebracht.
- durch Drogenkonsumräume verbessert sich die Anbindung der Nutzer an die Gesundheitsversorgung
- die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe wird erreicht, andere Personen wirksam ausgeschlossen: 96% der Befragten waren mehrjährig opiatabhängig
- ungelöst bleibt das Problem von Szeneansammlungen vor den Einrichtungen, die in manchen Fällen regelmäßig Beschwerden in der Nachbarschaft auslösen

8.2.5 Besondere „Events“ im Berichtszeitraum

Bundesfrauenkongress Sucht

Im September 2002 fand die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung initiierte und in Kooperation mit dem „Qualitätszirkel Frauen“ des Fachverbands Drogen und Rauschmittel (FDR) durchgeführte Tagung „BundesFrauenKongress Sucht“ statt. Mit dieser Veranstaltung wurde das Prinzip des „Gender mainstreaming“ in der Fachdiskussion nachhaltig betont.

Da Substanzkonsum in Verbindung mit kulturellen Mustern von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie männlicher und weiblicher Entwicklung auch zu unterschiedlichen Präferenzen für psychoaktive Substanzen führt, sollen geschlechtsspezifische Angebote in der Prävention und Suchthilfe gestärkt werden. Gewalterfahrung in der Kindheit und Jugend, der oft stärker verdeckte Umgang mit Drogen und geschlechtsspezifische Risiken beim Konsum von psychotropen Substanzen waren dabei wichtige Themen. Auch die besonderen Anforderungen an Behandlungsangebote von Seiten abhängiger Frauen, die Kinder betreuen, werden bisher noch zu wenig berücksichtigt.

Jahr der jungen Suchtkranken

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat 2003 zum „Jahr der jungen Suchtkranken“ erklärt und mit umfangreichem Material für Fachkräfte, Drogenhilfeträger, Jugendhilfeträger und Medien eine Informationskampagne gestartet. Dazu wurde ein umfangreiches Materialpaket „Jugend und Sucht“ produziert, ein Manual für den Umgang mit Drogen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe erstellt und ein Themenheft für die Zeitschrift „Der Journalist“ erstellt.

Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“

Auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde von der BZgA in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden ein Wettbewerb um vorbildliche kommunale Strategien in der Suchtprävention durchgeführt. Insgesamt waren 193 Städte, Landkreise und Gemeinden mit 220 Wettbewerbsbeiträgen beteiligt, wovon 13 prämiert wurden. Auf der kommunalen Ebene wurden dabei wichtige Zielgruppen der Suchtvorbeugung in ihrem Lebensumfeld erreicht. Aufgrund der lebhaften Resonanz der Kommunen wird der Wettbewerb zukünftig alle zwei Jahre wiederholt.

Suchtprävention in der Partyszene

In Folge der Tagung “Drogenmissbrauch in der Partyszene” in 2001 führte die BZgA aus Anlass des Weltdrogentags ein Expertengespräch zum Thema “Verbesserung der Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren in der Partyszene” durch. Dieses Expertengespräch stellt den Auftakt dar für Maßnahmen zur Bündelung der im Freizeitbereich verfügbaren Ressourcen für die suchtpräventive Arbeit.

9 Prävention

9.1 Überblick

9.1.1 Nationale Strategie

Seit Beginn der 80er-Jahre hat sich in der Suchtprävention eine kontinuierliche Verschiebung von der reinen Informationsvermittlung zunächst hin zur Abschreckung und später zur Förderung von Lebenskompetenzen vollzogen. Auf der Grundlage eines breiten fachlichen Konsenses ist die Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren der tragende Pfeiler der Suchtprävention geworden.

Der neue „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Bundesregierung, der die nationale Grundlage der Sucht- und Drogenpolitik für die nächsten Jahre darstellt, legt großes Gewicht auf den Bereich Prävention. Der Gesamtplan ist in 1.1 dargestellt.

In der Diskussion werden, angesichts des in den 90er Jahren angestiegenen Konsums und Missbrauchs von „Partydrogen“, in der aktuellen Suchtprävention verstärkt Impulse aus der Sekundär- und Tertiärprävention aufgegriffen. Aus Erfahrungen und Konzepten der Sekundärprävention wurden Sicherheitsregeln und eine pragmatische Konsumberatung entwickelt (Laging-Glaser 2001), die mit Angeboten zur Beratung und Unterstützung verbunden werden.

Die wissenschaftliche Grundlage für Primärprävention wurde in einer Expertise (Künzel-Böhmer, Bühringer, Janik-Konecny 1993) zusammengefasst, die derzeit mit Förderung der BZgA aktualisiert wird.

9.1.2 Organisation und innerstaatliche Zuständigkeiten

Sämtliche für die Suchtprävention in Betracht kommenden Gesetze führen die Länder als eigene Angelegenheiten aus. Gesetzgeberische Maßnahmen unterliegen, soweit es sich um jugend-, bildungs-, sozial- und gesundheitsrechtliche Initiativen handelt, der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern.

Für die Gewährung von Leistungen oder die Förderung von Veranstaltungen und Angeboten zur Suchtprävention sind neben den Ländern (vgl. 8.1) die Sozialversicherungsträger und die Kommunen zuständig.

Auf kommunaler Ebene, wo Präventionsmaßnahmen in der Mehrzahl angesiedelt sind, gehört die Prävention im Sinne der vorbeugenden Gesundheitshilfe zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII. Im Rahmen der allgemeinen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes soll Suchtprävention die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen fördern und sie zu Selbstbestimmung befähigen. Art, Umfang und Qualität der Maßnahmen bleibt der kommunalen Selbstverwaltung überlassen.

Neben Fachstellen für Suchtprävention, die in der Regel dem Gesundheitsbereich zuzuordnen sind, wird Suchtvorbeugung auch in Maßnahmen von Trägern der Jugendhilfe, insbesondere den Jugendschutzorganisationen, als Thema aufgegriffen. Dabei verfolgen die Maßnahmen in Einrichtungen der Jugendhilfe häufiger sekundärpräventive Ziele. Für die Suchtprävention im Bildungssektor existieren keine einheitlichen und verbindlichen Umsetzungsstandards; Schulpolitik ist Angelegenheit des jeweiligen Landes, die konkrete Ausgestaltung liegt in der Verantwortung der einzelnen Schulen.

9.1.3 Finanzmittel für Prävention

Für die Förderung von Suchtprävention sind – neben den Ländern – die Sozialversicherungsträger und die Kommunen zuständig. Sie sind innerhalb der geltenden Gesetzte unabhängig von staatlichen Vorgaben des Bundes.

Jede Behörde und jeder Leistungsträger organisiert die Finanzierung und Förderung seiner suchtpräventiven Aktivitäten in Art, Umfang und Zielrichtung nach eigenem Ermessen. Die Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen sind in der Verfassung festgelegt. Die Sozialversicherungen sind vom Staat unabhängig, unterliegen aber speziellen Gesetzen (v.a. SGB).

Die BZgA ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und verfügt über ein jährliches Budget von aktuell rd. 6 Mio. € für Suchtprävention, das im Haushalt des BMGS veranschlagt ist (vgl. 1.5). Hiervon werden in etwa zu gleichen Teilen massenkommunikative Aktivitäten im Bundesgebiet (Produktion und Streuung von Basismedien, Anzeigen, Plakate, audiovisuelle Medien) einerseits und personalkommunikative Maßnahmen im Bundesgebiet andererseits (Ausstellungen, Aktionen, Fortbildungen, Internetpräsentation und -chat usw.) finanziert.

Die DHS als Dachverband vieler Verbände der Suchtkrankenhilfe erhält unter anderem Zuschüsse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Höhe von rund 300.000 Euro pro Jahr für Präventionsprojekte.

Insgesamt wenden die 16 Länder nach eigenen Angaben jährlich einen Betrag von etwa 15 bis 20 Mio. € für Maßnahmen der Suchtprävention auf (Stand 2001; aktuellere Zahlen hierzu liegen nicht vor). Über den Umfang der zusätzlichen kommunalen Aufwendungen für Suchtpräventionsaktivitäten gibt es keine gesicherten Daten.

9.2 Schulprogramme

9.2.1 Besonderheiten der Strategien

Schulische Suchtprävention wird aufgrund der Länderhoheit in jedem Land gesondert geregelt. Generell haben sich in Kindergärten und Schulen Maßnahmen zur Förderung der Lebenskompetenzen bewährt. Solche Strategien, die in der Regel in die Schulcurricula eingefügt worden sind, bestehen aus Bausteinen mit substanzunspezifischen Fragestellungen (z. B. zum Umgang mit Konflikten) und substanzspezifischen Inhalten (z. B. zu Tabakkonsum). Darüber hinaus stehen schulische Maßnahmen am Anfang, die sich gezielt an gefährdete Jugendliche richten (z.B. Schüler der älteren Jahrgangsstufen oder Schüler aus sozialen Brennpunkten).

9.2.2 Modelle von Schulinterventionen

Es gibt Modelle auf drei verschiedenen Ebenen, nach denen die schulische Prävention in Deutschland durchgeführt wird:

- Stärkung der Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen
  - Lebenskompetenzmodell/Alternativerlebnisse zum Drogenkonsum, durch erlebnispädagogische und kulturpädagogische Elemente
  - Peer-Education
- Frühintervention und Interventionen bei Drogenvorfällen
  - Krisenintervention und motivierende Kurzinterventionen zur Konsumentenberatung
  - Zielorientierte Vereinbarungen zwischen Lehrern und Schülern
  - Einbindung örtlicher Präventions- und Beratungsfachkräfte
- Strukturelle Maßnahmen im Hinblick auf eine „gesunde Schule“
  - Schaffung eines gesunden Lernklimas
  - Ausbildung von Beratern für Suchtvorbeugung
  - Schulgestaltung
  - Suchtprävention als Teil eines lernübergreifenden Unterrichtsprinzips/ Einbindung in das Schulcurriculum

9.2.3 Vorhandene Präventionsprogramme

Es existiert eine große Anzahl schulischer Präventionsprogramme in Deutschland, die jedoch nicht systematisch gesammelt sind. Um den Rahmen nicht zu sprengen, werden hier nur einige, flächendeckend eingesetzte Programme exemplarisch aufgeführt. Eine breitere Übersicht über diverse Programme findet sich in der EDDRA Datenbank unter http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/eddra.shtml).

Bundesweit eingesetzte Programme zur Lebenskompetenzförderung, über die bereits berichtet wurde (REITOX Berichte 2000 und 2001), sind beispielsweise Klasse 2000, ALF und „Erwachsen werden“ (Lions quest)

In Deutschland wird Peer-Education zunehmend in der Präventionsarbeit eingesetzt und stellt unter bestimmten Voraussetzungen eine wirkungsvolle Methode dar, Jugendliche zu erreichen. Weitere Beispiele sind „GLOS“ (Gemeinsam leben ohne Sucht), ein Peer-Education Programm in Sachsen-Anhalt, „Nico“, ein Peer-Education Programm im Saarland, „Kids for Kids“ und „Echter Rausch kommt von innen“, Multiplikatorenkurse für Schüler in Thüringen.

Beispiel

Projekttitel	Buddy
Institution	Koordinationsstelle für Suchtfragen/Landkreis Heilbronn und Landratsamt Heilbronn
Zielgruppe	Zwei 7. Klassen in Heilbronn und Weinsberg (Modell)
Projektziele	Aufbau alternativen Verhaltens zu Sucht und Gewalt bei Jugendlichen
Aktivitäten	Jugendlichen wird ein „Buddy“, d.h. ein Kamerad, Kumpel, Pate zur Seite gestellt, der in einer kontinuierlichen Beziehung Vertrauen zu ihnen aufbaut und Ansprechpartner bei Problemen ist

Frühintervention und Interventionen bei Drogenvorfällen zielen auf ein frühzeitiges Erkennen von Missbrauch und einer beginnenden Abhängigkeit zur Begrenzung des Chronifizierungsrisikos ab. Die Maßnahmen sind auch im Sinne der Prävention des Konsums illegaler Substanzen wirksam.

Im Bildungssektor sind Angebote der Gesundheitsförderung und in diesem Zusammenhang auch der Suchtprävention heute vielfach Bestandteil der schulischen Curricula. Oft werden Präventionsveranstaltungen in Form von Projektwochen in den Klassenstufen 8 bis 10 durchgeführt. An vielen Schulen gibt es die Funktion der „Vertrauenslehrer“ bzw. „Beratungslehrer für Suchtvorbeugung“. Sie haben unter anderem die Aufgabe, suchtrelevante Informationen zu beschaffen und zu verbreiten, Schüler, Lehrer und Eltern in Suchtfragen zu informieren und zu beraten und ggf. Kontakte zu örtlichen Beratungsstellen zu vermitteln.

Beispiel

Projekttitel	**I lost my lung, Bob!**
Institution	NLS – Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
Zielgruppe	Schulen ab Sekundarstufe I
Projektziele	Gesunde Schule. Fernziel: Rauchfreie Schule
Aktivitäten	Konzept zur Unterstützung von Schulen auf dem Weg zu einer rauchfreien Schule.

Beispiel

Projekttitel	**Initiierte Abstinenz**
Institution	KOSS – Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung Kiel
Zielgruppe	Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren (9. bis 12. Klasse)
Projektziele	Durch „initiierte Abstinenz“ soll die Möglichkeit gegeben werden, das eigene Verhalten sinnlich erfahrbar zu machen, es zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern.
Aktivitäten	11 Schritte von der Festlegung der Rahmenbedingungen mit Zeitplan, über Vertragserstellung, Durchführung und Nachbesprechung in unterschiedlichen Zeitabständen

Beispiel

Projekttitel	**Rauchfrei- Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen**
Institution	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Zielgruppe	Lehrer, Beratungslehrer oder schulischer Sozialpädagogen/Erzieher, Rauchende Schülerinnen und Schüler
Projektziele	Erarbeitung und Umsetzung schulischer bzw. klassenbezogener Vereinbarungen zum Umgang mit Rauchen sowie der Implementierung von Ausstiegshilfen für rauchende Schüler an Schulen.
Aktivitäten	Konzeption des Leitfadens: 1. Schulische Maßnahmen zum Umgang mit dem Rauchen 2. Klassenbezogene Maßnahmen zum Umgang mit dem Rauchen 3. Ausstiegshilfen für rauchende Schüler

9.2.4 Evaluation und Ergebnisse

Evaluationsergebnisse von Schulprogrammen sind in Tabelle 19 dargestellt. Evaluationsergebnisse von bereits früher berichteten Projekten finden sich unter: http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/eddra.shtml.

Tabelle 19: Evaluation und Ergebnisse schulischer Präventionsprogramme

Projekt	Statistische Daten	Evaluationsergebnisse
Initiierte Abstinenz	25.000 Schüler aus 90 Schulen 1994-2002 in Vorläufermodell "Gläserne Schule" Aus aktueller Studie liegen noch keine Daten vor	Nach Ende der ersten Evaluationsphase zeigen die Ergebnisse, dass sofort im Anschluss an den schulischen Präventionsbaustein 63%, bis zu 12 Wochen nach der Unterrichtseinheit 65% signifikante Einstellungs- und Verhaltensänderungen nachweisbar sind. In einer Laufzeit von 2003-2006 soll das Programm auf seine langfristigen suchtpräventiven Effekte hin evaluiert werden. Erweiterung in andere EU-Länder ist geplant (Raschke & Kalke 2002).
Be smart-don't start	Im Schuljahr 2002/2003 sind 8.402 Klassen =218.000 Schüler angemeldet.	Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass dieser Ansatz auf grosse Akzeptanz bei den Schülern und den Lehrkräften stößt. Die Mehrheit der Schüler (72%) und Lehrkräfte (78,5%) beurteilten den Wettbewerb und die Regeln als "Sehr gut" bzw. "Gut". In der Katamnese ein Jahr nach Beginn der Maßnahme, gaben in der Experimentalgruppe 5% weniger Schüler an, geraucht zu haben als in der Kontrollgruppe (gemessen über die "Vier-Wochen-Prävalenz"). Darüber hinaus betrachteten 70% der befragten Lehrkräfte den Wettbewerb als "nicht sehr zeitaufwendig" und als "leicht in den Unterricht zu integrieren". (Hanewinkel & Wilborg 2003)

9.2.5 Forschungsprojekte

In einer Fortsetzung des EU-Projektes „Suchtprävention an Schulen, wissenschaftliche Erprobung und konzeptionelle Weiterentwicklung des Unterrichtsprogramms ‚Gläserne Schule'" (Raschke & Kalke 2002), wird die Maßnahme „Initiierte Abstinenz" nun für Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren (9. bis 12. Klasse) durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Damit soll überprüft werden, ob auch in dieser Altersgruppe mit ihrem spezifischen Konsumverhalten – starke Zunahme der Prävalenzraten und des Experimentierverhaltens sowie der Beginn des Gebrauchs illegaler Drogen – das Unterrichtsprogramm „Gläserne Schule" zu positiven Effekten führt.

Zur Zeit ist im IFT eine neue Expertise zur Primärprävention in Arbeit, deren Ergebnisse Anfang 2004 vorliegen werden. Die Expertise findet mit finanzieller Unterstützung durch die BZgA statt.

9.3 Jugendprogramme außerhalb der Schule

9.3.1 Definitionen

An dieser Stelle werden Programme berichtet, die sich an eine jugendliche Zielgruppe wenden, soweit sie nicht im Rahmen des Schulunterrichts stattfinden bzw. an diesen angekoppelt sind. Die außerschulischen Jugendprogramme zur Suchtvorbeugung orientieren

sich an Freizeit bzw. Arbeitswelt. Im ersten Falle reicht die Spannbreite von einfachen Freizeitaktivitäten, Diskussionsveranstaltungen, sportlichen Aktivitäten und Partyprojekten bis hin zu ausgearbeiteten erlebnispädagogischen Konzepten im organisierten und nicht organisierten Jugendfreizeitbereich. Arbeitsweltorientierte Programme für Auszubildende finden sich im Rahmen der betrieblichen Ausbildung.

9.3.2 Typen und Merkmale der Interventionen

Der organisierte Freizeitbereich

In vielen Bundesländern gibt es Zusammenschlüsse von Mitgliedsverbänden zur Förderung des gesetzlichen, erzieherischen und strukturellen Jugendschutzes mit dem Schwerpunkt der Suchtprävention. Suchtpräventive Maßnahmen in der offenen Jugendarbeit zielen 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. Die Planung und Durchführung von Projektarbeit als einer besonderen Form der Umsetzung suchtpräventiver Ansätze im Jugendbereich hat dabei in den letzen Jahren an Bedeutung gewonnen (BZgA, 2003).

Beispiel

Projekttitel	**MOVE- Motivierende Kurzintervention bei Konsumierenden Jugendlichen**
Institution	Ginko-Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW
Zielgruppe	Konsumierende Jugendliche
Projektziele	Verbesserung der Kommunikation zwischen den Bezugspersonen und Jugendlichen über das jeweilige Konsumverhalten und Entwicklung einer professionellen Gesprächshaltung. Motivation zur Veränderung eines möglicherweise problematischen Konsumverhaltens fördern und Vereinbarung konkreter Schritte mit den Jugendlichen.
Aktivitäten	Schulungen und Manual. Bereits bestehende „Alltagskontakte“ zu konsumierenden Jugendlichen werden für systematische Interventionen genutzt. (Move 2003).

Beispiel

Projekttitel	**Suchtkompetenztraining**
Institution	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Hamburg
Zielgruppe	Teams der öffentlichen Erziehung
Projektziele	Befähigung von Mitarbeitern der öffentlichen Erziehung zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Vermeidung und Überwindung von Konsum- und Suchtproblemen.
Aktivitäten	Mit zwei Trägern der öffentlichen Erziehung Hamburgs wird in diesem Jahr ein vom SPZ neu entwickeltes, zehn Bausteine umfassendes Training erprobt, um die Kompetenz der Teams zu erhöhen, suchtpräventiv zu handeln, suchtriskantes Verhalten der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen rechtzeitig zu erkennen und angemessen zu intervenieren.

Für Sportvereine als Teil des organisierten Freizeitbereichs gibt es mittlerweile bewährte suchtpräventive Verfahren, deren Wirksamkeit sich in Evaluationsstudien belegen wurde (BZgA 2003a), wenngleich auch hier die Grenzen der Möglichkeiten deutlich sind (Brettschneider & Kleine 2002). In der Kampagne „Kinder stark machen“ der BZgA ist beispielsweise die Fortbildung von Jugend- und Übungsleitern ein wesentlicher Baustein. In

den Seminaren werden die Mitarbeiter aus der Kinder- und Jugendarbeit von Sportvereinen intensiv mit den Inhalten einer umfassenden Suchtvorbeugung vertraut gemacht. Seit 1995 wurden in 400 Seminaren 10.000 Übungsleiter und Betreuer aus Sportvereinen bundesweit erreicht.

Suchtvorbeugung in der betrieblichen Ausbildung

Eine große Zahl von Firmen, Betrieben und Behörden führen innerbetrieblich suchtvorbeugende und suchtberatende Maßnahmen durch, die allerdings vor allem an Alkoholproblemen orientiert sind. Zielgruppen dieser Maßnahmen sind Ausbilder und Auszubildende. Statistiken zu diesem Feld liegen uns derzeit nicht vor.

9.3.3 Evaluationsstudien und Ergebnisse

Im organisierten Jugendfreizeitbereich bestehen in Deutschland sowohl auf kommunaler als auch auf regionaler und Bundesebene geprüfte Maßnahmen der Suchtprävention. Für andere Settings, etwa für Einrichtungen der Jugendfreizeit, fehlen derzeit noch Verfahren, deren Wirksamkeit als belegt gelten können (BZgA, 2003). In Tabelle 20 werden übersichtsartig Ergebnisse aus neueren Evaluationsstudien zu diesem Bereich dargestellt.

Auch die Polizei führt in regional unterschiedlichem Umfang Präventionsmaßnahmen durch. Die zugehörigen Forschungsaktivitäten der Polizei zum Thema Drogen finden sich unter: www.bka.de/pub/veroeff/band/band02/praevention.pdf.

Tabelle 20: Evaluationsstudien und Ergebnisse im organisierten Jugendfreizeitbereich

Projekt	Statistische Daten	Evaluationsergebnisse
MOVE- Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen	54 Fachkräfte aus den Bereichen Sucht- und Jugendhilfe als Multiplikatoren	Evaluation der Intervention aus Sicht der Kontaktpersonen und Multiplikatoren: - die Kontaktpersonen konnten die motivierende Gesprächsführung in ihrem Berufsalltag erfolgreich anwenden - nach ihrer eigenen Fortbildung sehen sich die Multiplikatoren in der Lage, die Fortbildung auch für andere selbständig durchzuführen und Kontaktpersonen im Umgang mit der motivierenden Kurzintervention zu schulen.
Kinder stark machen-Fortbildung von Jugend- und Übungsleitern	ca. 60 Seminare = ca. 1.500 Multiplikatoren in 2002	Die Mehrzahl der Teilnehmer berichtet sowohl von einem deutlichen Wissenszuwachs als auch von einem erhöhten Maß an Sensibilität für suchtrelevante Fragestellungen. Auf der Handlungsebene weniger deutliche Veränderungen. Zwar wurde in einigen Bereichen Handeln verändert (aufmerksamer zuhören, auch bei Sport fremden Themen, Verstärkung gemeinschaftsförderlicher Aktivitäten), es fand aber wenig Thematisierung von Suchtprävention im Rahmen der Vereinsarbeit statt.

9.3.4 Spezielle Schulungen für Fachleute und Peers

In fast allen Bundesländern werden Schulungen für Multiplikatoren der offenen Kinder- und Jugendarbeit sowie für Ausbilder in Betrieben angeboten. Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Anbieter fehlt es an einer Gesamtstatistik dieser Angebote.

9.4 Familie und Kindheit

9.4.1 Definitionen

An dieser Stelle werden Programme dargestellt, die sich an die Eltern vor allem jüngerer Kindern richten. Dabei sind teilweise Schulen der Ort, an dem Kontakte zu diesen hergestellt werden.

9.4.2 Typen und Merkmale der Interventionen

In Kindergarten und Schule haben sich eine Reihe von kompetenzförderlichen und risikomindernden Maßnahmen bewährt. Als besonders wirksam erweisen sich solche Angebote, die kontinuierlich und interaktiv angelegt sind, durch fortlaufende und verstärkende Wiederholungseinheiten aufgefrischt werden, und sowohl auf kognitiver und affektiver als auch auf Verhaltensebene Wissen, Einstellungen und Verhalten beeinflussen. Abgesehen von den verhaltensorientierten Maßnahmen werden strukturelle Maßnahmen zur Gestaltung von Kindergarten und Schulumwelt eingesetzt. Einrichtungen, die sich einen gesundheitsförderlichen und suchtpräventiven Rahmen geben möchten, können bei den Landeskoordinierungsstellen zur Suchtvorbeugung Unterstützung erhalten.

In Kindergarten und Schule erreichen Elternabende eine große Zahl von Müttern, Vätern oder sonstigen Bezugspersonen mit präventiven Botschaften (BZgA, 2003). www.starke-eltern.de ist ein Internetforum für Erziehung und Suchtvorbeugung der Hessischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

Mittlerweile existieren im Bundesgebiet einige Projekte, die besondere Angebote für Kinder von Suchtkranken machen, wie z.B. das Präventionszentrum in Bremen, das zusammen mit Experten Angebote und Materialien für die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien für den Elementar- und Primarbereich entwickelt.

Beispiel

Projekttitel	**LOS – Leben ohne Sucht und Gewalt**
Institution	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, Rotary Club
Zielgruppe	Erzieher/-innen, Kindergartenleiter/-innen, Eltern
Projektziele	Flächendeckende Implementierung pädagogischer Methoden und Maßnahmen in Kindergärten zur Prävention von Sucht und Gewalt
Aktivitäten	Weiterbildung von Erzieherinnen über sucht- und gewaltpräventive Erziehungsmethoden Organisation und Durchführung von Zirkeltreffen für Kindergartenleiter und Mitarbeiter Veranstaltung von Elternabenden

Beispiel

Projekttitel	**Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten**
Institution	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen
Zielgruppe	Kinder, Erzieherinnen, Eltern
Projektziele	Gestaltung einer gesunden Kindertagesstätte
Aktivitäten	Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung, wobei Suchtprävention eins von sechs Modulen ist
	Fortbildung
	Elternarbeit

Beispiel

Projekttitel	**Netzwerk Nichtraucherförderung rund um die Geburt**
Institution	Büro für Suchtprävention Hamburg
Zielgruppe	Alle Einrichtungen, Institutionen und Bereiche rund um die werdende/junge Familie und das Kind, schwerpunktmäßig Einrichtungen der medizinischen Versorgung, Gesundheitsberufe, Nichtraucherförderung allgemein sowie Familienbildung.
Projektziele	Thematisierung der Bedeutung des Nichtrauchens im Rahmen einer besonders motivierten Zielgruppe und eines Tätigkeitsfeldes mit besonders weitreichenden Effekten (die Familie als lebensperspektivisch grundlegende Institution/Vorbild und ihre Kinder als zukünftige potentielle (Nicht-) Raucher).
Aktivitäten	- Sensibilisierung für die Bedeutung der Nichtraucherförderung, Motivierung und Kompetenzerweiterung in den jeweiligen Berufsgruppen und Bereichen
	- Schaffung von Gesprächsanlässen über das Thema, langfristige Enttabuisierung des Themas
	- Fortbildungsangebote für relevante Berufsgruppen

Beispiel

Projekttitel	**„Eltern stark machen“ – Gestaltung von Elternabenden**
Institution	Aktion Jugendschutz, Sozialministerium Baden-Württemberg und Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) Nordbaden
Zielgruppe	Lehrer und Erzieher/-innen, Eltern
Projektziele	Schaffung von Sensibilität für das Thema Suchtvorbeugung bei Eltern
Aktivitäten	Workshop für Multiplikatoren der Kinder- /Jugendarbeit und Schule zur Gestaltung von Elternabenden

9.4.3 Forschungsprojekte und Evaluationsergebnisse

Weitere, umfassend evaluierte Erfahrungen mit suchtpräventiven Maßnahmen für Familien liegen zumindest für den deutschsprachigen Raum nicht vor. Zwar verweist die internationale Literatur auf die Nützlichkeit von gemeindenahen Angeboten, die sich an die gesamte Familie richten. Allerdings gibt es im deutschsprachigen Raum nur in Ausnahmen Konzepte, auf die in der Praxis zurückgegriffen werden kann. Beispielhaft hierfür ist das evaluierte Modell zur Suchtprävention in Familienbildungsstätten (Suckfüll/Stillger, 2000).

9.5 Prävention im nicht organisierten Freizeitbereich

9.5.1 Strategien der Suchtprävention

Im nicht organisierten und kommerziellen Freizeitbereich steht Suchtprävention gegenwärtig noch am Anfang. Vor allem im Bereich der Partyszene sind zahlreiche Maßnahmen entstanden, die das Ziel verfolgen, Jugendliche zu einem möglichst kritischen und risikoarmen Substanzgebrauch zu befähigen. Aber nicht nur in den Techno- und Partyszenen, sondern bei allen schwierig zu erreichenden risikoerfahrenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen steht die Suchtprävention vor einer neuen Herausforderung: Präventive Interventionen sollen künftig vermehrt auch dazu beitragen, die kurzzeitigen Risiko-Experimente oder riskanten Gebrauchsmuster in eine stabile und lang anhaltende „Risikokompetenz“ zu überführen (Franzkowiak, 2002).

Im Vordergrund der Prävention des Missbrauchs von Partydrogen stehen die Party- Settings. Hier sind eine große Anzahl von potenziellen Konsumenten zeitgleich ansprechbar und personalkommunikative Verfahren stoßen auf große Akzeptanz. Die Frage nach der „richtigen“ Kommunikation über Drogen ist weiterhin ungeklärt und wird zwischen Vertretern von Wissenschaft, Politik und Praxis intensiv diskutiert. Während zum einen nach wie vor das Abstinenzziel propagiert wird, orientieren sich andere Konzepte an dem Ziel, einen „kompetenten“ Umgang mit Substanzen zu erreichen (z.B. Maßnahmen der Punktnüchternheit im Zusammenhang mit Alkohol, Hinweise zur Schadensminimierung beim Konsum von Partydrogen).

9.5.2 Rechtslage der Suchtprävention in der Party-Szene

Drugchecking ist ein - unter Fachleuten wie Gesundheitspolitikern umstrittenes – zusätzliches Element der Sekundärprävention und soll als Informationsangebot die durch den illegalen Drogenmarkt bedingten Begleitrisiken des Konsums vermindern. In Deutschland stehen Drogentests bis auf wenige Ausnahmen nicht zur Verfügung. Eine solche Ausnahme bildet das Angebot der Drogenberatungsstelle (DROBS) in Hannover. Mit Hilfe eines Schnelltests (Marquis-Test) und der Untersuchung äußerer Merkmale wird auf Technopartys eine Pillenidentifikation auf der Basis von Vergleichslisten vorgenommen. Eine chemische Feinanalyse der Substanzen findet nicht statt. In Abstimmung mit der Staatsanwaltschaft Hannover wurde ein Weg gefunden, Testungen vorzunehmen, ohne gegen das Betäubungsmittelgesetz zu verstoßen (vgl. 8.2.4).

Das zentrale rechtliche Problem stellt dabei der Umgang mit der Substanz durch die testende Person dar, welcher nur unter ganz eng definierten Bedingungen nicht als Handel betrachtet wird. Die Tatsache, dass nur in diesem einen Fall eine entsprechende Regelung mit der Staatsanwaltschaft gefunden wurde, unterstreicht die schwierigen rechtlichen Rahmenbedingungen für diesen Ansatz in Deutschland.

9.5.3 Grundlegende Standards

Insgesamt gilt für Party-Events, dass sie bisher uneingeschränkt erlaubt sind, aber oftmals von Sicherheitsmaßnahmen der Polizei begleitet werden. Um die Kommunikation zwischen Akteuren der Suchtprävention, Organisatoren der Veranstaltungen, Polizei und Behörden zu verbessern, hat die BZgA am 26. 06. 2003 anlässlich des Weltdrogentages zu einem Expertengespräch zum Thema „Suchtprävention im Freizeitsektor mittels Kooperation optimieren“ eingeladen. Exemplarisch für ein Sommerfestival in Köln wurden die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit der verschiedenen Instanzen erörtert. Ergebnisse des Treffens liegen bisher noch nicht vor.

9.5.4 Leitlinien für die Prävention des Drogenmissbrauchs in der Party-Szene

Im September 2001 führte die BZgA eine Tagung zur Entwicklung der Suchtprävention im Kontext der Partyszene und zum Forschungsstand in Bezug auf Ecstasy durch. Auf dieser Grundlage wurde eine Fortschreibung der seit 1997 bestehenden Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums erarbeitet. Nach Abstimmung mit den Beteiligten und Vertretern der Länder gelten nun die aktuellen Handlungsempfehlungen „Prävention des Drogenmissbrauchs in der Party-Szene – Aufgaben und Strategien“ (BZgA 2002).

10 Hilfen zur Schadensreduzierung

10.1 Überblick

10.1.1 Rolle der Schadensminimierung in der nationalen Drogenpolitik

Schadensminimierung ist eine der vier Säulen der nationalen Drogenstrategie (siehe Kapitel 1.1.1) und hat darin ihre eigene Position und Berechtigung. Sie soll vorrangig Mortalität und Morbidität reduzieren. Soziale, psychische und somatische Folgeschäden sollen verringert und der Zugang zu weiterführenden Maßnahmen erleichtert werden. Einzelne Länder lehnen einzelne Maßnahmen der Schadensminimierung - wie zum Beispiel die kontrollierte Heroinabgabe an Abhängige oder das Angebot von Konsumräume - explizit ab.

10.1.2 Praxis der Schadensminimierung

In den letzten Jahrzehnten wurde ein System „niedrigschwelliger“ Hilfen in Deutschland aufgebaut, die vor allem in den großstädtischen Drogenszenen eine wichtige Funktion übernehmen. Die Einrichtung von Kontaktläden und von Drogenkonsumräumen hat neben der Hilfe zum Ausstieg insbesondere die Zielrichtung, die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumenten zu senken.

10.1.3 Angebotspalette

Hilfen zur Schadensreduzierung werden in Deutschland unter anderem durch aufsuchende Arbeit gewährt, die sich an Personen richtet, die sich - teilweise aufgrund von Obdachlosigkeit - auf öffentlichen Straßen und Plätzen aufhalten und angebotene Hilfe im institutionellen Rahmen nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch nehmen. Eine zweite Möglichkeit sind Drogenhilfezentren, die eine Anlaufstelle für Angehörige der Drogenszene darstellen und in akuten Notlagen Hilfestellung durch psychosoziale und medizinische Angebote bieten. In Drogenkonsumräumen wird versucht, das Risiko des intravenösen Drogenkonsums zu minimieren.

10.1.4 Kooperation

Durch Vernetzung zwischen den Angeboten der Schadensminimierung und weiterführenden Angeboten soll sichergestellt werden, dass die Zielgruppe der Überlebenshilfen auch weiterführende Maßnahmen ohne große Hürden in Anspruch nehmen kann. Diese politische Entscheidung zur Weiterentwicklung ist das Ergebnis der fachlichen Entwicklung in den vergangenen Jahren.

10.1.5 Koordination zwischen nationaler Politik und lokaler Praxis

Nach den derzeit zugänglichen Daten gibt es in Deutschland rund 400 Einrichtungen, die schadensreduzierende Angebote machen. Sie werden überwiegend durch kommunale Mittel gefördert und stehen demzufolge unter erheblichem Finanzierungsdruck.

10.2 Beschreibung der Interventionen

10.2.1 Aufsuchende Arbeit

Aufsuchende Arbeit ist Bestandteil der Sozialarbeit und damit wesentliche Handlungsgrundlage des Drogenhilfesystems. Durch die Adaption der in der Jugendhilfe entwickelten Streetwork wird versucht, die Akzeptanz von Hilfeangeboten zu steigern. Dabei sollen die Kontakte zu Personen mit schädlichem oder abhängigem Drogenkonsum erweitert oder verbessert und Unterstützungs- und Veränderungsprozesse initiiert werden. Wesentliche Aufgabe der aufsuchenden Arbeit ist Kontaktaufnahme, an die sich der Aufbau tragfähiger Beziehungen und begleitende soziale Unterstützung im Sinne von Notfallhilfe, Krisenintervention und Sozialberatung anschließen. Da es sich beim Streetwork um eine aufwändige Form der Zielgruppenarbeit handelt, scheinen entsprechende Ansätze auf dem Rückzug zu sein. Es ist bundesweit nicht dokumentiert, in wie vielen Projekten in welchem Umfang Streetwork angeboten wird.

10.2.2 Prävention von Infektionskrankheiten

Bei den Hilfen zur Schadensreduzierung steht die Prävention von Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B und C immer im Vordergrund. Sie wird durch niedrigschwellige Kontakt- und Kriseninterventionsstellen angeboten. Auch in der Selbsthilfe der Drogenkonsumenten spielt dieser Präventionsgedanke eine wichtige Rolle.

Maßnahmen der Infektionsprophylaxe sind vor allem die kostenlose Vergabe von Kondomen und der Tausch von Spritzen. Letztere werden durch Drogenhilfezentren im persönlichen Kontakt, über Spritzenautomaten oder gegen ein geringes Entgelt in Apotheken abgegeben. Im Bereich der Selbsthilfe drogenkonsumierender Menschen gibt es auch Angebote zum „safer-use-training“.

In vielen deutschen Gesundheitsämtern ist eine kostenlose HIV-Testung mit anschließender Beratung möglich. HIV-Tests gehören seit 1999 zum Katalog vertragsärztlicher Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn Krankheitszeichen auf eine HIV-Infektion hindeuten. Wird der Test jedoch gewünscht, ohne dass solche Krankheitszeichen vorliegen, muss der Test vom Untersuchten selbst bezahlt werden.

10.2.3 Prävention von Drogennot- und Todesfällen

In Drogenkonsumräume können Todesfälle durch rechtzeitige notfallmedizinische Hilfen bei den dort durchgeführten Konsumvorgängen weitestgehend verhindert werden (vgl. 10.2.4).

Der Verein Fixpunkt in Berlin hat mit finanzieller Unterstützung des BMGS zur Hilfe für Drogenabhängige in durch Drogenkonsum verursachten lebensbedrohlichen Krisen neben verschiedenen Medien und Hilfe-Maßnahmen einen Videofilm entwickelt. In Verbindung mit Erste-Hilfe-Kursen soll das Video dazu dienen, Wissen über Drogennotfallsituationen zu vermitteln, Überdosierungen zu erkennen und angemessene Hilfemaßnahmen anwenden zu können. Dies kann etwa die Applikation eines Antidots (Naloxon) im Drogennotfall sein. Dieses Video gibt es auch mit Untertiteln in russischer Sprache. Deshalb eignet es sich auch für die Arbeit mit jungen Spätaussiedlern aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, die eine besondere Risikogruppe darstellen. Der Verein ist Träger des Modellprojekts zur Drogennotfall- und Drogentodesfallprävention „Mobilix“.

Die Ergebnisse einer Fachtagung „Prävention von Drogentodesfällen“, die Anfang 2001 stattfand, wurden im Jahr 2002 publiziert (Kraus & Püschel 2002). Es werden insbesondere eine Verbesserung der Qualität der durchgeführten Substitutionsmaßnahmen (Kraus, Müller-Kalthoff & Shaw 2002), verbesserte Zugänglichkeit von Substitutionsmaßnahmen (Raschke, Püschel & Heinemann 2002), sowie der Einsatz von Naloxon im Akutfall (Korporal & Dangel-Vogelsang 2002) gefordert.

10.2.4 Drogenkonsumräume

In Drogenkonsumräumen findet zwar eine medizinische Überwachung des Injektionsvorganges statt, da die Droge selbst und häufig auch die notwendigen Utensilien mitgebracht werden müssen, ist eine Infektionsprophylaxe aber nur auf der „Appellebene“ möglich.

In Drogenkonsumräumen wird die Injektion von Betäubungsmitteln durch Fachkräfte überwacht. Ziel dieses Angebotes ist, das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit zu erreichen und zudem ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige zu geben. Die Regierungen der Bundesländer können Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen. 8 von 16 Bundesländern haben dazu bisher entsprechende Verordnungen erlassen. Mit Stand Juni 2002 gibt es 21 Drogenkonsumräume in 10 Städten in Deutschland (ZEUS 2002). Die Rahmenvorschrift des Bundes enthält Mindestvorschriften zur Sicherung der Qualität dieses Angebotes, wie u.a. jederzeit zur Verfügung stehende Nothilfe, das Angebot zur Weiterführung in andere Hilfen, die Bereitstellung qualifizierten Personals, die Kooperation mit den Ordnungsbehörden oder die Verhinderung von Straftaten in den Räumen und in der unmittelbaren Umgebung (Tabelle 21).

Um die Arbeit der Drogenkonsumräume zu evaluieren wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) alle 19 zum Januar 2002 betriebenen Drogenkonsumräume untersucht. Die Untersuchung wurde vom Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) durchgeführt und zeigte eine Reihe positiver Ergebnissen (Vergleich 8.2.4).

Tabelle 21: Übersicht über Konsumräume in Deutschland

Stadt	Plätze für i.v. Konsum	Raucherplätze
Hamburg	55	17
Frankfurt	35	0
Saarbrücken	20	0
Hannover	11	0
Essen	8	4
Münster	6	1
Wuppertal	5	3
Köln	2	1
Aachen	2	2
Dortmund	16	?

(Stand: 02.01. 2002)

10.3 Standards und Evaluation

10.3.1 Professionelle Standards

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig sein. Eine 3-jährige Ausbildung als Suchttherapeut wird auf der Grundlage eines Abschlusses an einer Hochschule oder Fachhochschule (z.B. in Sozialarbeit oder Psychologie) gefordert. In einigen Bereichen sind noch exaktere Vorgaben über Qualifikationen vorhanden. Die Weiterbildung in Suchtmedizin ist für substituierende Ärzte notwendig. Speziell für die Tätigkeiten im Bereich der Schadensminimierung bestehen jedoch keine speziellen Richtlinien oder Standards.

10.3.2 Evaluationsstudien

Neben der Evaluation der Effekte von Drogenkonsumräumen (vgl. 10.2.4) liegen keine weiteren Studien im Berichtszeitraum vor.

10.3.3 Mitarbeitertrainings

Zur Schadensbegrenzung ebenso wie für andere spezielle Arbeitsbereiche finden Workshops und Trainings im Rahmen der einrichtungsbezogenen Weiterbildung und regionalen Fortbildungsveranstaltungen statt. Wohlfahrtsverbände, Trägergruppen, Universitäten und Ausbildungsstätten bieten eine breite Palette an.

10.3.4 Forschungsprojekte

Größere Forschungsprojekte in diesem Bereich sind für den Berichtszeitraum nicht bekannt. Früherkennung von neuen Drogenphänomenen und Frühintervention sind als Themen für die Forschungsförderung im neuen Aktionsplan Drogen und Sucht zu finden. Haushaltsmittel sind dafür jedoch bisher nicht spezifiziert.

11 Behandlung

11.1 Drogenfreie Behandlung

11.1.1 Ziele und Definitionen drogenfreier Behandlung

Bei drogenfreien Behandlungen wird Abstinenz als konkretes Therapieziel verfolgt. Die Vergabe von Substitutionsmitteln beschränkt sich maximal auf die Medikation während der Entgiftungsphase.

Für Menschen, die ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung überwinden wollen, stehen Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote umfassend zur Verfügung. Nach gegenwärtigem Stand des Wissens wird die Behandlung in vier grundlegende Phasen unterteilt, die sich in der Praxis allerdings oft ineinander übergehen:

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

Weitere Details finden sich im letzten Bericht.

11.1.2 Zugangskriterien

Der Zugang zu ambulanter Behandlung steht jedem offen. Eine Teilnahme an Maßnahmen der stationären Rehabilitation, welche von den Trägern der Rentenversicherung finanziert wird, setzt eine Bewilligung eines entsprechenden Antrags voraus. Ziel ist dabei die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Bei wiederholter Behandlung kann dieser Antrag wegen mangelnder Erfolgsaussichten auch negativ beschieden werden. Stationäre Behandlung kann auch aus eigenen Mitteln oder aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert werden, wenn keine Rentenversicherung besteht oder nicht zur Finanzierung einer solchen Behandlung bereit ist. Ohne Finanzierungszusage wird der Klient in der Regel nicht aufgenommen.

11.1.3 Verfügbarkeit, Finanzierung und Organisation von Behandlung

Die vorhandenen Behandlungsangebote decken im Wesentlichen die aktuelle Nachfrage. Die Behandlung hat im gegliederten System der Sozialversicherung in Deutschland unterschiedliche Organisationsformen entwickelt. Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entzug überwiegend in sogenannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen. Für die Entwöhnung sind unterschiedliche Einrichtungstypen entstanden. Dabei kann es sich um Fachabteilungen von Krankenhäusern, Fachkliniken oder um therapeutische Gemeinschaften handeln. In der Integrations- und Nachsorgephase wird ein vielschichtiges Angebot

von beruflichen Hilfen, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gemeinschaft gemacht, die sich an den Bedarfslagen der Abhängigen orientieren.

Alle diese Angebote verfolgen das Ziel der Stabilisierung der Drogenabstinenz. Mit dem Bereich der Substitution als einem nicht drogenfreien Behandlungsangebot werden allerdings wesentlich mehr Drogenabhängige erreicht. Bisher ist es noch nicht zufriedenstellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung in Deutschland und das Spezialsystem der Drogenhilfe zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch teilweise gut entwickelt.

Der Übergang zwischen Substitution und drogenfreier Behandlung hat sich dadurch erleichtert, dass einige stationäre Einrichtungen Patienten für eine Entwöhnungsbehandlung inzwischen auch dann aufnehmen, wenn sie sich noch in Substitution befinden.

Der Grundsatz “ambulant vor stationär“ für alle Arten medizinischer Behandlung wird von Leistungsträgern ebenso wie von vielen Fachleuten seit Jahren vertreten. Dennoch war bisher die Zahl intensiver, von den Trägern der Rentenversicherung finanzierter ambulanter Drogenbehandlungen recht gering. Aktuelle Zahlen zeigen hier eine positive Entwicklung auf. Der Anteil der ambulanten Maßnahmen bei den finanzierten Reha-Behandlungen hat sich von 1997 nach 2001 von 4% auf 9% mehr als verdoppelt (VDR 2003) (Tabelle 22).

Tabelle 22: Bewilligte Reha-Behandlungen für Drogenabhängigkeit

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
stationär	7.128	7.581	7.164	6.487	8.256	8.498
ambulant	304	571	564	570	623	848
Gesamt	7.432	8.152	7.728	7.057	8.879	9.346

Quelle: VDR 2003

Die Mehrzahl der Hilfeeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und kommerzielle Träger tätig.

Seit dem Inkrafttreten der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zum 01.07.2001 ist das Verfahren in der Behandlung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern klarer geregelt. In dieser Vereinbarung wird u. a. die enge Verknüpfung einer qualifizierten Entzugsbehandlung mit einer Entwöhnungsbehandlung ermöglicht sowie der Wechsel zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung erleichtert. Diese Vereinbarung schafft eine gute Grundlage für das reibungslose Funktionieren in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker. Erst durch das gegliederte Finanzierungssystem der Bundesrepublik Deutschland, das unter anderem Leistungen der Sozialhilfe, der gesetzlichen Krankversicherung, der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung für verschiedene Teile von Behandlungen aufweist, treten oft Probleme an Schnittstellen auf. So ist es z. B. bis heute kaum möglich, Maßnahmen der sozialen Rehabilitation z. B. durch Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, Wohnangebote oder Maßnahmen zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe durch die örtlich zuständigen Sozialhilfeträger zu finanzieren.

Dies kann dazu führen, dass im Einzelfall nach Abschluss der Entwöhnung die Reintegration in Arbeit und andere gesellschaftlichen Bereichen nicht ausreichend unterstützt wird.

11.1.4 Evaluation, Statistik, Forschung und Ausbildung

Zu den wesentlichen Standards der Behandlung der Drogenabhängigkeit gehört die Mitarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus den Bereichen der Medizin und Sozialarbeit/ Pädagogik und Psychologie. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen bei den ambulanten Angeboten überwiegend in Händen der Einrichtungsträger bzw. bei Ländern und Gemeinden, während im Bereich der Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger die Federführung innehaben. Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation unterliegen der fachlichen Kontrolle der Rentenversicherung, die diese Maßnahmen finanziert.

In all diesen Arbeitsfeldern sind Fachkräfte tätig, die zum großen Teil über arbeitsfeldspezifische Weiterbildungen verfügen. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist eine suchttherapeutische Weiterbildung obligatorisch und wird vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger fachlich überprüft und genehmigt (vgl. 10.2.1).

Es gibt etwa 300 spezialisierte Drogenberatungsstellen und weitere rund 800 Suchtberatungsstellen, die Drogen neben anderen psychotropen Substanzen bearbeiten. Mehr als 1.500 Entzugsplätze für Drogenabhängige und etwa 5.000 Entwöhnungsplätze werden angeboten. Weitere Suchtberatungsstellen stehen für Drogen- und andere Problemfälle offen.

Im Jahr 2002 wurden von den Leistungsträgern der medizinischen Rehabilitation 11.304 stationäre Entwöhnungsbehandlungen und 1241 ambulante Entwöhnungsbehandlungen für Drogen- und Mehrfachabhängigkeit (davon 8.498 bzw. 848 für reine Drogenabhängige) bewilligt (Verband Deutscher Versicherungsträger, persönliche Mitteilung 2003).

Dass eine enge Zusammenarbeit der Suchtfachkräfte zu einer Verbesserung der Behandlung von Suchtmittelabhängigen führt, hat ein von der Universität Oldenburg entwickeltes und wissenschaftlich betreutes Projekt am Beispiel Alkoholabhängigkeit unter Beweis gestellt. Das EVS- (Entwöhnung im Verbundsystem) Projekt, das mit finanzieller Unterstützung der Landesversicherungsanstalt (LVA) Oldenburg-Bremen über drei Jahre (2000-2003) erprobt wurde, wird derzeit flächendeckend in der Region eingeführt (**www.uni-oldenburg.de/devianz**). Das Projekt widmete sich der ambulant- stationären Schnittstellenproblematik (vgl. 11.1.2) und dem Ausbau wie der Vernetzung ambulant–stationärer Behandlungsangebote in dieser Region. Ausgangspunkt des Projekts ist ein neuartiges Antragsverfahren zur Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger LVA, basierend auf einen konkret formulierten Leistungsrahmen innerhalb der gesetzlichen Regelungen (u.a. SGB VI, Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001). Dieser beinhaltet eine pauschale Leistungszusage für ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen innerhalb eines Behandlungszeitraumes von 52 Wochen. Als Ergebnis wurden die Betroffenen von den wohnortnahen Hilfen wesentlich besser erreicht, auch gab es eine deutliche Zunahme ambulanter Entwöhnungsbehandlungen, die im Vergleich zu stationären wesentlich kostengünstiger sind. Besonders wichtig für den erfolgreichen

Abschluss der Behandlung war die Begleitung der Patienten beim Wechsel zwischen Ambulanz und Klinik (Tielking und Kuß 2003).

11.2 Substitutionsgestützte Behandlung

11.2.1 Ziele der Substitution

Substitution dient zunächst der Sicherung des Überlebens, der Vermeidung von Sekundärschäden (insbesondere der Infektion mit HIV) sowie insgesamt der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung des Patienten. Darüber hinaus soll sie den Klienten mittelfristig in die Lage versetzen, auch weitergehende Behandlungsangebote erfolgreich wahrnehmen zu können und den Zugang zu solchen Angeboten erleichtern. Als langfristige Perspektive bleibt die Suchtmittelfreiheit bestehen.

11.2.2 Aufnahmekriterien

Die Bundesärztekammer hat in ihren „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ vom März 2002 festgelegt, dass eine Behandlung dann indiziert ist,

- wenn eine manifeste Opiatabhängigkeit seit längerer Zeit besteht und Abstinenzversuche keinen Erfolg erbracht haben,
- eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann oder
- die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet.

Diese Richtlinien, in den Vorgaben der BtMVV entsprechen, bedeuten gegenüber der älteren Fassung eine Erweiterung des Teilnehmerkreises, da keine weiteren Diagnosen oder Folgeerkrankungen mehr vorliegen müssen. Substitution kann nur als Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes durchgeführt werden, bei dem neben umfassender medizinischer Anamnese auch psychosoziale Betreuung und Verlaufs- und Ergebniskontrollen notwendig sind.

11.2.3 Verfügbarkeit, Finanzierung und Organisation der Substitutionsbehandlung

Gesetzliche Grundlagen der Substitution sind im wesentlichen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) (vgl. 1.2). Die Kostenübernahme im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung regeln die BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB X) und bei Nichtversicherten die Richtlinien kommunaler Sozialhilfeträger auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes; die ärztliche Vergütung erfolgt in der Regel gemäß EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Da die BUB-Richtlinien auch die bisherigen Regeln zur psychosozialen Betreuung des Substituierten festgeschrieben haben – soweit eine Beratungsstelle diese nicht als nicht indiziert bescheinigt – hat sich in letzter Zeit die Diskussion über deren Kostenträgerschaft intensiviert. Die Kosten dieser Betreuung werden nicht von den Krankenkassen übernommen, vielmehr erfolgt die Finanzierung aus allgemeinen kommunalen Mitteln oder Eingliederungshilfe nach BSHG. Länder und Drogenfachverbände arbeiten derzeit an Leitlinien zur psychosozialen Betreuung.

Die Durchführung von Substitutionsbehandlungen wurde im Jahr 2002 deutlich vereinfacht, indem statt eines Genehmigungsverfahrens jetzt allein die Anzeige der Aufnahme einer Substitutionsbehandlung ausreicht. Die Qualitätsanforderungen wurden gleichzeitig dadurch erhöht, dass der einzelne Arzt eine Genehmigung zur Durchführung solcher Maßnahmen benötigt, die wiederum eine spezielle Weiterbildung voraussetzt.

11.2.4 Substitutionsmittel und Vergabeweise

Tabelle 23 gibt einen Überblick über die in Deutschland derzeit zur Substitution verwendeten Substanzen und deren Verabreichungsform.

Tabelle 23: Medikamente zur Substitution

Substanz	Fertigarzneimittel	Verabreichungsform
Methadon	Methaddict	oral
Levomethadon	L-Polamidon	oral
Buprenorphin	Subutex	sublingual
Codein/Dihydrocodein		oral

Quelle: Möller, Lander 2001

Das Substitutionsmittel darf außer in der Arztpraxis oder im Krankenhaus auch in Apotheken verabreicht werden. Darüber hinaus ist die Vergabe auch in anderen geeigneten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe möglich, die hierfür von der zuständigen Landesbehörde anerkannt wurden. Im Falle einer ärztlich bescheinigten Pflegebedürftigkeit darf das Substitutionsmittel auch im Rahmen eines Hausbesuches verabreicht werden.

Das Substitutionsmittel darf nur zum unmittelbaren oralen Verbrauch unter Sicht ausgehändigt werden. Beim Verschreiben von Codein oder Dihydrocodein kann dem Patienten nach der Überlassung jeweils einer Dosis zum unmittelbaren Verbrauch die restliche Tagesmenge des Substitutionsmittels in abgeteilten Einzeldosen zur eigenverantwortlichen Einnahme ausgehändigt werden. Der Arzt kann einem Patienten das Substitutionsmittel für maximal sieben Tage verordnen (Take-Home-Verordnung). Diese Verordnung unterliegt Voraussetzungen (Mindestdauer der Behandlung, kein oder zumindest wenig riskanter Beikonsum anderer Substanzen, regelmäßige Kontrollen).

Im Gegensatz zu Methadon, Levomethadon und Buprenorphin ist Codein/Dihydrocodein nicht zur Substitution zugelassen, darf aber in begründeten Ausnahmefällen angewendet werden. Der substituierende Arzt ist zur Aufklärung und Beratung des Patienten über Wirkungen und Risiken des Substitutionsmittels, Kumulationsgefahr und die Gefahren unkontrollierten Beigebrauchs verpflichtet.

11.2.5 Psycho-soziale Begleitung und Beratung

Psycho-soziale Beratung wird von geeigneten Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführt. Die Grenzen zwischen Beratung und Behandlung sind dabei fließend. Ihre Ziele sind:

- Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- Regulierung der materiellen Lebenssituation
- soziale Integration
- berufliche Integration
- Opiat-/Drogenfreiheit

Zielorientiert und bezogen auf den Einzelfall stellt sie angemessene Hilfemaßnahmen innerhalb und außerhalb des Drogenhilfesystems zur Verfügung. Dies erfordert eine differenzierte Kenntnis der unterschiedlichen Angebote der psychosozialen Hilfesysteme und die Kooperation mit den verschiedenen Einrichtungen bzw. Anbietern. Die Unterstützungsleistungen der psychosozialen Betreuungseinrichtungen, die durch die interdisziplinären Teams von Sozialarbeitern, Pädagogen und Psychologen angeboten werden, können unter anderem sein:

- Unterstützungsmanagement
- Soziale Einzelfallhilfe
- Einzelberatung
- Gesprächsgruppen
- Freizeitangebote/Workshops/Therapeutische Gruppenreisen
- Psychotherapie

Die Finanzierung der betreuenden Einrichtungen erfolgt bisher entweder im Rahmen der Landes- und Kommunalzuwendungen an Einrichtungen oder als Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG. Die Diskussion um eine dauerhafte Finanzierung dieser Leistungen ist noch nicht abgeschlossen.

11.2.6 Abzweigung von Substitutionsmitteln

Es liegen hierzu keine gesicherten Informationen vor. Angaben von Polizei und Therapeuten lassen vermuten, dass der Zugang zu Methadon auf dem Schwarzmarkt relativ einfach ist. Da bisher keine Hinweise auf illegal produziertes bzw. eingeführtes Methadon vorliegen, dürfte es sich dabei vor allem um Abzweigungen von Substitutionsmitteln handeln. Der Umfang ist allerdings nicht abzuschätzen.

11.2.7 Evaluation, Statistik, Forschung und Training

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland rund 35.000 Betroffene mit Methadon, 11.000 mit Levomethadon, 3.800 mit Buprenorphin und 2.300 mit Dihydrocodein substituiert. Diese Zahlen beruhen auf einer Schätzung der DBDD, bei der folgende Größen eingeflossen sind: durchschnittliche tägliche Dosis der jeweiligen Substanz, Erwerb der genannten Substanzen (Menge) durch Apotheken in 2002, Zeitraum der Substitution. Ab dem 1.7.2002 hat nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) jeder Arzt, der Substitutionsmittel für einen opiatabhängigen Patienten verschreibt, dem Substitutionsregister beim Bundesinstitut

für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) über die Verschreibung (Beginn, Ende), das Substitutionsmittel und die Person (Code) Mitteilung zu machen (BfArM 2002) . Sobald dieses Register seine Anfangsschwierigkeiten überwunden hat, sind hier exaktere Zahlen zur Gruppe der Substituierten zu erwarten. Die Substitution per Privatrezept, die heute vermutlich die häufigste Form ist, wird dann ebenfalls erfasst. Bisher hat sich dieser Bereich der Kontrolle weitgehend entzogen, da die Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für sie nicht gelten.

In einer Metaanalyse, die von Reuter und Küfner (2002) vorgelegt wurde, werden insgesamt 14 Studien zu den Ergebnissen von Methadonsubstitution in Deutschland mit insgesamt mehr als 7000 Klienten aus den Jahren 1992 bis 1999 ausgewertet. Die Autoren fanden hohe Haltequoten (85% der Klienten war ein Jahr nach Betreuungsbeginn noch in Kontakt mit der Einrichtung) und durchgehende Verbesserungen in den Bereichen Gesundheitszustand, Arbeit und Delinquenz. Der Beigebrauch anderer Drogen nimmt leicht ab, findet sich jedoch für einzelne Substanzen immer noch bei mindestens 30% der Patienten. Der Alkoholkonsum steigt eher an. Der Anteil der Opiatabstinenten nach einem Jahr liegt bei etwa 7% und steigt im weiteren Verlauf leicht an. Ein Vergleich der Ergebnisse mit drogenfreien Behandlungen wird wegen der unterschiedlichen Patientenselektion als problematisch angesehen.

Am 1. März 2002 ist das Modell „heroingestützte Behandlung“, als neues Angebot der Überlebenshilfe angelaufen. Es wird in 7 deutschen Großstädten durchgeführt und durch einige Bundesländer und die jeweiligen Kommunen mitfinanziert. Das Modell wird als klinische Studie durchgeführt und wissenschaftlich begleitet. Eine begrenzte Zahl von Heroinabhängigen, bei denen bisherige Therapien nicht erfolgreich waren oder bei denen die Methadonsubstitution nicht befriedigend verlief oder die vorher nicht in Behandlung waren, erhalten versuchsweise injizierbares Heroin als Medikament; eine Kontrollgruppe erhält parallel Methadon. Beide Gruppen werden regelmäßig medizinisch betreut und erhalten psychosoziale Begleittherapie. Detaillierte Informationen zum Forschungsdesign finden sich auf der Website des Projekts (www.heroinstudie.de).

Teilnehmende Städte sind Bonn, Frankfurt am Main, Hannover, Hamburg, Karlsruhe, Köln und München. Insgesamt ist die Teilnahme von 1.120 Abhängigen an der Studie vorgesehen, die Hälfte soll als Kontrollgruppe mit Methadon behandelt werden. Die Kosten des Modellprojektes werden vom Bund, Ländern und Städten getragen. Während der Bund die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung sowie die Hälfte der Kosten für die Mitarbeiter im Case-Management übernimmt, übernehmen die Städte die Kosten vor Ort sowie anteilige Kosten des Case-Managements und der Prüfärzte. Ende 2002 war etwa die Hälfte der Teilnehmer rekrutiert und in die Behandlung einbezogen. Hinsichtlich der psychosozialen Betreuung wird bereits jetzt über eine positive Resonanz berichtet (4. interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin München 2003). Die Arzneimittelstudie, die vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) koordiniert und von der Bundesärztekammer begleitet wird, soll bei positivem Studienergebnis Grundlage

eines Antrags auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel zur Substitutionsbehandlung sein.

Seit dem 01. Juli 2002 muss jeder Arzt, der Substitutionsmittel verschreibt, gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV grundsätzlich Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden. Zu diesem Zweck werden Fortbildungen durchgeführt, wo die entsprechenden Qualifikationen erworben werden können.

11.3 Nachsorge und Reintegration

11.3.1 Die Verknüpfung mit der nationalen Drogenpolitik und der Gesetzgebung

Auf der konzeptionellen Ebene ist die Reintegration des Drogenkonsumenten in Arbeit, Wohnen und andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens ein wichtiges Element für den dauerhaften Erfolg therapeutischer Bemühungen. Die Finanzierungsgrundlagen- und Instrumente für die Nachsorge und Reintegration sind verbesserungsbedürftig.

11.3.2 Ziele, Definitionen und Konzepte der Reintegration

Die berufliche Integration hat die Wiederaufnahme bezahlter Arbeit, möglichst auf dem ersten Arbeitsmarkt und unter Zahlung der Sozial- und Rentenversicherung zum Ziel. Soziale Reintegration drückt sich an erster Stelle in der eigenen Wohnung aus.

11.3.3 Zugang für unterschiedliche Zielgruppen

Menschen in Rehabilitationsmaßnahmen haben relativ gute Chancen, dass insbesondere Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung für sie finanziell unterstützt werden. Viele Drogenkonsumenten sind jedoch nicht rentenversichert, eine Finanzierung kann deshalb aus speziellen Fonds der Arbeitsämter oder der Kommunen kommen. Bei der aktuellen schwierigen Haushaltslage ist damit der Zugang sehr schwierig.

11.3.4 Organisation, Finanzierung, Management und Verfügbarkeit

Neben den Trägern stationärer Einrichtungen machen rund 150 überwiegend gemeinnützige Träger eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote zur Nachsorge und Integration, die abhängig von regionalen Notwendigkeiten und Gegebenheiten sind und sich an Drogenkonsumenten in unterschiedlichen Phasen wenden.

Angesichts von rund 50.000 Substituierten in Deutschland pro Jahr reichen die bestehenden Hilfen im Bereich Arbeit/Qualifizierung für etwa 1.500 Personen, im Bereich Bildung etwa 300 Personen und im Bereich Wohnen für etwa 2.000 Personen bei Weitem nicht aus.

Bei den sozialen Wiedereingliederungsmaßnahmen steht das betreute Wohnen an erster Stelle. Dieses ist ein übergeordneter Begriff für unterschiedliche Formen der Wohnbetreuung. Sie dient sowohl der Stabilisierung, Orientierungshilfe und der Krisenintervention als auch der Verbesserung der Lebenssituation und der Rückfallprophylaxe nach stationärer Behandlung. Betreutes Wohnen kann für substituierte und bereits drogenfrei lebende, aber

unterstützungsbedürftige Menschen angeboten werden. Hierzu stehen rund 80 Einrichtungen mit über 2.100 Plätzen zur Verfügung. Im betreuten Wohnen leben Menschen, die der regelmäßigen, jedoch nicht ständigen Betreuung durch Fachkräfte bedürfen.

In Deutschland stehen für Drogenabhängige rund 75 Arbeitsprojekte und Qualifizierungsmaßnahmen mit etwa 1.000 Plätzen zur Verfügung. Angesichts der Unsicherheiten in den sozialrechtlichen Regelungen zur Arbeitsförderung muss hier mit einem Rückgang der Plätze gerechnet werden.

11.3.5 Statistik, Forschung und Evaluationsergebnisse

Es liegen für den Berichtszeitraum keine neueren Ergebnisse oder Berichte vor. Ältere Projekte sind im REITOX Bericht 2001 enthalten.

11.3.6 Training

Zu diesem Bereich sind keine spezifischen Angebote bekannt.

12 Interventionen im Strafvollzug

12.1.1 Übersicht

Der Justizvollzug liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. Die Organisation des Vollzugs, die Mitwirkung bei der Gesetzgebung, finanzielle und personelle Ressourcen, Sicherheits- und Bauangelegenheiten sowie die Beschäftigung der Gefangenen obliegt den entsprechenden Ressorts der Justizministerien. Da Drogen und Utensilien in den Gefängnissen in der Regel schwerer zugänglich sind als außerhalb, wird von den Abhängigen häufiger auf besonders riskante Konsumformen zurückgegriffen.

12.2 Unterstützung für Drogenabhängige im Gefängnis

12.2.1 Verfügbarkeit, Finanzierung, Organisation und Angebot von Interventionen

Repression ist die primäre drogenpolitische Strategie im Umgang mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im Justizvollzug. Durch Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Überwachungskameras, Wachpersonal), Kontrollen (z.B. Urinkontrollen, Haftraumkontrollen) und entsprechende Konsequenzen (z.B. Wegfall von Lockerungsmaßnahmen) soll Drogengebrauch eingeschränkt werden. Eine zusätzliche externe Suchtberatung an JVAs existiert seit Mitte der 80er Jahre. Drogenkonsum im Vollzug wird nicht mehr grundsätzlich verleugnet, als Ziel für die Haftanstalt gilt jedoch nach wie vor Drogenfreiheit. Dem Paradigma von „Sucht als Krankheit“ wird auch innerhalb des Justizvollzuges zunehmend Rechnung getragen.

Die Finanzierung der Angebote erfolgt unter anderem durch die Justizvollzugsanstalten und Arbeitsämter. Die Betreuung findet teilweise durch den Gefängnissozialdienst, teils durch Mitarbeiter externer Beratungsstellen statt, die zu Gesprächen in die JVAs kommen.

12.2.2 Betreuungsangebote

Neben repressiven Maßnahmen wird in den JVAs mittlerweile die Notwendigkeit von externen und internen Beratungsangeboten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen nicht mehr bestritten. Angebote für Konsumenten illegaler Drogen können sein:

- „drogenfreie Stationen“ für abstinente und nicht-abhängige Haftinsassen,
- Informationen, Beratung und Motivierung bezüglich therapeutischer Maßnahmen,
- Unterstützung bei der Beantragung und Vermittlung von Abstinenztherapieplätzen,
- Maßnahmen der Schadensreduzierung (z.B. Spritzenvergabe),
- Medikamentengestützte Behandlung (z.B. Methadonsubstitution, Naltrexonbehandlung),
- Abklärung der Möglichkeiten von „Therapie statt Strafe“ gemäß § 35, 36 BtMG,
- Krisenintervention
- Begleitende Einzel- oder Gruppengespräche während des Haftaufenthaltes.
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Selbsthilfegruppen wie beispielsweise die Anonymen Alkoholiker, die auch von polytoxikomanen Gefangenen genutzt werden, werden im allgemeinen im Vollzug gerne gesehen und haben überwiegend einen positiven Einfluss auf die teilnehmenden Gefangenen. Die

Teilnahme erfolgt in der Regel freiwillig und in der Freizeit. Spezielle Selbsthilfegruppen für Drogenabhängige - wie z.B. Narcotics Anonymous - sind im Vollzug seltener vertreten.

In einigen Bundesländern ist die Substitution in Haft ein offizielles Angebot. Nicht jedes Bundesland bietet dabei die längerfristige Substitution an. Oft handelt es sich nur um einen medikamentengestützten Entzug. Substituiert wird auch zur Überbrückung, wenn man vor Haftantritt offiziell Methadon erhalten hat und der Gefängnisaufenthalt kurz ist oder zur Vorbereitung der Entlassung. Hamburg, das bislang eine längerfristige Substitution im Gefängnis anbot, hat diese 2002 beendet und bietet Methadon im Gefängnis nur noch während der Entgiftung an (Die Tageszeitung 20.08.2002).

Vier von insgesamt 223 Gefängnissen bieten Needle-Exchange an (zwei in Niedersachsen, zwei in Berlin); in Hamburg wurden Automaten zur Spritzenvergabe nach einem Wechsel der Landesregierung und damit verbundenen Änderungen der Drogenpolitik geschlossen. Im Juni 2003 wurden in Niedersachsen zwei weitere, seit 1996 bestehende, Spritzenabgabeprojekte eingestellt (Stöver, persönliche Mitteilung), so dass nur noch als einziges Bundesland Berlin verbleibt, das Spritzenabgabe im Justizvollzug anbietet. Vorherige Evaluationsstudien waren insgesamt zu positiven Bewertungen gekommen.

Eine wichtige Maßnahme für die resozialisierungsförderliche Gestaltung des Justizvollzugs ist die Gefangenenausbildung. Bei vielen Gefangenen ist ein deutlicher Bildungsrückstand gegenüber Nichtstraffälligen festzustellen. Damit vor allem unausgebildete straffällige Jugendliche nicht weiter „auf der Strecke" bleiben und sich kriminelle Verhaltensweisen verfestigen, werden unterschiedliche Bildungsangebote gemacht: Förder-, Elementar- und Hauptschulkurse (Schwerpunkte: Lesen, Rechnen und Schreiben in Alltagssituationen), Realschulkurse und Berufsschulunterricht (theoretische und praktische Ausbildungseinheiten). Für ausländische Gefangene werden z.T. Weiterbildungsangebote möglichst in der jeweiligen Landessprache durchgeführt. Bildungskurse in der Freizeit informieren beispielsweise über Alkohol und Drogen.

12.3 Alternativen zum Gefängnis für drogenabhängige Straffällige

12.3.1 Ziele und Organisation

Es gibt verschiedene Alternativen zur Haft für einen drogenabhängigen Straftäter, der wegen eines Drogendelikts verurteilt wurde. Bei einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als 2 Jahren kann er statt der Haft eine Entwöhnungsmaßnahme besuchen. Dies soll der langfristigen Rehabilitation dienen. Die Vermeidung der Haft dient als Motivation zur Aufnahme der Behandlung. Das Risiko, den Rest der Strafe bei Abbruch der Behandlung absitzen zu müssen, kann helfen, vorzeitige Therapieabbrüche zu verhindern. Nachdem ein gewisser Teil der Haftstrafe verbüßt ist, kann der Klient aus der Haft heraus den entsprechenden Antrag auf Strafaussetzung stellen.

Daneben ermöglicht § 31 a BtMG die Einstellung eines Strafverfahrens wegen Drogenbesitz durch die Staatsanwaltschaft oder das Gericht unter folgenden Voraussetzungen:

- geringe Menge,
- geringe Schuld,
- kein öffentliches Interesse,
- nur zum Eigenverbrauch bestimmt

In Sachsen, Bayern und Berlin wird diese Regelung nur auf Cannabis angewendet.

12.3.2 Zugang

§ 35 und § 38 BtMG ermöglichen für betäubungsmittelabhängige Straftäter, die zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt wurden, sowohl einen Aufschub einer anstehenden als auch die Unterbrechung einer begonnenen Strafvollstreckung zugunsten einer Behandlung (vgl. 1.2).

Der Verurteilte muss sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befinden oder eine solche zusagt haben, deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Der Verurteilte ist verpflichtet, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen. Die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.

In einer erheblichen Zahl von Fällen wird diese Strafaussetzung wieder aufgehoben, die Therapie also unterbrochen. Das BMGS hat zu diesem Thema eine Studie vergeben (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2003).

12.3.3 Informationsstrategien

Es liegen keine Informationen über spezielle Informationsstrategien zu diesem Thema vor.

12.3.4 Koordinationsmechanismen

Der Weg aus der Haft in Therapie führt in so gut wie allen Fällen nur über die Antragstellung bei einer oder meist mehreren Staatsanwaltschaften, die erst nach Vorliegen aller notwendigen Unterlagen (Bescheinigung über einen Therapieplatz mit Aufnahmetermin, schriftliche Kostenzusage, Zustimmung des zuständigen Gerichts usw.) entscheiden. Zeitverzögerungen und Terminverschiebungen sind häufig.

Die Vorbereitung und Vermittlung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung auf der Grundlage der §§ 35/36 BTMG können bei begonnener Haft entweder von externen Drogenberatern oder von der Suchtkrankenhilfe der Justizvollzugsanstalten koordiniert werden.

12.4 Evaluation und Training

Insgesamt können Qualität und Quantität der Maßnahmen sehr variieren. Drogenberatung kann intern durch festangestellte sozialpädagogische oder psychologische Fachkräfte durchgeführt werden oder von externen speziellen Drogenberatungsstellen auf Anfrage oder im Rahmen einer festgelegten Stundenzahl übernommen werden. In den Bundesländern Berlin, Hamburg und Niedersachsen wurde Spritzenvergabe im Rahmen von Modellprojekten an kleineren JVAs erprobt. Safer-use Maßnahmen wie Spritzentausch-Programme und die Vergabe von Utensilien zur Spritzenreinigung wurden eingeführt, infektionsprophylaktische Weiterbildung von Gefangenen und Bediensteten wurde durchgeführt. Teilweise wurden die Maßnahmen inzwischen jedoch wieder eingestellt (vgl. Meyenberg et al. 1999, Herrmann et al. 2001).

12.4.1 Evaluation

Für Berlin liegen inzwischen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung vor. In zwei Berliner Justizvollzugsanstalten wurde das Modell zur Spritzenvergabe implementiert. Die Gesamtzahl der abgegebenen Spritzen belief sich in der JVA Lichtenberg auf etwa 3.500 (Zeitraum 10/1998 bis 7/2002) und in der JVA Lehrter Straße auf etwa 4.500 (Zeitraum 2/1999 bis 7/2001). Über den Gesamtverlauf betrachtet ergab sich, dass ein Bedarf an sterilen Spritzen zur Drogeninjektion in beiden Anstalten besteht und dass die Maßnahme gut angenommen wurde. Nach Einführung der Maßnahme kam Spritzentausch nur noch in Einzelfällen und nur noch innerhalb der ersten sechs Monate nach Aufnahme in die Haftanstalt vor.

Ein Projekt im offenen Vollzug (Heinemann & Gross 2001) zeigte eine Verringerung des Needle-Sharing durch Spritzenaustauschprogramme beim i.v. Konsum von 51 auf 26% (N = 49). Allerdings war der i.v. Konsum unter den Häftlingen mit 30% immer noch deutlich höher als in geschlossenen Anstalten, woher die Häftlinge kamen (17%). Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass sich Spritzenaustauschprojekte ohne große Störungen in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren lassen (Stöver & Nelles 2003).

12.4.2 Forschungsergebnisse und Statistik

Ein regelmäßiges bundesweites Monitoring der Drogensituation in Haftanstalten existiert nicht. Eine Reihe von früheren Einzelstudien wurden bereits im REITOX Bericht 2001 beschrieben. In Bayern wurden auf der Basis eines Modellversuchs Leitlinien für die Behandlung von drogen- und alkoholabhängigen Straftätern entwickelt.

Infektionsrelevantes Risikoverhalten

In der multizentrischen Studie „European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons“ (Rotily & Weiland 1999) gab in einer Kölner Justizvollzugsanstalt (N=437) insgesamt ein Drittel (36%) der Personen mit i.v. Konsum vor Haftbeginn auch intravenösen Drogenkonsum in Haft an. Injektionsutensilien mit anderen geteilt zu haben, gaben insgesamt 27% an. Im Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe von Meyenberg et al. (1999)

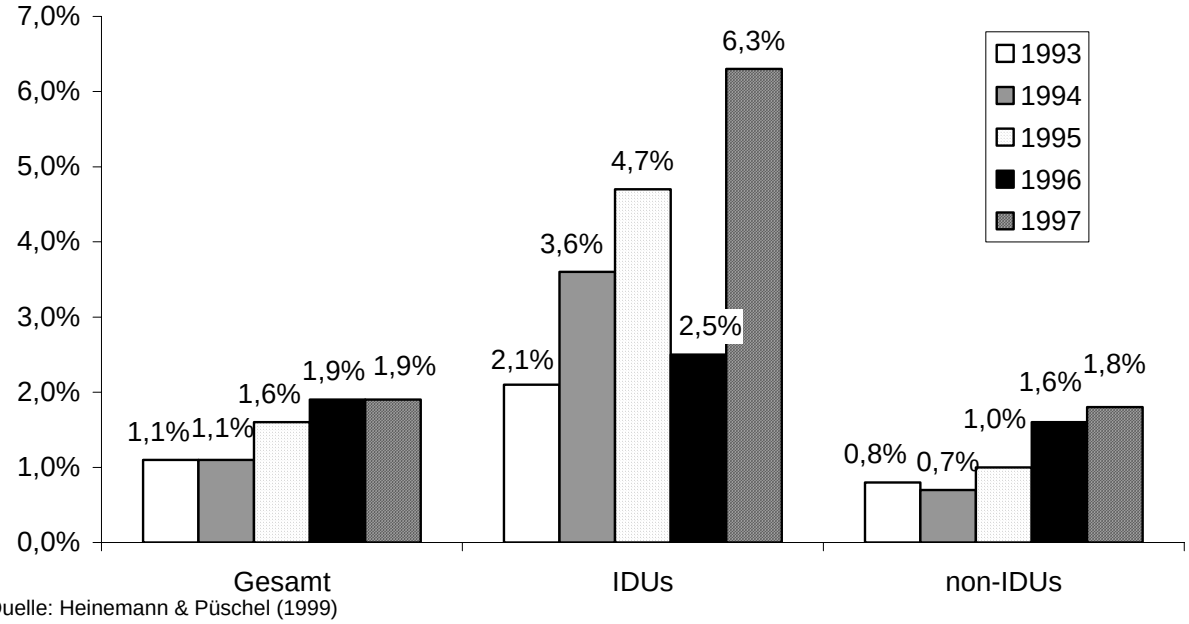
wurde das Teilen von Drogen und Injektionsutensilien von 47% der befragten Haftinsassen bejaht. 42% gaben an, die Utensilien zu teilen. Bei den Haftinsassinnen war die Bereitschaft dazu noch größer (Teilen der Portion bei 71% der Frauen, Teilen der Utensilien bei 56%).

Prävalenz der HIV, HCV und HBV-Infektionen

Da der Strafvollzug im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Bundeslandes liegt, gibt es bundesweit keine einheitliche Regelung der infektionsrelevanten Testpraxis von Gefangenen. In den meisten Ländern wird eine HIV-Testung auf freiwilliger Basis bei der Eingangsuntersuchung durchgeführt.

Die Prävalenz der Infektionserkrankungen HIV, Hepatitis B und C im Hamburger Justizvollzug wurde in einer prospektiven Längsschnitterhebung von 1991 bis 1997 (Heinemann & Püschel 1999) untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Gesamtprävalenz für HIV-Infektionen zwischen 1,1% und 1,9% lag. Die höchsten Prävalenzen sowie die deutlichste Zunahme zeigte sich in der Gruppe der i.v. Drogenkonsumenten. Heinemann & Püschel (1999) konnten ebenfalls nachweisen, dass sich die Dauer des Drogenkonsums bei i.v. Drogenabhängigen signifikant auf die HIV-Prävalenz auswirkt. HIV-positive Abhängige konsumierten bei gleichem Einstiegsalter etwa doppelt so lange Drogen, wie HIV-negative (Abbildung 24).

Abbildung 24: HIV-Infektionen bei Gefangenen



Quelle: Heinemann & Püschel (1999)

Die Prävalenzraten der wichtigsten Infektionskrankheiten lagen 1999/2001 in einer Studie in Berlin (Stark et al. 2001) jeweils kurz nach der Aufnahme für HIV bei 18 %, für Hepatitis B und Hepatitis C bei 50 % und über 80 %. Im Untersuchungszeitraum waren keine Neuinfektionen mit HBV und HIV zu beobachten. Für HCV waren im Projektverlauf vier Neuinfektionen zu beobachten, wobei unter Berücksichtigung der Inkubationszeit mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass nur eine Infektion im Modellverlauf erworben wurde. Die betreffende Person hat das sogenannte „Frontloading“ mit unsterilen Spritzenbestecken praktiziert (Stark et al. 2001)

Verfügbarkeit von Drogen im Gefängnis

Über die Verfügbarkeit von illegalen Drogen sowie deren Transport und Preise im Gefängnis wurden in Deutschland bislang wenig gesicherte Daten veröffentlicht. Innerhalb der Anstalten sind ähnliche Angebots- und Nachfragestrukturen etabliert, wie auf dem Drogenmarkt außerhalb (Trabut 2000; Heinemann & Püschel 1999). Der Anteil der einsitzenden straffällig gewordenen Abhängigen sowie der verurteilten Drogenhändler ist groß. Zum Stichtag 31.03.2001 saßen insgesamt 14% (8.574) aller Inhaftierter wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ein.

Aufgrund der Mangelsituation und häufigen Entzugszuständen werden Drogen getauscht oder geteilt. Um einen möglichst wirksamen Konsum zu erlangen werden intravenöse Applikationsformen praktiziert. Durch Mangel an Spritzen und unzureichende Desinfektionstechniken kommt es zu hochriskanten Konsumpraktiken.

12.4.3 Training

Generell werden für Mitarbeiter im Strafvollzug keine speziellen Trainings zum Umgang mit drogenabhängigen Insassen angeboten. Entsprechende Inhalte sind allerdings in der normalen Berufsausbildung integriert.

13 Qualitätssicherung

13.1 Neue Trends und Entwicklungen

Zurzeit sind verschiedene Fachgesellschaften im Sinne einer evidenzbasierten Behandlung damit beschäftigt, Leitlinien für verschiedene Interventionsbereich zu entwickeln. Erste Entwürfe wurden bereits publiziert, die Endfassung wird für 2004 erwartet.

Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ist auch die Verfügbarkeit aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse für Forschung und Praxis von grundsätzlicher Bedeutung. Neben dem „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)“, dem zentralen Informationsdienst im Gesundheitsbereich (www.dimdi.de), spielt das Archiv für Drogenliteratur an der Universität Bremen (ARCHIDO, www.archido.de) eine wichtige Rolle auch in der internationalen Kooperation insbesondere im Rahmen von ELISAD. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (www.hls-online.org) bringt diese Ergebnisse den Praktikern in kurzer, klarer Form durch einen elektronischen „Forschungsbrief“ näher.

13.2 Formale Anforderungen

Die Anforderungen der verschiedenen eingesetzten Verfahren zur Qualitätssicherung werden von den jeweiligen Trägern der Verfahren festgelegt. Dies sind zum Teil Fachverbände, zum Teil die Anbieter der Verfahren selbst.

13.3 Kriterien und Instrumente der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements, das zum Ziel hat, den Adressaten der Drogenhilfe bedarfsgerechte Angebote auf einem hohen Qualitätsniveau zugänglich zu machen. Qualitätssicherung zielt dabei auf Effektivität wie auch die Effizienz erbrachter Leistungen. Angemessene Strukturen und ein abgestimmtes Zusammenspiel regelgeleiteter und zielgerichteter Prozesse sind wesentliche Bedingungen hoher Ergebnisqualität. Ziel eines umfassenden Qualitätsmanagements ist es, einen Prozess kontinuierlicher Verbesserung zu initiieren.

In Deutschland finden im Wesentlichen drei Qualitätssicherungssysteme Anwendung, die auch in der Drogenhilfe genutzt werden:

- ISO 9000 ff,
- das System der Selbstevaluation der European Foundation for Quality Management (EFQM),
- und das Qualitätssicherungssystem der Leistungsträger.

13.4 Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren und Ergebnisse

Beratung und ambulante Behandlung und Betreuung

Im Bereich der ambulanten Drogenhilfe wird fast ausschließlich das Modell EFQM angewandt. Sehr erfolgreich ist aber auch in Niedersachen das „Benchmarking“, in dem Beratungsstellen anhand ihrer unterschiedlichen Leistungen und Erfolge in einen Qualitätswettbewerb treten. Angesichts der knappen Budgets in der ambulanten Suchthilfe und der Voraussetzung, mindestens eine halbe Personalstelle pro Einrichtung für die Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen, beschränkt sich die Qualitätssicherung hier im Wesentlichen auf die Reflektion der jährlich gewonnen Betreuungsdaten und Versuche zur Erfassung der „Kundenzufriedenheit“. Die ambulante medizinische Rehabilitation, die aus Mitteln der Rentenversicherung finanziert wird, unterliegt bei den Qualitätssicherungsverfahren der Kontrolle der Leistungsträger. Wieweit die für stationäre Einrichtungen entwickelten Verfahren auch im ambulanten Bereich anwendbar sind, muss die Praxis erst noch zeigen.

Stationäre Behandlung

Die stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind auf Initiative der Renten- und Krankenversicherungsträger in Programme zur Qualitätssicherung eingebunden. Dazu gehören u.a. die Erfassung der Klientenzufriedenheit, die Überprüfung der Konzeptionen und Ausstattungen der Einrichtungen und der regelhaften Durchführung der Behandlung. Qualitätszirkel von Therapeuten in vergleichbaren Einrichtungen werden zur Supervision eingesetzt, wobei das Vorgehen in Einzelfällen betrachtet wird (peer-review). Nur wenige Einrichtungen der Drogenhilfe im stationären Bereich haben bisher allerdings Zertifizierungsverfahren zur Qualitätssicherung eingeleitet.

Wesentliche Voraussetzung zur Analyse und Verbesserung der Qualität der Tätigkeit ist eine entsprechende Dokumentation. Da bisher keine allgemeine Dokumentationspflicht in den Einrichtungen besteht, fehlen teilweise die notwendigen Aufzeichnungen. Es existiert zwar ein Deutscher Kerndatensatz, welcher die Items des TDI enthält. Das Problem, diese Daten möglichst vollständig zusammenzuführen, ist jedoch bisher administrativ nicht gelöst. Technisch stehen Verfahren hierzu zur Verfügung.

Prävention

Bedingt durch die föderale Struktur sowie das Prinzip der Subsidiarität im deutschen Gesundheitswesen kann von einheitlichen formalen Anforderungen bzw. Kriterien bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage trotz einiger Bemühungen nicht gesprochen werden. Es gibt eine Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Methoden bzw. Instrumenten, die in den einzelnen Bundesländern und Kommunen zur Anwendung kommen. Es sind sehr große Unterschiede bezüglich der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen festzustellen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beschäftigt sich mit der Planung neuer sowie der Überprüfung und Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen und Kampagnen auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes. Resultat dieser Planungsphase ist eine Konzeption, welche Ziele mit welchen Instrumenten bzw. Maßnahmen bei welchen Zielgruppen wie erreicht werden sollen. Als Teilziel wird zur Zeit an der Entwicklung einer Routinedokumentation zu Präventionsaktivitäten gearbeitet. Daneben ist zur Zeit mit Förderung der BZgA eine Expertise zur Primärprävention in Arbeit, die den aktuellen Wissensstand zusammentragen soll.

TEIL IV SCHÜSSELTHEMEN

14 Evaluation der nationalen Drogenstrategie

14.1 Ansätze zur Evaluation

Ansätze zur Evaluation nationaler Politik

Evaluation im herkömmlichen Sinne findet auch in Deutschland durch verschiedene Arbeitsgruppen statt, welche die Aktivitäten der Ministerien kommentierend und beratend begleiten. So hat die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit, in der 12 Wissenschaftler aus unterschiedlichen Fachrichtungen vertreten waren, im Juni 2002 einen Abschlußbericht zur Verbesserung der Prävention vorgelegt. Die Wissenschaftler hatten die vorhandenen Strategien und Steuerungsstrukturen untersucht und Empfehlungen zur Weiterentwicklung erarbeitet.

Zur Umsetzung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans aus dem Jahr 1990 wurde eine Bestandsaufnahme der Bundesregierung vorgenommen. Die Maßnahmen, die der Bundesregierung in diesem Feld zur Verfügung stehen, beziehen sich im Wesentlichen auf gesetzgeberische Maßnahmen, die Aktivitäten der BZgA und des Bundeskriminalamtes, die Förderung von Modellprogrammen sowie auf die internationale Zusammenarbeit einschließlich der Unterstützung der Arbeit der EBDD. Die übrigen Arbeitsbereiche liegen im Verantwortungsbereich der Bundesländer.

Die genannte Bestandsaufnahme führt eine Reihe von Gesetzesänderungen und die damit intendierten Ziele auf. So wurden Möglichkeiten zur Behandlung statt Strafe für Konsumenten erweitert und Maßnahmen der Überlebenshilfe sowie Substitution rechtlich abgesichert. Daneben wurde durch eine Verbesserung der Struktur und Kooperation bei BKA und Zoll die Effizienz der Strafverfolgung insbesondere gegenüber dem Drogenhandel erhöht. Der rechtliche Rahmen für Substitution und Konsumräume sichert auch eine Reihe von Qualitätsstandards rechtlich ab. Modellprojekte zur Erprobung neuer Ansätze in Prävention und Therapie (z.B. die Verschreibung von Heroin, Nutzung des Internets zur Primär- und Sekundärprävention) wurden gefördert, die danach teilweise von den Ländern weiterfinanziert wurden. Die BZgA war im Rahmen diverser Kampagnen bundesweit aktiv. In der internationalen Kooperation ist die Zusammenarbeit mit UNODC (früher: UNDCP) neben der EU besonders wichtig. Maßnahmen der alternativen Entwicklung in den Anbauländern werden stark unterstützt.

Weitere Verfahren zur Evaluation wurden ebenfalls bisher eingesetzt, deren Ergebnisse in nationale oder auch regionale Strategien eingingen:

- Im Rahmen von Modellprogrammen wurden regelmäßig neue Methoden zur Prävention, Beratung oder Behandlung sowie neue Formen der Organisation (z.B. „Case management“) erprobt und evaluiert.

- Expertisen dienten dazu, in bestimmten Tätigkeitsbereichen einen Überblick über den Stand der Forschung bzw. bisherigen Entwicklungen zu erhalten (Beispiel: Expertise zur Primärprävention).
- Verschiedene innovative Projekte wurden durch Wissenschaftler begleitet, die den Verlauf und die Ergebnisse erfassten und evaluierten. In neuerer Zeit ist die Studie zu den Konsumräumen (ZEUS 2002) ein Beispiel für dieses Vorgehen.

Die Rolle der Evaluation im Aktionsplan Drogen und Sucht

Strategien, die von Anfang an operationalisierte Zielvorgaben und ihnen zugeordnete Kriterien aufweisen, an denen sich Erfolg und Misserfolg ablesen lassen, wurden bisher in Deutschland in der nationalen Drogenpolitik nicht angewendet. Der Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2002 greift erstmals diesen Ansatz auf. Für eine Reihe von exemplarischen Maßnahmen, die hier vorgesehen sind, wurden Indikatoren und Messinstrumente benannt, an denen ihr Erfolg abgelesen werden soll. Die in dem Text angekündigte Feinabstimmung ist jedoch notwendig, da bisher nur sehr allgemeine Zielgrößen verwendet werden, die nicht allzu eng mit der Einzelmaßnahme zusammenhängen. So wird ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung als ein Zielmaß für die Qualität von Maßnahmen verwendet, in denen Schulungsmaterialien aktualisiert, Ausstellungen durchgeführt und eine nationale Kampagne zur Primärprävention weitergeführt werden soll.

Der Plan unterstreicht, dass ein Erfolg zudem „aufeinander abgestimmte Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, Leistungsträger und –erbringer sowie freier Träger und Initiativen“ voraussetzt. Die Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer hat den Aktionsplan Drogen und Sucht größtenteils zustimmend zur Kenntnis genommen, in einigen Fällen jedoch für sich selbst bestimmte Angebote (Konsumräume, Heroinverschreibung) abgelehnt bzw. weitergehende Initiativen (etwa bei Werbeverboten) angekündigt. Nicht unerwähnt darf die Tatsache bleiben, dass auch die Bundesländer erhebliche finanzielle Mittel aufwenden, um Drogen- und Suchthilfemaßnahmen zu unterhalten und zu verbessern.

14.2 Methodik der Evaluation

Da bisher keine dezidierte Planung für eine Evaluation nationaler Drogenstrategien vorliegt, ist es verfrüht, die Frage nach einer geeigneten Methode zu stellen. Je nach Ansatz der Evaluation und je nach Tiefe der Analyse stehen unterschiedliche Methoden zur Auswahl. Insbesondere ist die Entscheidung zu treffen, wieweit Struktur, Prozess und/ oder Ergebnis der Drogenstrategie Gegenstand der Evaluation sein sollen. In Abhängigkeit von dieser Entscheidung sind die Objekte der Beobachtung ebenso wie die betrachteten Aspekte unterschiedlich. Die bisher angewandten Verfahren stellen vor allem die Frage, ob die vorgesehenen Aktivitäten umgesetzt wurden. Der komplexen Frage, ob etwa durch die vorgenommenen Gesetzesänderungen die gewünschten Ziele erreicht wurden, wurde auch im Bereich der Drogenpolitik nicht systematisch nachgegangen.

15 Cannabisprobleme im Kontext: Zur Zunahme der Behandlungsnachfrage

15.1 Behandlungsnachfrage bei Cannabiskonsum

15.1.1 Anteil der Klienten mit primären Cannabisproblemen

Cannabis findet sich im Beigebrauch bei fast allen Klienten ambulanter Beratungsstellen, deren primäres Problem Kokain oder Opiate sind. In erster Linie sind jedoch an dieser Stelle Personen von Interesse, bei denen Cannabis im Vordergrund der Problematik steht. Für diese Analyse wurden deshalb ausschließlich Personen berücksichtigt, bei denen Cannabisgebrauch das primäre Problem ist. Es liegt also eine Abhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch (ICD 10) von Cannabis vor. Mehrfachdiagnosen wurden nur berücksichtigt, wenn Cannabis vorrangig war. Im Rahmen der nationalen Behandlungsstatistik wurden in Deutschland im Jahr 2002 aus 454 Einrichtungen Angaben zu insgesamt 95.468 Personen gemacht. Damit wurden 44,6% von den bestehenden 1.017 ambulanten Einrichtungen in Deutschland erfasst (Bundesministerium für Gesundheit 2002).

Im Jahr 2002 haben in den berichtenden Einrichtungen 6.368 Personen mit einem primären Cannabisproblem die Betreuung begonnen. Sie stellen mit 8,6% der Gesamtklientel nach Alkohol (67,0%) und Opiaten (14,4%) die drittgrößte Gruppe in ambulanter Betreuung dar. Bei Männern liegt der Anteil mit 9,5% höher als bei Frauen mit 5,7%. Unterschiede zwischen den Bundesländern in Ost und West sind kaum sichtbar. Der Anteil hat sich in den letzten 3 Jahre kontinuierlich erhöht (1999: 5,1%; 2000: 6.3%; 2001:7,1; 2002: 8,6%). (Tabelle 24)

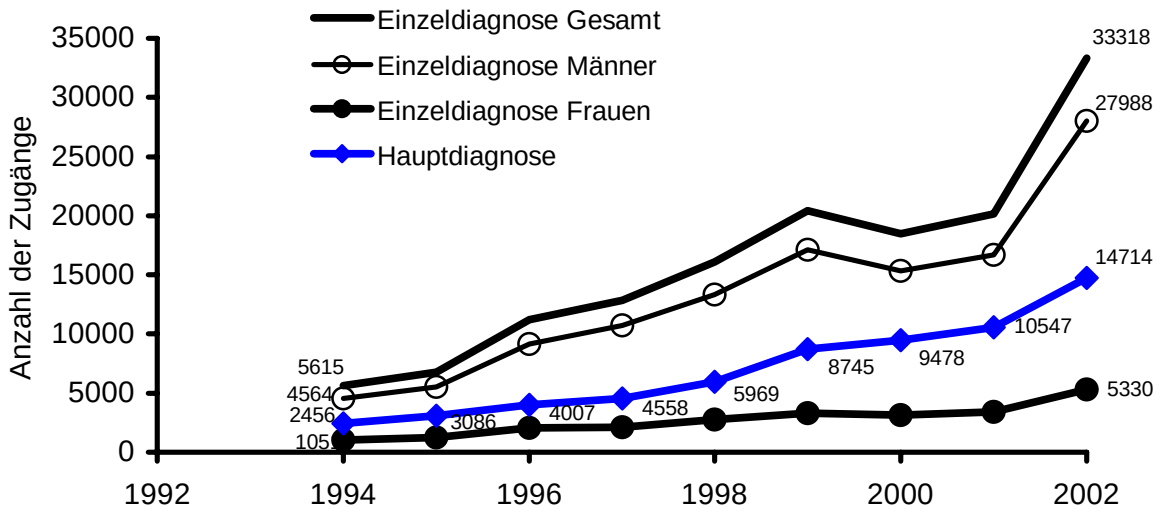
Tabelle 24: Hauptdiagnosen bei Personen mit eigener Störung

Hauptdiagnose				2002		2001		2000		1999
	M	F	%	Abs	Total	Abs.	%	Abs.	%	Abs.
Alkohol	67,8%	64,2%	67,0%	49.515	69,2%	35.863	69,5%	40.054	71,5%	47.093
Opioide	14,5%	13,9%	14,4%	10.637	13,6%	7.038	14,4%	8.278	14,8%	9.742
Cannabinoide	**9,5%**	**5,7%**	**8,6%**	**6.368**	**7,1%**	**3.700**	**6,3%**	**3.632**	**5,1%**	**3.343**
Sedativa/ Hypnotika	0,5%	2,1%	0,8%	626	0,9%	462	0,9%	526	0,9%	621
Kokain	1,9%	1,0%	1,7%	1.231	1,8%	942	1,6%	935	1,8%	1.167
Stimulantien	2,0%	2,4%	2,1%	1.541	2,3%	1.185	1,8%	1.029	0,8%	530
Halluzinogene	0,1%	0,1%	0,1%	87	0,2%	114	0,2%	124	0,3%	192
Tabak	0,4%	1,1%	0,6%	423	0,5%	257	0,4%	242	0,5%	321
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	13	0,0%	11	0,0%	8	0,0%	12
And. psychotr. Substanzen	0,5%	0,5%	0,5%	386	0,3%	155	0,7%	415	0,3%	195
Gesamt	100%	100%	100%	73.896	100%	51.840	100%	57.621	100%	65.910

Unbek.: 21.571 (22,6%) aller Patienten Basis: EBIS: N= 95.468 Patienten Quelle: Strobl et al. 2003

Neben dem prozentuale Anstieg der primären Cannabisfällen zeigt sich auch ein deutlicher Anstieg der Absolutzahlen. Die Entwicklung der Hauptdiagnosen seit 1994 ist in Abbildung 25 - hochgerechnet auf die Gesamtzahl von Einrichtungen in 2001 - dargestellt. Die Zahl der primären Cannabisfälle hat sich in dem genannten Zeitraum etwa versechsfacht. Das gleiche gilt auch für die Gesamtzahl aller Klienten mit einer Cannabisdiagnose– unabhängig davon, ob diese Substanz im Mittelpunkt der Problematik stand oder ein Beigebrauch vorlag. Mehr als 80% aller Klienten im Jahr 2002 sind männlich, der Anstieg der Fallzahlen ist für Männer deutlicher als für Frauen (Abbildung 25).

Abbildung 25: Zahl der Zugänge von ambulanten Klienten mit primären Cannabisproblemen



Hinweis: Die Werte wurden zur besseren Vergleichbarkeit auf die Gesamtzahl der ambulanten Einrichtungen in 2001 hochgerechnet.

Quelle: EBIS Berichte 1994-2001 (Simon et al, Türk, Welsch); Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch 2002); Strobl et al. 2003

Die Veränderungen sind in Tabelle 25 prozentual dargestellt, wobei das Jahr 1994 als Basis verwendet wurde.

Tabelle 25: Entwicklung der Zugänge für die wichtigsten Hauptdiagnosen

Trends	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alkohol	100%	109%	127%	133%	140%	162%	138%	135%	151%
Opioide	100%	112%	130%	118%	137%	163%	139%	129%	158%
Cannabinoide	100%	126%	163%	186%	243%	356%	386%	429%	599%

Unbek.: 21.571 Pat. (22,6%) aller Patienten Basis: EBIS: N= 95.468 Patienten Quelle: Strobl et al. 2003

15.1.2 Vermittlung in Behandlung und Behandlungsanlass

Jede vierte Frau und jeder fünfte Mann kommt ohne Vermittlung in ambulante Betreuung. Dennoch ist ein hoher Anteil dieser Klienten extern motiviert. 24% der Männer und 28% der Frauen kommen auf Vermittlung der Familie. Dem relativ jungen Alter dieser Klientel entsprechend dürfte es sich dabei in der Regel um die Eltern der Konsumenten handeln. Ebenfalls häufig ist die Vermittlung über Justizbehörden und soziale Verwaltung (Straßenverkehrsbehörde) bei männlichen Klienten (Tabelle 26).

Tabelle 26: Vermittlung

Vermittlung durch	Alkohol		Opiate		Cannabis	
	M	F	M	F	M	F
Ohne Vermittlung	23,2%	26,9%	39,1%	37,9%	19,0%	23,7%
Angehörige / Freunde / Bekannte	12,1%	14,8%	11,7%	16,2%	24,2%	28,4%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	5,2%	3,5%	1,1%	0,9%	5,6%	6,9%
Andere Beratungsdienste	7,5%	8,4%	4,1%	6,4%	9,3%	12,2%
Justizbehörde / Soziale Verwaltung	15,2%	4,3%	18,7%	9,2%	30,0%	12,1%
Sonstige	36,8%	62,1%	25,3%	29,4%	11,9%	16,7%
Gesamt	33.215	8.780	6.648	1.753	4.368	752

Quelle: Strobl 2003

15.1.3 Klientenprofile

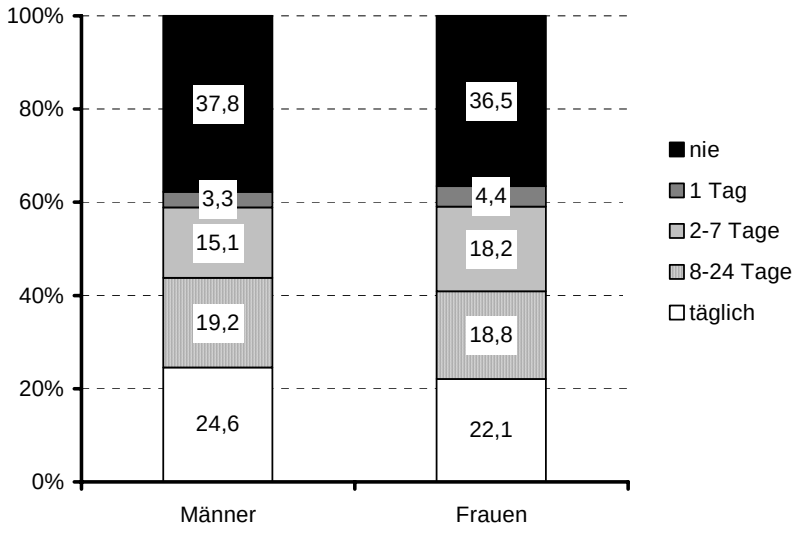
Soziodemographie

Der Altersschwerpunkt der Gruppe der Cannabisklienten in ambulanter Behandlung liegt zwischen 18 und 25 Jahren – bei Frauen etwas niedriger. Der problematische Konsum der Substanz hat bei fast allen Klienten vor dem Alter von 20 Jahren begonnen. Bei Opiatabhängigen liegt im Vergleich dazu der Altersschwerpunkt bei Betreuungsbeginn zwischen 25 und 35 Jahren, bei Alkoholklienten noch einmal rund 10 Jahre später. Nur etwa jeder fünfte Klient mit einem primären Cannabisproblem (Männer: 77%, Frauen: 80%) war schon vorher einmal in Suchtbehandlung.

Konsummuster

Die Häufigkeit, mit der Cannabis zu Beginn der Betreuung von den Cannabisklienten konsumiert wird, variiert weit. Einerseits gibt rund ein Drittel von ihnen an, in den letzten 30 Tagen überhaupt kein Cannabis konsumiert zu haben. Andrerseits benutzt etwa jeder vierte Mann und jede fünfte Frau Cannabis täglich, etwa 40% gebrauchen die Substanz mindestens mehrmals pro Woche. Allein die Konsumhäufigkeit weist darauf hin, dass die Mehrheit der Klienten nicht als unproblematisch eingeschätzt werden kann (Abbildung 26).

Abbildung 26: Häufigkeit des Konsums von Cannabis bei primären Cannabisklienten



Quelle: Strobl et al. 2003

Häufig liegt auch bei Cannabisklienten kein Monokonsum vor. Insbesondere Amfetamine und Amfetaminderivate werden etwa von jedem vierten Klienten so intensiv gebraucht, dass hierfür ebenfalls eine Diagnose vergeben wurde. Die Anteile sind bei männlichen und weiblichen Cannabisklienten etwas gleich hoch. Deutlich niedriger ist die Zahl der Personen, die neben Cannabis auch Kokain (6,9%), Crack (5,8%) oder Heroin (2,1%) gebrauchen (Tabelle 27).

Tabelle 27: Beikonsum weiterer psychoaktiver Substanzen bei Cannabisklienten

Sekundärdiagnose	Männer	Frauen	Gesamt
MDMA	20,0%	17,3%	19,6%
Amphetamine	14,0%	11,3%	13,6%
LSD	8,0%	5,6%	7,6%
Kokain	11,8%	10,0%	11,6%
Heroin	5,0%	5,4%	5,0%
Alkohol	23,1%	15,8%	22,1%

Unbek.: 0 Pat. (0%) Basis: EBIS: N= 6.368 Quelle: Strobl et al. 2003

Zur Zeit findet eine Studie in deutschen ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe statt, welche die Probleme und Erfahrungen der Klienten mit einem primären Cannabisproblem zum Gegenstand hat. Erste Ergebnisse liegen bereits vor, die Resultate der Gesamtstudie werden voraussichtlich Anfang 2004 veröffentlicht.

Aufnahmegrund

Weibliche Klienten kommen fast ausschließlich freiwillig in ambulante Suchtbehandlung, wenn es sich um ein primäres Cannabisproblem handelt. Bei Männern gilt dies nur für knapp 74%, in immerhin knapp 19% der Fälle liegen strafrechtliche Gründe vor. Im Vergleich zu Personen mit einem primären Alkoholproblem in ambulanter Betreuung ist dies ein recht hoher Anteil. Die Zahlen für Opiatabhängige liegen in ähnlicher Höhe (Tabelle 28).

Tabelle 28: Aufnahmegrund

Aufnahmegrund	Alkohol		Opiate		Cannabis	
	M	F	M	F	M	F
Freiwillige Behandlung	88,3%	94,9%	78,8%	86,2%	71,9%	86,3%
§§ 35 - 38 BtMG	0,3%	0,1%	10,7%	5,8%	7,2%	2,6%
Andere strafrechtliche Grundlage	4,8%	1,0%	6,0%	3,6%	14,7%	6,5%
Zivilrechtliche Grundlage	4,5%	2,3%	1,3%	1,4%	3,4%	1,3%
Sonstige Gründe	2,1%	1,7%	3,3%	3,0%	2,9%	3,3%
Gesamt	32.179	8.458	5.736	1.592	4.066	694

Quelle: Strobl 2003

Rund ein Viertel der Männer und jede zehnte Frau, welche ambulante Hilfeeinrichtungen mit einem primären Cannabisproblem aufsuchen, tun dies also aufgrund einer gerichtlichen Auflage oder Anordnung einer Behörde. Häufig geht es dabei um die Erteilung oder den Entzug eines Führerscheins.

15.1.4 Änderung gesetzlicher Bestimmungen

Die Rechtslage im Zusammenhang mit Autofahren und Cannabiskonsum hat sich im Jahr 2002 durch ein Gerichtsurteil verändert (BVG Urteil 1 BvR 2062/96, 1 BvR 2428/95). Dieses stellte fest, dass der Konsum von Cannabis allein nicht als Begründung ausreicht, an der Fähigkeit einer Person zum Autofahren zu zweifeln. Besteht allerdings eine Verbindung zwischen Cannabiskonsum und Autofahren (findet sich zum Beispiel Cannabis im Auto) so stellt sich die Situation wieder anders dar. Praktiker berichten, dass nach diesem Urteil der Druck der Behörden auf Cannabiskonsumenten etwas nachgelassen hat. Der übrige gesetzliche Rahmen ist seit Jahren weitgehend gleich geblieben. Tendenziell nimmt die Intensität der Strafverfolgung jedoch insgesamt eher ab. Entgegen dem vermuteten Effekt dieser Änderungen der Rechtslage sind die Klientenzahlen auch in 2002 wieder deutlich gestiegen.

15.2 Prävalenz von problematischem Cannabiskonsum und Konsummuster

15.2.1 Prävalenz von problematischem Konsum

Die Vergleichszahlen zum Cannabiskonsum in der Bevölkerung lassen sich aus der Bundesstudie 2000 (Kraus & Augustin 2001) und der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2001) gewinnen. Etwa 10 Millionen Menschen - 19% der Altersgruppe von 12 bis 59 Jahren - haben schon einmal Cannabis konsumiert, rund 3,4 Millionen (6,4%) in den letzten 12 Monaten. Wird ein mindestens 10maliger Konsum im letzten Jahr als Kriterium für problematischen Konsum verwendet, so ergeben sich in der Bundesstudie rund 1,5 Millionen Personen (knapp 3%). Eine Abhängigkeit nach den Kriterien von DSM IV findet sich entsprechend der gleichen Studie bei rund 0,2 Millionen Menschen.

Eine regionale Studie, die mit einer relativ großen Stichprobe (N=3.021) und klinischen Instrumenten 14-24-Jährige untersuchte, kam für die Erhebungsjahre 1995 bis 1999 zu dem Ergebnis, dass 3,5% der Probanden irgendwann im Laufe ihres Lebens die Kriterien eines Missbrauchs nach DSM-VI und 0,9% die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt haben (Perkonigg et al 1997).

In der Studie zeigte sich jedoch auch, das Cannabiskonsumenten insgesamt im Vergleich zu Konsumenten anderer Drogen (z.B. Halluzinogene, Amphetamine) mit 20% den geringsten Beikonsum aufwiesen (Perkonigg, Lieb & Wittchen 1998).

15.2.2 Autounfälle unter Cannabiseinfluss

In einer „Roadside“ Studie, in der eine repräsentative Stichprobe von Autofahrern auf verschiedene Substanzen hin getestet wurden, war bei 0,57% der überprüften Fahrer Cannabis, in 5,48% der Fälle Alkohol nachweisbar. Die Vergleichwerte für Opiate lagen bei 0.15-0.62% (Heroin, Codein). Nur eine von 2.017 Proben wies Cannabis tatsächlich in Mengen (>40 ng/ml) auf, die eine akute Leistungseinschränkung bedeutete (Krüger, Schulz & Magerl 1998). Die Studie legt eine eher vorsichtige Bewertung von Cannabisrisiken im Straßenverkehr nahe. Allerdings hat sich seit der Erhebung der Konsum von Cannabis in der Bevölkerung noch einmal deutlich erhöht.

15.2.3 Soziale Probleme mit Bezug zu Cannabis

Eine Reihe von Untersuchungen weisen den Zusammenhang zwischen intensivem Cannabiskonsum und insbesondere Anpassungs- und Leistungsproblemen nach. Hierzu liegen vor allem Arbeiten aus amerikanischen Quellen vor. Kleiber und Kovar (1997) erstellten eine Übersichtarbeit zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums. In einer Studie, die Cannabiskonsumenten aus nichtklinischen Settings befragte, zeigten Kleiber und Soellner (1998) höchst unterschiedliche Konsummuster und insgesamt sehr komplexe Beziehungen zwischen der Situation in der Herkunftsfamilie, der sozialen Lage und dem Drogenkonsum unter ihren Probanden.

15.2.4 Psychiatrische Problem mit Bezug zu Cannabis

Cannabiskonsum hat relativ häufig akute affektive Störungen zur Folge. Daneben sind insbesondere akute, aber auch langfristige psychotische Störungen nicht selten (Caspari 1998), Besonders häufig wird die Frage thematisiert, in welche Beziehung der Konsum von Cannabis und das Auftreten psychiatrischer, insbesondere schizophrener, Störungen zueinander stehen. Die Richtung des Zusammenhangs, Kausalkonnex oder das Vorliegen gemeinsamer Ursachen sowie die These, Cannabis diene der Selbstmedikation werden diskutiert. Negative Effekte einer Selbstmedikation mit Cannabis beschreiben Häfner et al. (2002).

15.2.5 Gesundheitsproblem mit Bezug zu Cannabis

Über weitere gesundheitliche Folgen existieren deutsche wie internationale Studien. Aktuelle Metaanalysen liegen zum Beispiel von Inserm (2002) und Hall und Solowij (1998) über das gesamte Feld negativer somatischer Folgen vor. Kleiber und Kovar (1997) legten eine Übersichtarbeit zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums vor. Grant (2003) fand in einer Metaanalyse über neurokognitive Effekte negative Einflüsse nur auf Merkfähigkeit und Lernen, die allerdings nach längerer Abstinenz ebenfalls deutlich verringert waren.

15.3 Spezifische Interventionen für problematischen Cannabiskonsum

Spezifische Interventionen sind für problematischen Cannabiskonsum kaum zu finden. Mit Ausnahme einer Berliner Einrichtung, die sich schon seit vielen Jahren mit Cannabisklienten beschäftigt, werden Personen mit primären Cannabisproblemen zwar in den Suchtberatungsstellen betreut, trotz ihres Umfangs aber als Zielgruppe oft nicht besonders berücksichtigt. Eine Ausnahme stellen spezielle Führerscheingruppen dar, in denen die Klienten der Beratungsstellen gemeinsam betreut werden, welche die Einrichtung einige Sitzungen besuchen müssen, um eine Auflage zu erfüllen.

16 Komorbidität

Bei Drogenkonsumenten wird der Begriff Komorbidität für das gleichzeitige Vorliegen einer Störung durch psychotrope Substanzen und einer weiteren psychiatrischen Störung bei der selben Person verwendet. Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Störungen durch psychotrope Substanzen wird darunter nicht subsummiert. Hierfür haben sich die Begriffe polyvalenter oder multipler Drogenkonsum bzw. Mehrfachabhängigkeit etabliert. Die folgenden Darstellungen orientieren sich an diesem Verständnis des Begriffs.

Vorliegende Untersuchungen über die Prävalenz von komorbiden Störungen liefern divergierende Ergebnisse. Ursachen für diese Unterschiede können in den verwendeten diagnostischen Instrumenten, in den Schwierigkeiten einer Diagnosestellung vor allem durch Nichtfachleute sowie im Zeitschema liegen (Lebenszeitprävalenz bzw. Punktprävalenz). Insgesamt ist die Datenlage unzureichend. Zum einen weiß man aus der psychiatrischen Praxis und diversen Studien an Behandelten, dass ein erheblicher Teil der Personen mit psychiatrischen Symptomen auch Drogen konsumiert und dabei teilweise die Kriterien für die Diagnose von schädlichem Konsum bzw. Abhängigkeit erfüllt. Abgesehen von diesen hoch selektiven Personengruppen sind jedoch Daten aus dem Bereich der Suchthilfe bzw. aus Bevölkerungsumfragen nur in geringem Umfang vorhanden. In den Behandlungseinrichtungen können Sozialarbeiter in der Regel keine psychiatrische Diagnostik leisten und auch Interviews bzw. schriftliche Umfragen haben hier methodische Beschränkungen, welche die Verlässlichkeit bei der Erkennung dieser Störungen reduziert.

Als Erklärung für das Auftreten von komorbiden Störungen werden verschiedene, sich teilweise ergänzende Hypothesen diskutiert. Die am häufigsten diskutierten Hypothesen sind im Folgenden aufgelistet.

- Drogenkonsum fördert die Entstehung sonstiger psychischer Störungen.
- Drogenkonsum stellt den Versuch einer Selbstmedikation bei Vorhandensein anderer psychischer Störungen dar.
- Drogenkonsum stellt den Versuch dar, Nebenwirkungen von Psychopharmaka, speziell von Neuroleptika, zu vermindern.
- Es besteht eine gemeinsame Basis für die Vulnerabilität für psychiatrische Störungen und Störungen im Zusammenhang mit Drogen.

16.1 Die häufigste Diagnosen und ihre Prävalenz

16.1.1 Die häufigsten psychischen Störungen bei Drogenkonsumenten und ihre Prävalenzen

Verschiedene Studien belegen, dass die komorbiden Störungen bei Drogenpatienten häufig Persönlichkeitsstörungen (50-90%) sind. Affektive Störungen folgen an zweiter Stelle mit Prävalenzen zwischen 20 und 60%, psychotische Störungen finden sich bei bis zu 20%. 20-50% der untersuchten Patienten weisen mehr als eine komorbide Störung auf (Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000). Insgesamt sind Männer häufiger als Frauen und jüngere Patienten häufiger als ältere betroffen.

Auf der Grundlage der Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)-Daten wurden 1998-1999 speziell psychopathologische Auffälligkeiten von Ecstasy-Konsumenten – die nicht unbedingt die Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit erfüllen mussten- untersucht. Es zeigt sich, dass bereits in dieser eher jüngeren Altersgruppe Konsumenten von Ecstasy bzw. anderen Amphetaminen ein deutlich erhöhtes Risiko für depressive Störungen und auch für nahezu alle DSM-IV-Angststörungen aufweisen. Die Gruppe wurde verglichen mit gleichaltrigen Personen aus der gleichen Stichprobe, die keine Drogen konsumierten. Die Einflüsse von Geschlecht und sozioökonomischem Status wurden dabei berücksichtigt (Lieb, Isensee 2002) (Tabelle 29).

Tabelle 29: Angst und depressive Störungen bei Konsumenten von Ecstasy in der Altersgruppe 14- 24

Diagnose	Odds ratio	95% Konfidenzintervall
Depression		
Major Depression	2.7*	(1.8 – 4.0)
Dysthymie	2.6*	(1.2 – 5.6)
Angststörungen		
Panik	5.6*	(2.1 – 14.3)
Agoraphobie	1.6	(0.7 – 3.6)
Spezifische Phobie	1.8*	(1.2 – 2.7)
Soziale Phobie	1.2*	(0.6 – 2.2)
Generalisierte Angststörung	4.3*	(1.8 – 10.4)
Posttraumatic stress disorder	4.3*	(1.8 – 10.4)
Zwangsstörung	2.4	(0.7 – 8.1)

Stichprobe: Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 – 24 Jahren, (N = 211/ Ecstasy u. ä.; N=1329 / keine Drogen)
*p<0.05

Kessler et al. (2001) haben Studien, die in 6 Ländern mit einem einheitlichen Instrument (CIDI) durchgeführt wurden, in einer Übersichtsarbeit ausgewertet. Es fanden sich in einer Stichprobe von insgesamt rund 28.000 Probanden bei Personen mit problematischem Drogenkonsum bzw. Abhängigkeit eine Häufung insbesondere von Angst- und affektiven

Störungen. Zeitlich gingen dabei die psychiatrischen Störungen in der Regel voraus, woraus die Autoren eine ursächliche Rolle dieser Störungen bei der Entstehung von Suchtproblemen schließen. Shedler & Block (1990) haben in einer sehr sorgfältigen Längsschnittstudie über den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum in der Jugend und psychischer Gesundheit die Komplexität des Themas deutlich gemacht. In ihrer Jugend drogenabstinente und intensiv konsumierende Personen stellten sich dabei als ähnlich problematisch in Hinblick auf ihre spätere psychische Gesundheit heraus, während die experimentellen Konsumenten am besten eingestuft wurden. Der epidemiologische Zusammenhang zwischen Schizophrenie und insbesondere problematischem Cannabiskonsum ist bekannt und belegt, die Kausalbeziehung aber weiterhin ungeklärt (z.B. Andreasson 1989). Eine weitere Vertiefung des Themas findet sich zum Beispiel bei Häfner et al (2002).

16.1.2 Komorbidität bei Drogenabhängigen in verschiedenen Subgruppen

Opiatabhängige in verschiedenen Behandlungseinrichtungen

Im Rahmen einer 5-Jahres-Verlaufsstudie wurden 351 Opiatabhängige, die sich in Kontakt mit Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen befanden, hinsichtlich komorbider Störungen untersucht. Die mit dem CIDI festgestellte Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 betrug bei den 272 Teilnehmern der Verlaufsuntersuchung 55%. Die Persönlichkeitsstörungen blieben bei dieser Rate zunächst unberücksichtigt. Mit 43% dominieren Diagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Bei 31% wurden affektive Störungen diagnostiziert. Seltener (5%) wurden Störungen dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet. 5% der Opiatabhängigen litten unter Essstörungen, also Störungen aus der Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Tabelle 30).

Zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen unter den Opiatabhängigen wurde der sich an den Kriterien des DSM-III-R (Achse II) orientierende Personality Disorder Questionnaire, der PDQ-R eingesetzt. Bei einem Drittel der Untersuchungsteilnehmer ist mindestens eine Persönlichkeitsstörung vorhanden. Die paranoide, die antisoziale und die Borderline-Persönlichkeitsstörung traten bei den Opiatabhängigen am häufigsten auf (Krausz 1999).

Tabelle 30: Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 bei Opiatabhängigen (Mehrfachdiagnosen, Angaben in %, N=351)

	Störungsgruppen	Männer	Frauen	Gesamt[a]
F 20	Schizophrenie	3	2	3
F 25	Schizoaffektive Störung	2	3	2
F 2	schizotypische und wahnhafte Störungen	5	4	5
F 31	Bipolare affektive Störung	2	2	2
F 32	Depressive Episode	12	23	16**
F 33	Rezidivierende depressive Störung	7	16	10*
F 34	Anhaltende affektive Störung	11	20	14*
F 3	Affektive Störungen	26	44	32**
F 40	Phobische Störung	28	43	32**
F 41	Sonstige Angststörung	10	22	14**
F 44	Dissoziative Störung	1	7	3**
F 45	Somatoforme Störung	9	12	10
F 4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	38	55	43**
F 50	Essstörung	2	11	5**
F 5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	2	11	5**
	Keine psychische Störung	50	31	45*
	Durchschnittliche Anzahl Diagnosen	1.0	1.8	1.3**

a)χ^2 -Test:*p<0.05;**p<0.01, Quelle: Krausz 1999

i.v. Konsumenten in einer Substitutionspraxis

Tabelle 31 zeigt die Begleiterkrankungen einer Gruppe von 200 HIV-infizierten intravenös konsumierenden Drogenkonsumenten, die sich von 1996 bis 2000 in Substitutionsbehandlung befanden. Angaben zu den verwendeten Diagnoseinstrumenten wurden nicht gemacht. Unter den psychiatrischen Begleiterkrankungen fanden sich vor allem narzisstische Störungen und Borderline-Störungen.

Tabelle 31: Psychiatrische Komorbidität bei 200 HIV-infizierten i.v. Drogenkonsumten in einer Berliner Praxis 1996-2000 (Mehrfachnennungen)

Erkrankung	Prozente	Anzahl
Keine psychiatrische Komorbidität	10	20
Adoleszentenkrise	4	8
Angstneurose	14	27
Dissoziale Persönlichkeit	8	15
Narzisstische Persönlichkeit	31	62
Borderline-Störung	24	48
Psychose	10	20

Quelle: Gölz

16.1.3 Studien zu Risikoverhalten bei psychisch kranken Drogenkonsumenten

Entsprechende Studien liegen zur Zeit nicht vor.

16.2 Auswirkungen von Komorbidität auf Einrichtungen und Mitarbeiter

16.2.1 Forschungsergebnisse und Praxisberichte

Patienten mit Doppeldiagnose stellen besondere Anforderungen an die Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen. Psychotisch erkrankte Menschen, die nicht oder nur eingeschränkt abstinenzfähig sind, können ein anderes Vorgehen und andere Konzepte notwendig machen, als sie sonst in der Hilfeeinrichtung üblich sind. Die oft notwendige Dauermedikation zur Stabilisierung der psychiatrischen Erkrankung muss mit dem ansonsten geforderten Verzicht auf psychotrope Substanzen in Einklang gebracht und ein Therapiekonzept „aus einem Guss“ verfolgt und vermittelt werden. Der produktive Umgang mit Rückfällen ist dabei ein besonders wichtiger Aspekt. Das unter Punkt 16.3.4 erwähnte integrierte Behandlungskonzept versucht hier ein entsprechend differenziertes Behandlungsangebot bereit zu stellen.

Generell ist bei Patienten mit Doppeldiagnose immer die Gefahr gegeben, dass eine Teilerkrankung ausgeblendet wird. Gerade bei Suchterkrankungen, bei denen die Patienten zur Leugnung tendieren, ist die Gefahr gegeben, dass auch der Behandler der Suchterkrankung nicht genügend Bedeutung beimisst. Nicht selten berichten Mitarbeiter, dass sie sich durch diese im Kontakt eher schwierigen Klienten überfordert fühlen. Als hilfreich werden Supervisonen erlebt, in deren Rahmen anfallende Probleme mit den Klienten und Probleme im Team regelmäßig bearbeitet werden können. Mitarbeiter erfahren auch bisweilen, dass Vorbehalte gegenüber den Klienten auf sie übertragen werden (Hofmann 2001).

16.2.2 Berufliche Qualifikation und Bedarf an Fortbildungsmaßnahen

In Deutschland gibt es weder für Therapeuten noch für betreuendes Personal eine spezielle berufliche Qualifikation für die Arbeit mit diesen Patienten. Im Rahmen einer zweijährigen berufsbegleitenden Fachausbildung besteht für das Pflegepersonal die Möglichkeit sich mit dieser komplexen Problematik und den differenzierten Krankheitsbildern auseinander zu setzen. Darüber hinaus werden interdisziplinär angelegte Fortbildungen in entsprechenden Einrichtungen bzw. im Rahmen der medizinischen und therapeutischen Weiterbildungsangebote organisiert.

16.3 Behandlungsangebote

16.3.1 Generelle Probleme bei der Behandlung

Bei Personen mit nicht-organischen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen und Drogenabhängigkeit muss häufig von einer ausgeprägten Dynamik zwischen der Sucht und der psychischen Erkrankung und von hohen Risken eines chronifizierten Verlaufs ausgegangen werden. Darüber hinaus ist eine hohe stationäre Wiederaufnahmefrequenz zu beobachten. Bei einer reduzierten Behandlungs-Compliance bestehen hohe Risiken für einen Rückfall in süchtige Verhaltensmuster. Ebenfalls bestehen erhöhte Risiken in Bezug auf suchtspezifische Begleit- und Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Hepatitis- oder HIV-Infektionen sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Weiterhin wird ein erhöhtes Risiko sozialer Desintegration und Kriminalität beschrieben (Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000).

Die fachspezifische Literatur stellt zwei grundsätzliche Fragen (Mueser et al. 1997) bei der Behandlung komorbider psychiatrischer Störungen bei Drogenabhängigen:

- soll die Behandlung parallel/sequentiell oder integrativ sein ?
- soll sie störungsspezifisch oder störungsübergreifend stattfinden?

Bei der parallelen und der sequentiellen Behandlung erfolgt die Behandlung der Personen mit Doppeldiagnose durch zwei Therapeuten bzw. zwei therapeutische Teams, möglicherweise in getrennten Institutionen zeitgleich oder nacheinander. Bei der integrativen Behandlung findet die Behandlung beider Störungen bei einem Therapeuten bzw. in einem Behandlungsteam statt. Das hat den Vorteil, den Patienten nicht Doppelbotschaften bei zwei getrennten Therapien auszusetzen. Da besonders bei Patienten mit schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen die Gefahr besteht, dass Abwehrmechanismen wie Spaltungen das Gelingen der Therapie bedrohen, sprechen sich Drake und Mueser (2000) deutlich für die integrative Behandlung aus.

Das zweite Problemfeld betrifft die Wahl zwischen einer störungsspezifischen und einer störungsübergreifenden Behandlung. Eine störungsspezifische Behandlung bedeutet, dass das Behandlungskonzept einer Institution sich vorrangig an den Bedürfnissen einer bestimmten Patientengruppe orientiert. Damit verbunden ist eine Ausgrenzung anderer Patientengruppen. Darüber hinaus ist jede Behandlung störungsspezifisch insofern jede adäquate psychopharmakologische Behandlung auf die Störung abgestimmt wird.

16.3.2 Rechtsgrundlage für Behandlungsangebote für psychisch gestörte Drogenkonsumenten

Es bestehen für diese Personengruppe keine speziellen Regelungen

16.3.3 Vermittlungspolitik

Drogenberatungsstellen und stationäre Suchteinrichtungen bemühen sich in der Regel darum, Klienten mit Doppeldiagnose in entsprechende Spezialeinrichtungen zu vermitteln. Die geringe Zahl von Behandlungsplätzen dieser Art macht dies jedoch in vielen Fällen unmöglich.

16.3.4 Kooperation zwischen Suchtbehandlung und psychiatrischer Behandlung

Im Prinzip ist die Kooperation vorgesehen, wenngleich unterschiedliche Professionen, Träger und Finanzierungsmodi die Zusammenarbeit deutlich erschweren. Häufig sind lokale „Sucht" Arbeitsgruppen und ähnliche Gremien ein wichtiges Medium des Austausches.

Um dieser Personengruppe gerecht zu werden, bedarf es sowohl suchttherapeutischer als auch allgemeinpsychiatrischer Kompetenzen. Niedergelassene Ärzte sind mit der Behandlung von Menschen mit Komorbidität vielfach überfordert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit diese Kompetenzen ist weder im niedergelassenen Bereich noch in Krankenhäusern ausreichend entwickelt.

Patienten mit komorbiden Störungen werden weiterhin meist durch allgemeinpsychiatrische Institutionen und Einrichtungen der Suchthilfe behandelt. Vernetzungsstrukturen zwischen den beiden Systemen sind bislang nur schwach entwickelt. In „traditionellen" therapeutischen Settings laufen diese Patienten jedoch erhöhte Gefahr, Therapieversager zu werden. Eine bessere Zusammenarbeit beider Fachkompetenzen ist daher in Zukunft dringend erforderlich.

16.3.5 Verfügbarkeit von und Zugang zur Behandlung

In Deutschland sind die Suchtkrankenhilfe und die Hilfen für psychisch Kranke traditionell in zwei verschiedenen Hilfesystemen eingebettet, die relativ unverbunden nebeneinander stehen und auch von den Berufsgruppen unterschiedlich zusammengesetzt sind. Je nachdem, ob die Behandlung in psychiatrischen Kliniken oder in Institutionen der Suchthilfe erfolgt, ist deshalb bereits eine Schwerpunktsetzung bei der Therapie gegeben. Obwohl in den letzten Jahren einige spezialisierte Stationen für diese Klientel eröffnet wurden, sind solche Behandlungsangebote für komorbide Patienten nach wie vor selten.

Die Einweisung in eine entsprechende Einrichtung wie in eine psychiatrische Klinik erfolgt in der Regel durch den Haus- oder Facharzt oder über klinikinterne Ambulanzen oder die Tagesklinik.

16.4 „Examples of best practice" und Empfehlungen für die zukünftige Vorgehensweisen

Inzwischen besteht weitgehend Konsens darüber, dass jedes umfassende Versorgungssystem für Patienten mit Doppeldiagnose eine integrierte Behandlung ermöglichen muss, das heißt die gleichzeitige Suchttherapie und psychiatrische Behandlung. Die ersten Initiativen gab es schon vor rund 20 Jahren, seit 10 Jahren werden solche spezia-

lisierte komplementäre Einrichtungen in verschiedenen Teilen Deutschlands zunehmend tatsächlich bereitgestellt. Von der Behandlungsmethode her hat sich der integrative Ansatz weitgehend etabliert, wie entsprechende Einrichtungserfahrungen belegen (Landschaftsverband Rheinland 2001). Entscheidend für die Vorteile dieses Ansatzes ist, dass der Substanzkonsum in allen Therapieaspekten und bei der Vermittlung weitergehender Hilfen berücksichtigt wird und keine übertriebenen Erwartungen an den Rückgang psychopathologischer Symptome oder Abstinenzerfolge gestellt werden (Schönell und Closset 2002).

Wie bereits dargestellt, sind Behandlungsangebote für komorbide Patienten noch relativ selten. Allgemeingültige Aussagen über die Effekte dieser Angebote können auf der bisherigen Basis deshalb nicht getroffen werden.

16.4.1 Aktuelle Diskussionen im Zusammenhang mit Komorbidität

Professionelle Kreise fordern, dass sich die Beteiligten in Psychiatrie und Suchthilfe besser als bisher auf die Problematik von Doppeldiagnosen einstellen und die jahrzehntelange Trennung der Versorgungssysteme bei der Behandlung (fachlich wie finanziell) durch mehr Kooperation überwunden wird. Um ein angemessenes Behandlungsangebot zu schaffen, wird neben Spezialeinrichtungen für bestimmte, besonders schwierige Gruppen die Anpassung der allgemeinen Versorgung mit einem differenzierten und individualisierten Behandlungsangebot gefordert. Hierzu gehört im Besonderen die Verbesserung der Diagnostik, z.B. der vorhandenen klinischen Inventare für die Praktiker.

16.4.2 Empfehlungen für zukünftige Vorgehensweisen zur Verbesserung des Behandlungsangebots

Bei der Versorgung von Personengruppen mit Komorbidität besteht noch erheblicher Handlungsbedarf. Bestehende Hilfeangebote reichen nicht aus und basieren nicht in ausreichendem Umfang auf operationalisierten und evaluierten Behandlungs- und Hilfekonzepten. Das Landesprogramm gegen Sucht in Nordrhein-Westfalen, das sich intensiv mit dieser Problematik auseinander gesetzt hat, schlägt hierzu vor:

- Gemeindenahe regionale Ausrichtung der Versorgungsangebote, um auch schwierige Personen langfristig zu integrieren.
- Integration der Hilfen in kleinräumigen Regionen in die bestehenden Angebote der Suchtkrankenhilfe und der psychiatrischen Versorgung.
- Spezialeinrichtungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit vor allem in Ballungsräumen.
- Entwicklung niedrigschwelliger Hilfen speziell für dieses Klientel.

Ausgehend von diesen allgemeinen Grundsätzen wurde eine Reihe von Maßnahmen empfohlen.

Die erste Empfehlung zielt auf die Sicherstellung von ausreichend suchttherapeutisch und allgemeinpsychiatrisch qualifizierten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus ist aber auch eine verstärkte Qualifikation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten hinsichtlich der Versorgungsaufgaben für komorbid Erkrankte notwendig. Des Weiteren wird empfohlen, dass die Träger von ambulanten Hilfen für Suchtkranke und von ambulanten Hilfen für psychisch Kranke Komorbide stärker als bisher als Zielgruppe ernstnehmen und ihre Angebote auf sie ausrichten. Die Rehabilitation komorbider Personen ist besonders wichtig und muss verbessert werden. In der Regel handelt es sich hier um schwerwiegende Krankheitsbilder mit hohen Chronifizierungsrisiken, was eine fachgerechte qualifizierte medizinische Rehabilitation erfordert. Wohnhilfen als Eingliederungsmaßnahmen sind notwendig. Um Menschen, die nur bedingt abstinenzfähig sind, nicht immer wieder aus der Versorgung herauszukippen, ist gerade im Bereich Wohnen eine besondere Berücksichtigung dieser Problematik notwendig.

Anhang

17 Literaturverzeichnis

17.1 Broschüren

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). (1999) Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 8. Köln:BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2000a). Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern, Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ Band 11. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2000b). Modelprojekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Göttingen: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 19. Drogenkonsum in der Partyszene: Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2003a). Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Köln: BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003b). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland: Konzeptionelle Grundlagen und anwendungsorientierte Grundsätze bester suchtpräventiver Praxis. Fachheft in Vorbereitung. Köln: BZgA.

17.2 Literatur zum Bericht

Ahrens, D., Dehde, L., Schmidt, S., Güntert B., (2003). Gesundheitsökonomische Evaluation der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – eine Standortbestimmung. Sucht, 49 (4), 228-237.

Andréasson, S., Allebeck, P., Rydberg, U. (1989). Schizophrenia in users and nonusers of cannabis – a longitudinal study in Stockholm County. Acta Psychiatrica Scand, 79, 505-510.

Augustin, R. & Kraus, L. Changes in prevalence of problem opiate use in Germany between 1990 and 2000. European Addiction Research. In press.

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

Backmund, M., Meyer, K. & von Zielonka, M. (2001). Prävalenzdaten zu Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen in München. Suchtmedizin, 3 (1), 21-24.

Backmund, M., Meyer, K., Wächtler, M., Eichenlaub, D. (2003). Hepatitis C virus infection drug users in Bavaria: Risk factors for seropositivity. European Journal of Epidemiology 18, 563-568.

Baumgärtner, T. (2001). Konzeptionelle Überlegungen zur Implementierung eines Monitoringsystems im Bereich des legalen und illegalen Drogenkonsums. Büro für Suchtprävention, Hamburg.

Benschop, A., Rabes, M., Korf, D.J. (2002). Pill Testing, Ecstasy und Prävention– Eine wissenschaftliche Evaluationsstudie in drei europäischen Städten. Amsterdam, Rozenberg.

Böttcher, S., Chrapa, M., Chrapa, J., Telscher, G. & Voigtländer, H. (1999). Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS). Magdeburg: Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.

Brack, J., (2002). Die Hepatiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie. Suchttherapie Supplement ; 3, 3-10.

Brettschneider, W.D., Kleine, T. (2002). Jugendarbeit in Sportvereinen – Anspruch und Wirklichkeit - Eine Evaluationsstudie. Schorndorf: Hofmannverlag.

Brinkhoff, K.-P. (1995). Sport and social Integration during adolescence. In: Hurrelmann, K./Neubauer, G. (Hg): Individualisation in childhood and adolescence, 281-301. Berlin: Walter de Gruyter.

Brinkhoff, K. (2000). Evaluationsstudie „Kinder stark machen". Universität Stuttgart. Institut für Sportwissenschaften.

Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2002). Informationen zum Substitutionsregister (§5a BtmVV). Stand: 17.7.2002.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hg.). (1999). Merkblatt zur Bearbeitung von Rauschgifttodesfällen in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: BKA..

Bundeskriminalamt (BKA) (Hg.) (2003a). Rauschgiftjahresbericht 2002 Bundesrepublik Deutschland 2002. Wiesbaden: BKA.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hg.) (2003b). Polizeiliche Kriminalstatistik 2002 Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: BKA.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.). (2001). Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Berlin/Bonn: BMG.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Endbericht. Köln: BZgA.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1997). Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.). (2001). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.). (2003). Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland Verlag.

Deutscher Caritasverband (Hg.). (2002). Drogenhilfe und Drogenpolitik. Freiburg: Lambertus.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, (2003). Drogen- und Suchtbericht. Berlin/Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

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

Die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit (2002). Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Berlin/Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Dolde, G. (1995). Drogengefährdete und Drogenabhängige im Justizvollzug. In: Dessecke/Egg (Hg.): Die strafrechtliche Unterbringung in einer Erziehungsanstalt. Wiesbaden. KUP Bd. 16, 93-103.

Dombrowski, D.; Steffen, T., Uchtenhagen, A. (2000). Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekt Q-Train, Pforzheim - Schlussbericht der Prozessevaluation - Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 111.

Drake R.E., Mueser K.T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. Schizophrenia Bulletin, 26 (1), 105-118.

Drogenhilfe Köln e.V. (Hg.) (2002). Jahresbericht 2001.

Elsner, H. (2002). Todesfälle bei Rauscherleben durch Butangasinhalation. Suchttherapie, 3, 246-253.

FOKUS (2001). Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS II). Sozialepidemiologisch-empirische Studie der Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien e.V. Halle, erarbeitet im Auftrag der Interministeriellen Arbeitsgruppe Sucht des Landes Sachsen-Anhalt.

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

Gastpar, M., Heinz, W., Poehlke, Th., Raschke, P. (2003) Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. Berlin: Springer.

Gölz, J. (2000). Nebenkonsum und Beendigung der Substitution, Behandlungsabbruch und Konsequenzen. In: Jellinek C, Westermann B., Bellmann G.U. (Hg.) Beigebrauch – offene Grenzen der Substitution. Weinheim: Deutscher Studienverlag.

Heinemann, A. & Gross, U. (2001). Infektionsprophylaxen im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einmalspritzen über Automaten. Sucht, 47 (1), 57-65.

Hanewinkel, R., Wilborg, G. (2003). Dissemination der Nichtraucherkampagne „Be smart – Don`t start" in den Jahren 1997 bis 2003 in Deutschland. Gesundheitswesen, 65.

Hartmann E., (2001) Psychisch kranke Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in einer sozio-therapeutischen Wohneinrichtung. In: Landschaftsverband Rheinland (HG.) Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln. Hausdruckerei Landschaftsverband Rheinland, Köln.

Heinemann, A. & Püschel, K. (1999). Drogenkonsum und Infektionen im Strafvollzug. In Krausz, M. & Raschke, P. (Hg.). Drogen in der Metropole. Freiburg: Lambertus.

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

Inserm (2001). Cannabis Quels effets sur le comportement et la santé? Paris: Les éditions Inserm.

Institut für Rechtsmedizin (o. J.) Entwicklung und Durchführung eines Dokumentationssystems von Medikamentmissbrauch zur Evaluierung von regulatorischen Maßnahmen. Jahresbericht 2001, Manuskript.

Kemmesies, U.E., (2001). Kokolores: Die Kokain-Gesellschaft!? Allgemeine Betrachtungen und neuere Forschungsergebnisse zu einer alten psychoaktiven Substanz. In: Schneider, W. (Hg.) Alte Mythen-Neue Akzeptanz. Berlin: VWB. 218-243.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Kolody, et al. (2001). Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. Psychiatrica fennica, 32(2),62-79.

Kleiber, D., Soellner, R., (1998). Cannabiskonsum, Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa: Weinheim.

Korporal, J., Dangel-Vogelsang, B. (2002). Prävention von Drogennot- und Todesfällen durch dezentrale gesundheitlich-soziale Versorgung und Stärkung der Selbsthilfe. In: Kraus, L., Püschel K. Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen. Freiburg: Lambertus.

Kraus, L. & Augustin R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. [Population Survey on the Consumption of Psychoactive Substances in the German Adult Population 2000]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., Wiessing, L. (2003). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. Addiction, 98 (4), 471-485.

Kraus, L. & Ladwig, A. (2001). Analyse der Drogentodesfälle in Baden-Württemberg. IFT-Berichte Bd. Nr. 123. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Kraus, L., Müller-Kalthoff, T., Shaw, Rose. (2002). Psychosoziale Vorbelastung bei Drogentoten in Bayern 1999. In: Kraus, L., Püschel, K. Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen. Freiburg: Lambertus.

Kraus, L., Püschel Klaus (2002). Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen. Freiburg: Lambertus.

Kraus, L. Shaw, R., Augustin, R. & Ritz, F. (2001). Analyse der Drogentodesfälle in Bayern. IFT-Berichte Bd. Nr. 116. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Krausz, M. (1999). Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, C. Jellinek, B. Westermann (Hg) Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin, 100-114. Deutscher Studienverlag, Weinheim.

Küfner, H., Beloch, E., Scharfenberg, C. & Türk, D. (1999). Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene. Baltmannsweiler: Schneider.

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

Landschaftsverband Rheinland (2001). Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität, Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln. Hausdruckerei Landschaftsverband Rheinland, Köln.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Gesundheitsabteilung (Hrsg.) (2002). Handbuch Suchtprävention für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Einwanderer. Münster.

Leicht, A., Pant, A., Dettmer, K., Aerts, M. (2002). Drogennotfallverhalten von OpiatkonsumentInnen auf offenen Drogentreffpunkten Berlins. Manuskript vom Frühjahr 2002.

Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H., Wittchen, H-U. (2000) Epidemologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. Sucht, 46, 18-31.

Lieb, R. & Isensee, B. (2002) Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: F. Moggi (Hg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 31-62. Verlag Huber, Bern.

Meyenberg, R., Stöver, H., Jacob, J. & Pospeschill, M. (1999). Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Oldenburg: BIS.

Möller, H., Lander Carola (2001). Geänderte betäubungsmittelrechtliche Vorschriften über das Verschreiben von Substitutionsmitteln. Unveröffentlichtes Manuskript vom 18.09.2001.

Move (2003). Jahresbericht 2002, Ginko e. v. Unveröffentlichtes Manuskript.

Mueser K.T., Drake R.E., Miles K.M. (1997). The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness. In: Onken L.S:, Blaine J.D., Genser S. & Horton A. Mac Neill Jr. (eds.) Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. NIDA Research Monograph 172: 86-109.

Perkonigg, A., Lieb, R., Wittchen, H-U. (1998) Prevalence of Use, Abuse and Dependence of illcit drugs among adolescents and youn adults in a communitiy sample. European Addiciton Research, 4, 58-66.

Prinzleve, M. (2000). Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen. Sucht 45 (5), 318-326.

Raschke, P., Püschel, K. & Heinemann, A. (2000). Rauschgiftmortalität und Substitutionstherapie in Hamburg (1990-1998). Suchtherapie, 1, 43-48.

Raschke, P., Püschel, K. & Heinemann, A. (2000). Mortalitätsentwicklung bei Heroinkonsumenten mit und ohne Substitutionsbehandlung in Hamburg von 1990 bis 1996. In: Kraus, L., Püschel Klaus (2002). Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen. Freiburg: Lambertus.

Raschke, P., Kalke, J. (2002). Lernen durch Verzicht, Konzept und Wirkung des suchtpräventiven Unterrichtsprogramms „Gläserne Schule“. Hohengehren, Schneider.

Raschke, P., Püschel, K., Heinemann, A. (2002). Mortalitätsentwicklung bei Heroinkonsumenten mit und ohne Substitutionsbehandlung in Hamburg von 1990 bis 1996. In: Kraus und Püschel Kraus, L., Püschel Klaus (Hrg). Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen. Freiburg: Lambertus.

Reuter, B. & Küfner, H. (2002). Ergebnisse der Methadonsubstitution in Deutschland – eine qualitative und quantitative Zusammenfassung. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 4(1),31-45.

Robert Koch Institut (2003). Epidemiologisches Bulletin - Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health - Sonderausgabe A. Berlin: RKI.

Rotily, M., Weilandt, C. (1999). European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons - 3rd Annual Report Marseille/Bonn: Observatoire Regional de la Santé Provence, Alpes, Cote d’Azur/Wissenschaftliches Institut für die Ärzte Deutschlands.

Riedel, J., Röske, K.; John, U., Hapke, U. (2003). Modellprojekt Schwerpunktpraxen “Sucht” in Mecklenburg Vorpommern. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 4. interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin München, Band 5, Nr. 2, 70-71.

Schmid, H. (2002). Kinder stark machen - Jahresbericht (2002). Köln: BZgA.

Schönell H., Closset J. (2001) Behandlung von Suchtproblemen in der Allgemeinpsychiatrie – Entwicklung und Behandlungsstrategien einer Schwerpunktstation. In: Landschaftsverband Rheinland (HG.) Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln. Hausdruckerei Landschaftsverband Rheinland, Köln.

Seifert, E. (1999). Suchtprävention im Kindergarten “Spielzeugfreier Kindergarten“. In: BAG Kinder und Jugendschutz e.V. (Hg.): Suchtprävention im Kinder- und Jugendschutz. Theoretische Grundlagen und Praxisprojekte. Bonn S.42-48.

Simon, R., Kraus, L., Pfeiffer, T., Strobl, M. (2003). Monitoring von Medikamentenmissbrauch in der Klientel ambulanter Einrichtungen: Wie repräsentativ ist die Stichprobe ebis-med?. Sucht, 49, 221-227.

Simon, R. & Palazzetti, M. (1999a). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998.Sucht, 45 (Sonderheft 1).

Simon, R. & Palazzetti, M. (1999b). Jahresstatistik 1998 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. (SEDOS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998). Sucht, 45 (Sonderheft 2).

Spruit, I.P. (2002). Cannabis 2002 Report. Brussel: Ministery of Health.

Stark, K., Herrmann, U., Erhardt, S., Bienzle, U. (2001) Modellprojekt Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug. Abschlussbericht der Begleitforschung.

Statistisches Bundesamt (2002a). Statistisches Jahrbuch 2002 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2002b). Rechtspflege Fachserie 10, Reihe 4.1. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmals der Strafgefangenen am 31.3.2001. Stuttgart: Metzler & Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2003). Strafverfolgung (2001). Vollständiger Nachweis der einzelnen Straftaten. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stöver, H. (2001). Bestandaufnahme Crack-Konsum in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht 31.8.2001. Bremen: Universität 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.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, (2003a). Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe, Berichtszeitraum: 1.1.2002-31.12.2002.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, (2003b). Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe, Berichtszeitraum: 1.1.2002-31.12.2002.

Suckfüll, T., Stillger, B. (2000). Starke Kinder brauchen starke Eltern - Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele; ein Modellprojekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Katholischer Familienbildungsstätten in Zusammenarbeit mit der BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 7. BZgA, Köln.

Thane, K. & Thiel, G. (2000). Eine explorative Befragung von 64 Crack-Raucherinnen in der Hamburger „offenen Drogenszene“. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 23 (2) 15-19.

Thomasius, R. (2000). Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychsozialen Folgen des Missbrauchs. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tielking, K., Kuß, G. (2003). Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger - Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Band 7 der Schriftenreihe "Sucht- und Drogenforschung. Oldenburg: BIS-Verlag.

Trabut (2000). French Report. In R. Muscat. Drug Use in Prison. 30th Meeting of the Group of Experts in Epidemiology of Drug Problems (Strasbourg, 22-23 may 2000).

Türk, D. & Welsch, K. (2000a). Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1999. Sucht, (Sonderheft) (in Druck).

Türk, D. & Welsch, K. (2000b). Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. (SEDOS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1999). Sucht, (Sonderheft) (in Druck).

Uchtenhagen A., Zieglgänsberger W. (2000). Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban & Fischer Verlag, München.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.). (2002). VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2001. Frankfurt am Main: Universitätsdruckerei.

Vogt, I., Schmid, M., Roth, M. (2000). Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 23 (2), 5-13.

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.

Weilandt, C. & Rotily, M. (1998). European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, 2rd. Annual Report. Marseille/Bonn: Observatoire Regional de la Santé Provence, Alpes, Cote d'Azur/Wissenschaftliches Institut für die Ärzte Deutschlands.

Welsch, K. (2002a). Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 48, Sonderheft 1.

Welsch, K. (2002b). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 48, Sonderheft 1.

Welsch, K. (2001a). Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 47, Sonderheft 3.

Welsch, K. (2001b). Jahresstatistik 2000 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, 47, Sonderheft 3.

Welsch, K. & Sonntag, D. (2000). Jahresstatistik 1999 ambulanter und stationärer Einrichtungen für alleinstehende Wohnungslose in Deutschland (EBIS-B-Bericht für den Zeitraum 1.1. – 31.12.1999).

Zenker, C., Bammann, K., Jahn, I., (2003). Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd 148). Baden-Baden: Nomos.

Zerell, U., Thalheim, J., Bender, C. (2003). Statistisches Auswerteprogramm Rauschgift (SAR) 2002. Wiesbaden: Bundeskriminalamt, Fachbereich Toxikologie, Manuskript.

ZEUS (Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung) (2002). Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland, Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bochum, ZEUS.

17.3 Websites zum Bericht

Neben den Adressen der wichtigsten Institutionen wurden vor allem die Internetzugänge zu innovativen Angeboten im Bereich Verringerung der Nachfrage aufgenommen. Die Liste ist - ebenso wie die Literaturliste nur ein Ausschnitt aus einer Vielzahl von Adressen, die in diesem Bereich heute zu finden sind.

Website	Inhalt
www.bmgs.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
www.bzga.de	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
www.dbdd.de	Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
www.dhs.de	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)
www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de	unterstützt den Dialog zwischen Jugend- und Drogenhilfe
www.drugcom.de	Informationen der BZgA für Jugendliche und Partygänger
www.drugscouts.de	Landesprojekt in Sachsen für Jugendliche
www.emcdda.eu.int	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
www.ift.de	Institut für Therapieforschung (IFT)
www.lehrer-online.de	Unterstützung für Lehrer in Bezug auf Internet
www.partypack.de	Angebot für Jugendliche aus der Techno- und Party-szene von der Drogenhilfe Köln
www.rki.de	Robert Koch Institut
www.suchtvorbeugung.de	Verbund der Fachsstellen für Suchtvorbeugung in NRW